

Thais de Paula Lima Mendes

**As Interfaces entre a bioética e a saúde coletiva nas publicações brasileiras
indexadas**

BRASÍLIA, 2014

**Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Thais de Paula Lima Mendes

**As Interfaces entre a bioética e a saúde coletiva nas publicações brasileiras
indexadas**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Cláudio Fortes Garcia Lorenzo

**Brasília
2014
Thais de Paula Lima Mendes**

**As Interfaces entre a bioética e a saúde coletiva nas publicações brasileiras
indexadas**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

**Cláudio Fortes Garcia Lorenzo (presidente)
Universidade de Brasília**

**Elza Maria de Souza (examinador interno)
Universidade de Brasília**

**Aline Albuquerque S. de Oliveira (examinador externo)
Universidade de Brasília**

**Edgar Merchan Hamann (suplente)
Universidade de Brasília**

Dedico esse trabalho a todos os profissionais da saúde que lutam por uma saúde mais digna, por uma assistência mais humanizada, por acesso equitativo, por justiça, pela diminuição das desigualdades e que ousam sonhar com um futuro melhor para a saúde do país.

(...) o homem, estando condenado a ser livre, carrega nos ombros o peso do mundo inteiro: é responsável pelo mundo e por si mesmo enquanto maneira de ser (...) Por outro lado, tal responsabilidade absoluta não é resignação: é simples reivindicação lógica das conseqüências de nossa liberdade (...) A situação é minha por ser a imagem de minha livre escolha de mim mesmo (...) (Sartre)

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo, Clayton, pelo apoio, pela força, pelo carinho e, principalmente, pela paciência e ternura que teve comigo durante todo o desenvolvimento do trabalho.

À minha mãe, Joseli, uma das mulheres mais importantes da minha vida, que sempre me ensinou a não desistir, a perseverar, meu espelho, meu exemplo.

Ao meu pai, José Eduardo, que me ensinou a paixão pela leitura, que me abriu os olhos para o mundo com amor, maturidade e sabedoria.

Aos meus avós, Djalma e Marlene, pelo cuidado e amor incondicional, pelos terços rezados, pela preocupação, pela presença constante, mesmo que longe dos olhos, mas sempre perto do coração.

À minha irmã, Isabela, minha eterna companheira, a quem admiro muito, que entrou na minha vida para fazer de mim uma pessoa melhor, mais responsável, mais amiga, mais confidente.

Às minhas amigas queridas, Amanda, Clesimary e Simone, vocês são essenciais, esse caminho teria sido muito mais árduo sem a presença de vocês.

Aos bibliotecários da BCE e da FEPECS, vocês tornaram minha pesquisa possível e não vou me esquecer disso.

Ao meu orientador, Cláudio, que com sua sabedoria e experiência, soube lidar com meus anseios, minhas dúvidas, ampliando meu olhar em saúde coletiva.

A todos que não foram citados, mas, de alguma forma, participaram dessa conquista.

Resumo

Os processos de desenvolvimento da bioética e da saúde coletiva brasileira percorreram caminhos paralelos, que, em determinado momento, passaram a se relacionar, por meio da aproximação de temas comuns, como a questão da equidade do direito à saúde. Os fundamentos éticos de prática de saúde pública sempre foram implicitamente assumidos por ambos os membros da profissão e pelo público em geral. No entanto, até recentemente, os valores básicos que fundamentam decisões de saúde pública e os conflitos inerentes à sua prática raramente foram articulados. O objetivo principal dessa dissertação foi identificar as temáticas, funções e práticas da Saúde Coletiva privilegiados pelos artigos que articulam bioética e saúde Pública/Coletiva publicados em revistas nacionais indexadas, bem como os referenciais teóricos, os conflitos éticos identificados e os posicionamentos morais e ideológicos dos autores. A investigação contou com a aplicação concomitante de dois métodos: uma revisão estruturada com síntese temática, proposta por Thomas e Harden e uma análise de conteúdo no modelo proposto por Bardin. Foram selecionados, 85 artigos, de 22 periódicos diferentes entre os anos de 1996 a 2013. Foram identificados os seguintes temas: Discussão da interface entre bioética e saúde pública/ coletiva; gestão e organização dos serviços de saúde; políticas públicas de saúde e vulnerabilidades específicas; inovação e incorporação tecnológica; cooperação internacional em saúde; Bioética na formação de Recursos Humanos; saúde e meio ambiente; com subtemas correspondentes. Foi verificada ausência significativa de artigos que discutam questões morais em torno de uso de drogas no contexto da saúde coletiva; ausência também de artigos que se dirigissem à política de saúde para a população negra ou discutisse, no âmbito da saúde coletiva, o racismo social e institucional ou a acessibilidade e a qualidade de serviços ofertados a esta população, bem como ausência de artigos relativos à saúde do trabalhador. Observou-se também uma gama de fundamentações teóricas envolvendo, predominantemente, a bioética principialista, as bioéticas Latino-Americanas, de intervenção e proteção, bem como a teoria das capacidades e a teoria da justiça.

Palavras-chave: saúde pública; bioética.

Abstract

The developmental process of bioethics and Brazilian public health coursed parallel paths, which at one point, began to relate, through the approximation of common themes, such as the fairness of the right to health. The ethical foundations of the practice of public health have always been implicitly assumed by both members of the profession and the general public. However, until recently, the basic values that underlie public health decisions and conflicts inherent in their practice were rarely articulated. The main objective of this dissertation was to identify the themes, functions and practices of Public Health privileged by articles that articulate Bioethics and Public/collective Health published in indexed national journals, as well as the theoretical framework, the identified ethical conflicts and moral and ideological positions of authors. The investigation involved the simultaneous application of two methods: a structured review with thematic synthesis, proposed by Thomas and Harden and a content analysis of the model proposed by Bardin. There were selected 85 articles in 22 different journals between the years 1996 to 2013. The following themes were identified: Discussion of the interface between bioethics and public/collective health; management and organization of health services; public health policies and specific vulnerabilities; innovation and technological developments; international cooperation in health; bioethics in training of human resources, health and environment, with corresponding subthemes. It was verified absence of significant articles that discuss moral issues around drug use in the context of public health, absence also of articles that were directed to health policy for the black or discuss in the context of public health, population and social racism institutional or accessibility and quality of services offered to this population as well as the absence of articles related to worker health. It was also observed a range of theoretical predictions involving predominantly principlism bioethics, bioethical Latin American, intervention and protection, as well as the theory of capacity and the theory of justice.

Key words: public health; bioethics.

Lista de Figuras

Figura 1 - Mapa com as regiões do Brasil e a quantidade de publicações por região.....	49
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Relação entre ano de publicação e quantidade de artigos selecionados	45
Tabela 2 – Relação entre as revistas, as cidades de publicação, o qualis e a quantidade de artigos que foram publicados entre 1996 e 2013	46
Tabela 3 – Relação entre as regiões do Brasil, as instituições que publicaram sobre a temática e a quantidade de artigos publicados	47
Tabela 4 – Relação entre as categorias temáticas, quantidade de artigos publicados em cada categoria e a porcentagem	50

Lista de Abreviaturas e Siglas

CF – Constituição da República Federativa do Brasil

DUBDH – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

Fesp – Funções Essenciais de Saúde Pública

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

Unesco – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

Sumário

Parte I – Introdução, Marco Teórico-Conceitual, Justificativa e Objetivos 14

1. Introdução	14
2. Marco teórico-conceitual	17
2.1 Conceito de saúde, direito à saúde e desenvolvimento de sistemas de saúde	17
2.2 A Reforma Sanitária e sua influência na construção da bioética brasileira	22
2.3 As Funções Essenciais da Saúde Pública - Fesp em perspectiva bioética	28
3. Justificativa	40
4. Objetivos	41
4.1 Geral	41
4.2 Específicos	41

Parte II – Método

..... 42

5. Percurso metodológico	42
5.1 Formação e caracterização do corpus.....	42

Parte III – Resultados e discussão 45

6. Resultados	45
6.1 Formação e caracterização do corpus.....	45
6.2 Síntese temática da revisão estruturada.....	50
6.3 Análise de Conteúdo sobre o corpus da pesquisa.....	54

6.3.1 Resultados e discussão das categorias relacionadas a conceitos, problemas, conflitos e posicionamentos	54
6.3.2 Resultados relacionados às correntes teóricas e fundamentações	87
Parte IV – Considerações finais	93
7. Considerações finais	93
Parte V - Referências	95
8. Referências	95
Apêndice A – Codificação dos artigos	102
Apêndice B – Quadro de categorias relacionadas a conceitos, problemas, conflitos e posicionamentos	107
Apêndice C – Fundamentação teórica da bioética nos artigos	131

Parte I – Introdução, Marco teórico-conceitual, Justificativa e Objetivos

1. Introdução

A história recente da Saúde Pública subjaz um passado que ultrapassa as fronteiras nacionais e que necessita ser explicitado a fim de se compreender o projeto nacional que resultou na criação da Saúde Coletiva, tendo como cenário geral as mudanças trazidas com a instalação de uma sociedade capitalista (NUNES, 2012).

Foucault (1979), em seu trabalho sobre as origens da medicina social, registra a sua procedência vinculada à polícia médica, na Alemanha, à medicina urbana, na França e à medicina da força de trabalho na Inglaterra. Essas três formas ilustram a tese defendida pelo autor de que:

“com capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho” (FOUCAULT, 1979, p. 80).

Para este autor, foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, houve um investimento por parte da sociedade capitalista. “O corpo é uma realidade bio-política, a medicina é uma estratégia bio-política” (FOUCAULT, 1979, p. 80). O corpo que trabalha seria levantado como problema somente na segunda metade do século XIX. A medicina social englobava desde a fisiologia social até a terapia social, passando pela patológica social e a higiene social (NUNES, 2012).

A partir dos anos 1940 do século XIX é que se criam condições para a emergência da medicina social, muitos médicos, filósofos e pensadores assumiram o caráter social da medicina e da doença:

“se a medicina existe realmente para realizar grandes tarefas, deve intervir na vida política e social; deve apontar para obstáculos que impedem o funcionamento normal do processo vital e efetuar seu afastamento” (ROSEN, 1963, p. 35).

Alguns princípios básicos se tornariam parte integrante do discurso sanitário: 1) a saúde das pessoas como um assunto de interesse societário e a obrigação da sociedade de proteger e assegurar a saúde de seus membros; 2) que as condições sociais e econômicas têm um impacto crucial sobre a saúde e a

doença e estas devem ser estudadas cientificamente; 3) que as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais como médicas (NUNES, 2012).

Sendo assim, conflitos éticos sempre fizeram parte do cenário da saúde coletiva, mesmo quando não se falava em bioética, já se falava em intervenções no corpo social em prol do bem estar coletivo, em detrimento da autonomia dos sujeitos, por exemplo.

A bioética já estava presente, seja pelo cumprimento da equidade, seja pelas relações interpessoais da assistência, entre profissionais distintos, ou entre profissionais e pacientes; seja em conflitos de ações de vigilância com formas cotidianas de vida ou em conflitos interculturais; seja na elaboração ou implementação de políticas públicas para grupos culturalmente diversos ou moralmente estigmatizados; seja na alocação de recursos ou na priorização do cuidado.

A bioética, por ser a ética aplicada, é área do saber útil nas reflexões acerca de casos paradigmáticos, como aborto e eutanásia, por exemplo. Enquanto que a saúde pública, campo onde ocorre a dialética de diversos saberes, como afirma Sandi e Braz (2010), incluindo a bioética, é o local que abriga os problemas morais. É na confluência desses saberes que podem ser promovidas condições necessárias para embasamento de políticas públicas futuras, promovendo a igualdade, a justiça e o desenvolvimento das relações humanas.

O Dicionário de ética e filosofia moral (PARIZEAU, 2003) define ética aplicada como uma análise ética de situações precisas que tem como objetivo principal a proposição de soluções práticas, e na qual fundamental importância é conferida ao contexto, à avaliação das consequências das soluções propostas e ao processo de tomada de decisão. Nesta obra, a bioética é considerada como um dos ramos da ética aplicada mais desenvolvidos, estimulado pelos avanços da biotecnologia e seus conflitos éticos inéditos.

Lorenzo (2012), afirma que existe, portanto, uma estrutura epistemológica na bioética, formada por dois componentes principais: um analítico, a partir do qual um conflito ou desvio ético envolvendo as ciências da vida é investigado; e um prescritivo, por meio do qual uma ação ou norma visando à resolução do conflito é proposta e justificada.

Os dilemas morais provenientes de intervenções de saúde pública têm se tornado objeto de preocupações entre formuladores de políticas públicas e tomadores de decisões nessa área, como afirmam Kalamatianos e Narvai (2006). Tais dilemas apresentam impacto nas áreas de bioética e saúde coletiva, que mesmo sendo campos distintos apresentam interfaces, fato que possibilita uma abordagem mais abrangente de conflitos provenientes desse encontro.

Para Goldin (2002) situações dilemáticas ocorrem quando duas abordagens são possíveis e defensáveis tecnicamente, existindo dúvidas quanto a adequação moral de cada escolha. Enquanto que, para Kass (2001), Kalamatianos e Narvai (2004):

Uma análise ética das intervenções ou programas de saúde pública deve identificar, claramente, suas metas e benefícios expressos em termos de redução da morbidade e da mortalidade, e identificar os danos que possam decorrer dessas práticas, pois o equilíbrio entre danos e benefícios jamais será adequado sem uma justificativa de saúde pública (KASS, 2001; KALAMATIANOS; NARVAI, 2004).

Os processos de desenvolvimento da bioética e da saúde coletiva brasileira percorreram caminhos paralelos, que, em determinado momento, passaram a se relacionar, por meio da aproximação de temas comuns, como a questão da equidade em saúde e do direito à saúde (VIEIRA; VERDI, 2011).

Os fundamentos éticos de prática de saúde pública sempre foram implicitamente assumidos por ambos os membros da profissão e pelo público em geral. No entanto, até recentemente, os valores básicos que fundamentam decisões de saúde pública e os conflitos inerentes à sua prática raramente foram articulados.

Vale ressaltar também que a proximidade entre a bioética e a saúde coletiva sem a devida fundamentação teórica da relação entre ambos os campos de conhecimentos e práticas pode comprometer as potencialidades desta aproximação devido a uma possível confusão entre o sujeito epistêmico e o sujeito ético, já que não existe, em bioética, uma continuidade entre saber algo e pô-lo em prática (SCHRAMM, 2005).

Dessa forma, espera-se que a Bioética possa constituir-se, através da reflexão moral sobre os conflitos que emergem das práticas e funções da Saúde Coletiva, em uma fonte de novas ideias que contribuam para sua construção, tanto no que se refere à elaboração e aplicação de modelos de atenção, sistemas de saúde e políticas públicas, passando pelo plano da execução de suas ações de

vigilância e proteção à saúde, até chegar à melhoria propriamente dita da oferta de serviços e das relações interpessoais entre profissionais de saúde e usuários do sistema. Daí a motivação principal para esse trabalho, em realizar uma revisão estruturada das publicações nacionais indexadas de Bioética aplicada à Saúde Coletiva com o intuito de conhecer de modo sistemático essas contribuições.

2. Marco Teórico-Conceitual

2.1 Conceito de saúde, direito à saúde e desenvolvimento de sistemas de saúde

Os sistemas de saúde são algo recente na história e só se consolidaram em meados do século XX. Desenvolveram-se por conta do crescimento da participação do Estado no controle de diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar das populações e comprometem o desenvolvimento das nações (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Nesse sentido, para Lobato e Giovanella (2008), sistema de saúde:

“é um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade” (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 107).

Além disso, todos os sistemas de saúde apresentam elementos similares: todos apresentam uma forma de organização, contam com algumas instituições responsáveis por determinadas atividades, redes de serviço e financiamento. São uma resposta social organizada às condições de saúde de uma população e fazem parte da dinâmica social, influenciando e sendo influenciado por ela (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

A partir do exposto, se faz necessária discussão sobre o conceito de saúde, para tanto, vale destacar aquele adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborado em 1948, que definiu saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, extrapolando o conceito de que saúde seria apenas a ausência de doença.

A maioria dos críticos da definição de saúde da OMS preocupa-se com a incondicionalidade da palavra “completo” em relação ao bem-estar. O primeiro

problema é que contribui mesmo que de forma não intencional para a medicalização da sociedade. A exigência para a saúde completa "deixaria a maioria das pessoas sem saúde a maior parte do tempo" (HUBER et al., 2011).

Além disso, houve uma mudança nos padrões das doenças devido às ações de saúde pública, como melhora da nutrição, higiene e saneamento. Sendo assim, o número de pessoas vivendo com uma doença crônica por décadas está aumentando em todo o mundo (HUBER et al., 2011).

Surge, então, a necessidade de uma reformulação desse conceito, e os autores Huber et al. (2011) propõem o seguinte: "saúde é a habilidade de se adaptar e se auto-gerir", de maneira a caracterizá-lo em três domínios de saúde: físico, mental e social.

Saúde é a capacidade de reagir aos diversos fatores que vulnerabilizam o equilíbrio vital, a fim de reorganizar, na subjetividade e em interação com o contexto socioambiental, os elementos biológicos, psicológicos e simbólicos. Saúde é a capacidade de autorrefazer-se ou de auto-organizar-se como sujeito e depende, essencialmente, da articulação entre subjetividade e ambiente (JUNGES; ZOBOLI, 2012).

Sendo assim, o direito à saúde está estabelecido em muitos tratados internacionais, como no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966 da ONU, que em seu artigo 12 reconhece o direito de todos a desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental, e recomenda que os passos a serem tomados para que se alcance esse objetivo são: prevenção, tratamento e controle de doenças e criação de condições que assegurem serviços e assistência médica no caso de doenças, incluindo o acesso a medicamentos essenciais (HOGERZEIL et al., 2006).

A primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), foi realizada em 1978 e resultou na Declaração de Alma-Ata, que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental, sendo a obtenção do mais alto nível possível de saúde a mais importante meta social mundial, sob a responsabilidade política dos Estados.

Para o direito à saúde no Brasil, cita-se como base a Constituição da República Federativa do Brasil (CF), de 05 de outubro de 1988, que trata de maneira

ampla e, ao mesmo tempo, como normativa maior, o assunto em seus artigos 6º e 196.

As Constituições anteriores a de 1988 não tratavam a saúde como um direito. Uma breve abordagem das Constituições republicanas permite constatar que a incorporação e construção dos direitos sociais, em especial do direito à saúde, se deram de forma vagarosa no Brasil (DALLARI, 1995).

Sendo um tema de interesse para o Direito, a saúde recebeu da ciência jurídica uma atenção especial, sobretudo a partir do momento em que foi reconhecida como um direito humano fundamental pela Constituição Federal de 1988. A consolidação do Direito Sanitário segue um movimento - internacional - da ciência jurídica de ser um vetor importante na afirmação histórica dos Direitos Humanos (AITH, 2006).

De acordo com o comentário geral de número 14 (UNITED NATIONS, 2000), saúde é um direito humano fundamental indispensável para o exercício de outros direitos humanos e todo ser humano tem direito ao mais alto nível possível de saúde propício para viver uma vida com dignidade. Além disso, afirma:

A realização do direito à saúde pode ser buscado através de inúmeras abordagens complementares, como a formulação de políticas de saúde, ou a implementação de programas de saúde desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ou a adoção de instrumentos legais específicos. Além disso, o direito à saúde inclui certos componentes que são legalmente exigíveis (UNITED NATIONS, 2000, p. 01).

Vale ressaltar que a Constituição não só reconhece a saúde como um direito humano fundamental, como também estabelece em seus dispositivos (principalmente nos artigos 196 e 200) os princípios, as diretrizes, as instituições e os objetivos que devem reger a sociedade de maneira que possa alcançar a plena realização desse direito.

Para concretizar esse direito, a Constituição Federal estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo hierarquizado e regionalizado de ações e serviços públicos de saúde, sob as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação social (CF, art. 198).

A partir dessa nova concepção de um sistema de saúde nacional, foram desenvolvidas e aprovadas leis que regulamentassem o SUS. As Leis nº 8.080, de 1990 e 8.142, de 1990, conhecidas como Lei Orgânica da Saúde, confirmam as diretrizes básicas constitucionais do SUS e definem seus princípios. Entre esses,

encontra-se o significado de integralidade de assistência, entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 7º, II).

Nessa mesma lei, em seu artigo 5º, é definido entre os objetivos do SUS, “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”.

Nesse sentido, Lucchese (2009), afirma:

“Parece claro que o entendimento da diretriz constitucional do atendimento integral e do princípio da integralidade da assistência assentado na CF e na lei infra-constitucional atribui ao SUS o atendimento de qualquer agravo ou patologia que acometa qualquer cidadão, em todos os níveis de complexidade, e que suas ações contemplem todas as etapas da história das doenças e agravos – a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação” (LUCCHESI, 2009, p. 09).

O SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal e equitativa. À medida que aumenta a participação do setor privado no mercado, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos, que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde. Embora o financiamento federal tenha aumentado cerca de quatro vezes desde o início da última década, a porcentagem do orçamento federal destinada ao setor de saúde não cresceu, levando a restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos (PAIM, et al., 2011).

Para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, será necessária uma nova estrutura financeira e uma profunda revisão das relações público-privadas. Portanto, o maior desafio enfrentado pelo SUS é político. As bases legais e normativas já foram estabelecidas e já se adquiriu muita experiência operacional, agora é preciso garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica (PAIM, et al.; 2011).

Obviamente o reconhecimento do direito à saúde na constituição dos Estados modernos e sua consequente busca de efetivação a partir do desenvolvimento de sistemas públicos de saúde tem influência direta da Declaração Universal dos

Direitos Humanos, uma vez que se pode considerar que o objetivo máximo daquele documento pode ser considerado o de influenciar no ordenamento jurídico e político dos países membros no sentido de transpor suas diretrizes da dimensão dos princípios para a dimensão das ações.

Os direitos humanos têm seu marco de reconhecimento formal na Declaração da Independência Americana, de 1776, e na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, sancionada pela França em 1789, porém há autores que apontem a existência de direitos humanos desde a antiguidade (PEREZ LUÑO, 1999).

Para Oliveira (2007), a internacionalização dos direitos humanos, com o alargamento de seu alcance para um nível global, ocorreu ao final da Segunda Guerra Mundial, quando o tribunal de Nuremberg, que julgou criminosos de guerra nazistas, inovou a ordem jurídica internacional por meio da criação dos chamados crimes contra a humanidade. Até então, por exemplo, não havia normas que regulamentassem a experimentação envolvendo seres humanos.

A partir desse momento, ocorre o reconhecimento de que a pessoa humana necessita ser protegida por um órgão supra-estatal e que exista direitos que devem ser assegurados, mesmo quando não reconhecidos pelo estado (OLIVEIRA, 2007).

Em 1948, A Declaração Universal de Direitos Humanos é proclamada como:

"o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforce, através do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universal e efetiva, tanto entre os povos dos próprios Estados-Membros, quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição" (Declaração Universal de Direitos Humanos, 1948).

Os direitos humanos são divididos historicamente em direitos de primeira e de segunda geração. Os direitos humanos de primeira geração correspondem aos "direitos civis", vindos a lume com o Estado liberal iluminista do século XVIII. Apresentam características essencialmente limitadoras de eventuais violações de direitos da esfera individual do cidadão (PITTELLI; MUÑOZ, 2003).

Já os direitos de segunda geração, ou "direitos sociais", surgiram a partir do final do século XIX, sobre a égide do Estado social. Contrariamente à primeira geração, caracterizam-se por ser de natureza prestacional, onde o Estado é chamado a prestar algo à coletividade e não a simplesmente impedir que haja

violação de direitos individuais. Os modos pelos quais o direito se presta a cumprir essa nova função são variados e complexos (PITTELLI; MUÑOZ, 2003).

Para Junges (2009) não se compreende nenhum direito humano isoladamente sem interpretá-lo em relação aos demais. A indivisibilidade e a interdependência dos direitos humanos fundamentam-se nos três valores básicos que constituem o cerne da sua doutrina: “liberdade, igualdade e participação”.

“Os três valores não devem ser separados, mas levados em consideração na sua correlação mútua. Assim, cada um dos direitos humanos deve ser explicado em relação aos três valores, mesmo que esteja mais próximo de um deles. Este princípio serve de regra hermenêutica para a compreensão dos direitos” (HUBER, 1997).

Destaca-se que o princípio da dignidade humana é entendido como a rocha sobre a qual a superestrutura dos direitos humanos se constrói, por que é dele que emana o fundamento para todos os direitos humanos (BEYLEVELD; BROWNSWORD, 2002).

2.2 A Reforma Sanitária e sua influência na construção da bioética brasileira

“Saúde é democracia. Democracia é saúde”.

Nas palavras de Paim (2007), em sua tese, ele afirma:

“... entender a Reforma sanitária Brasileira, conforme a proposta construída a partir da década de setenta do século XX exige certa aproximação ao pensamento produzido sobre a sociedade e o Estado no Brasil.” (PAIM, 2007, p.52)

Paim (2007) apresenta a Reforma Sanitária Brasileira como um fenômeno histórico-social: ideia-proposta-projeto-movimento-processo, buscando conceituá-la a partir das seguintes definições: *Ideia*: constituída pelo pensamento inicial, a representação do fenômeno; *Proposta*: a transformação da ideia em proposta, sendo um conjunto articulado de princípios e proposições políticas, podendo ser constatada no documento "A questão democrática na área da saúde"; *Projeto*: como um conjunto de políticas articuladas ou "bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças"; *Movimento*: da democratização da saúde, movimento sanitário ou movimento da reforma sanitária, enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referência fundamental; *Processo*: um conjunto de atos, em distintos momentos, espaços, que expressam práticas sociais.

A Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento impulsionado pela sociedade civil, e não pelo governo, por partidos políticos ou por organizações internacionais. O SUS, instituído pela Constituição de 1988, baseia-se no princípio da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado.

Ela estava na contramão das reformas difundidas naquela época no resto do mundo, da conjuntura histórico-política internacional, que questionava a manutenção do estado de bem estar social (ALMEIDA, 1995).

A proposta brasileira que começou a apresentar forma em meados dos anos 1970, estruturou-se perante a luta pela redemocratização, um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade (PAIM et al., 2011).

Essa reformulação profunda do setor, que ia além de uma reforma administrativa e financeira, apresentava componentes políticos, jurídicos, organizacionais e, comportamentais. Sendo assim, a reforma tomava do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde um conjunto de questões consideradas "definidoras de novos rumos da política nacional de saúde, devendo estar asseguradas constitucionalmente" (RODRIGUES NETO, 1997, p. 70).

Para Gallo et al. (1988, p. 14) a Reforma Sanitária é concebida como "um projeto setorial, articulado a uma estratégia maior, global para a sociedade, que está direcionada à consolidação da etapa democrática do capitalismo brasileiro". Esse movimento de saúde gerenciava projetos parciais, representados por quatro eixos:

1. Unificação do Sistema de Saúde e sua hierarquização e descentralização para estados e municípios, com unidade na Política de Saúde;
2. Universalização do atendimento e equalização do acesso com extensão de cobertura de serviços;
3. Participação da população — através de entidades representativas — na formulação, gestão, execução e avaliação das políticas e ações de Saúde;
4. Racionalização e otimização dos recursos setoriais com financiamento do Estado através de um Fundo Único de Saúde a nível federal (GALLO, et al. 1988, p. 14).

A Reforma Sanitária Brasileira deve ser entendida como um processo de transformação da atual situação sanitária, composta por pelo menos quatro dimensões: específica, institucional, ideológica e das relações, sendo, simultaneamente, bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças.

Garrafa e Porto (2011) afirmam que há uma relação direta entre o processo da Reforma Sanitária Brasileira e o perfil da bioética que vem sendo desenvolvida no país. Schramm, Anjos e Zoboli (2007), ainda acrescentam que:

“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 saúde pública” (SCHRAMM; ANJOS; ZOBOLI, 2007).

A Reforma Sanitária Brasileira criou princípios e valores, não somente técnicos, mas morais, de condução de valores. A maneira como foi concebida ultrapassou os limites da saúde, influenciando outros setores da sociedade, pretendendo uma reforma geral. Criou uma visão crítica do país, ressaltando que as ações não poderiam ser unicamente assistenciais, ampliando o conceito de saúde para além da ausência de doenças, propondo uma intersectorialidade no cuidado.

No que diz respeito ao processo de criação, reflexão e consolidação da Bioética brasileira, é fundamental enfatizar a importância da Reforma Sanitária que já apontava os rumos para a reflexão crítica que marca a Bioética brasileira, mostrando que os problemas enfrentados pela área da saúde não poderiam ser resolvidos apenas na clínica, uma vez que tinham origem na pobreza e na desigualdade social, na qual vivia a imensa maioria dos brasileiros (VIEIRA; VERDI, 2011).

Ao se falar em Reforma Sanitária Brasileira, se faz necessário também fazer apontamentos em relação a dois conceitos que aparecerão bastante no decorrer do trabalho, o de saúde pública e o de saúde coletiva. Para Terris (1992) a saúde pública é “a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade”. Para tanto, esse autor traz quatro tarefas básicas para a teoria e a prática de uma nova saúde pública: prevenção das doenças não infecciosas; prevenção das doenças infecciosas; promoção da saúde; melhoria da atenção médica e da reabilitação.

Para Fortes (2000) apud (Ashton, Seymour, 1990; scutchlield, keck, 1997), saúde pública é entendida como:

a arte e a ciência de promover, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e obter um ambiente saudável, por meio de ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade

A multidisciplinaridade é uma de suas características nas atividades de investigação e de intervenção no processo saúde-doença, utilizando-se de conhecimentos provenientes de diversas áreas. Para Fortes (2000), portanto, o

desenvolvimento de atividades em saúde pública requer a contribuição de saberes, aptidões e habilidades de diversas categorias profissionais, de maneira a responder a problemas, sejam eles reais ou potenciais, que atinjam ou possam vir a atingir a população.

O mesmo autor ainda ressalta que o *locus* de atuação da saúde pública não se reduz ao setor saúde, seu trabalho é intersetorial, pois, se a saúde é compreendida como um resultado das condições de vida, sociais, de trabalho da coletividade, é possível inferir que a assistência à saúde é apenas um dos componentes sociais.

Já a saúde coletiva é um campo amplo de práticas e sua concepção conceitual somente é estabelecida à medida que se verifica sua construção como uma realidade histórico-social, tendo como cenário geral as mudanças trazidas com a instalação de uma sociedade capitalista. Não somente estabelece uma crítica ao universalismo naturalista do saber médico, mas rompe com a concepção de saúde pública, negando o monopólio do discurso biológico (NUNES, 2005).

Constituiu-se como área disciplinar própria no Brasil a partir da década de 1970 (NUNES, 2005). A sua configuração disciplinar como campo próprio, diferenciado da tradicional saúde pública, deve-se à incorporação de saberes até então à margem da discussão sobre saúde, em particular os das ciências sociais e humanas (BIRMAN, 1991). Esse fato traz para o interior de um único campo disciplinar a disjunção tradicional do campo científico em geral entre as ciências do homem e as ciências da natureza (CAMARGO JÚNIOR, et al., 2010).

Sugere-se repensar a saúde coletiva aproveitando-se da história da tradição da saúde pública, entendendo-a tanto como um campo científico quanto como um movimento ideológico (ALMEIDA FILHO; PAIM, 1999). Movimento este que contribui decisivamente para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e para enriquecer a compreensão sobre os determinantes do processo saúde e doença (CAMPOS, 2000).

O termo saúde coletiva passou a ser utilizado, no Brasil, em 1979, quando um grupo de profissionais, oriundos da saúde pública e da medicina preventiva e social, procurou fundar um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social como categoria analítica (NUNES, 1996).

Para Campos (2000), o núcleo da saúde coletiva seria o apoio aos sistemas de saúde, à elaboração de políticas e à construção de modelos; a produção de explicações para os processos de saúde/enfermidade/intervenção, e, talvez seu traço mais específico, as práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Em um plano horizontal, em que saberes e práticas da saúde coletiva comporiam parte dos saberes e práticas de outras categorias e atores sociais. Nessa perspectiva, a missão da saúde coletiva seria a de influenciar a transformação de saberes e práticas, contribuindo para mudanças no modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde; e a outra inserção, vertical, seria a saúde coletiva como uma área específica de intervenção, especializada e com valor de uso próprio, diferente da clínica ou de outras áreas de intervenção.

Nos artigos em bioética foi possível encontrar tanto o conceito de saúde pública como o de saúde coletiva, na dissertação, portanto, serão utilizados os dois conceitos durante a discussão dos resultados.

Assim sendo, quando o campo da bioética emergiu ao final dos anos 1960 e início dos anos 1970 representou uma significativa ampliação da ética médica. O foco de atenção moveu-se para além da relação médico-paciente e profissionalismo médico para um novo território que, dentre outras coisas, envolvia o transplante de órgãos, a genética, a biologia reprodutiva e alocação de recursos (CALLAHAN; JENNINGS, 2002).

Se a bioética cresce nos anos setenta tratando de questões de caráter mais individualizado relativas a códigos deontológicos dos profissionais de saúde e da relação com os usuários dos sistemas de saúde, nos anos oitenta o seu foco dirige-se para problemas de caráter coletivo, abarcando questões como acesso aos serviços de saúde, alocação de recursos, bem como questões demográficas e populacionais e de responsabilidade individual e coletiva sobre a saúde (FORTES, 2000).

Um exemplo conhecido seria a epidemia de AIDS, que nas últimas duas décadas proporcionou uma maior consciência dos valores que estavam em discussão quando direitos individuais e o bem comum entraram em conflito.

A partir dos anos 1990 até início do século XXI, etapa de desenvolvimento da bioética da revisão crítica, houve o surgimento de críticas ao principlismo e houve também a necessidade de se enfrentar de modo ético e concreto as questões

sociais e sanitárias mais básicas, como a exclusão social ou a equidade no atendimento sanitário, em conjunto à universalidade do acesso das pessoas aos benefícios provenientes do desenvolvimento científico e tecnológico (GARRAFA, 2008).

Segue então a etapa de ampliação conceitual, que foi verificada após a homologação, em 19 de outubro de 2005, em Paris, da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), que, além de confirmar um caráter pluralista da bioética, amplia sua agenda temática, antes preferencialmente biomédica e biotecnológica, para os campos sanitário, social e ambiental (GARRAFA, 2005).

A partir da realização do IV Congresso Mundial de Bioética, da International Association of Bioethics, em Tóquio, no Japão, em 1998, a bioética começou a percorrer outros caminhos por meio do tema oficial do evento, Bioética Global, priorizando-se temas coletivos, incluindo nas discussões questões mais amplas relacionadas com a qualidade de vida humana, alocação de recursos em saúde, exclusão social, equidade, racismo, diferentes formas de vulnerabilidade, finitude dos recursos naturais e equilíbrio do ecossistema (GARRAFA, 2008).

Após o desenvolvimento da DUBDH, chegou-se a conclusão de que há uma impossibilidade de aplicação de princípios éticos universais, dada as diferentes visões morais de cada país ou até mesmo região, em virtude de realidades e culturas tão diversas. O que existe, portanto, são bioéticas, no plural, o que, contudo, não significa, de acordo com Garrafa (2008, p. 857) “uma negação da existência de uma epistemologia da bioética, ou seja, não nega a existência de bases conceituais, teóricas, de sustentação da disciplina”. Através dessa expansão, pretende-se dar à disciplina o conceito de que seus verdadeiros fundamentos estão assentados em interpretações e ações transdisciplinares.

Os referenciais conceituais de uma bioética comprometida com a realidade concreta dos países periféricos, de acordo com Garrafa, Kottow e Saada (2006) são:

- A não universalidade das diferentes situações, com necessidade de contextualização dos problemas específicos sob exame aos respectivos referenciais culturais, religiosos, políticos, de preferência sexual, entre outros.

- O respeito ao pluralismo moral, a partir das visões morais diferenciadas sobre os mesmos assuntos e constatadas nas sociedades plurais e democráticas do século XXI.
- Sua inequívoca aptidão para constituir um novo núcleo de conhecimento necessariamente multi-inter-transdisciplinar.
- Sua característica de ser uma “ética aplicada”, ou seja, originária da filosofia e comprometida em proporcionar respostas concretas aos conflitos que se apresentam.
- A análise concreta dos fatos a partir do referencial do pensamento complexo (na visão de Edgar Morin) ou da totalidade concreta (na visão de Karel Kosik), que não significa a soma das partes de uma determinada questão, mas sua interpretação estruturada onde todos os conceitos e elementos se iluminam mutuamente, proporcionando uma noção mais palpável e harmônica de realidade.
- A necessidade de estruturação do discurso bioético, que deve ter como base a comunicação e a linguagem (para se manifestar), a argumentação (que deve primar pela homogeneidade e lógica), a coerência (na exposição das ideias) e a tolerância (relativa ao convívio pacífico frente a visões morais diferenciadas).

A necessidade de exercer poder para garantir a saúde das populações e, ao mesmo tempo, para evitar abusos desse poder é o cerne da ética em saúde pública. Até recentemente, a natureza ética da saúde pública havia sido implicitamente assumida em vez de explicitamente indicada. Contudo, cada vez mais, a sociedade está demandando explícita atenção à ética, demandas essas que são provenientes dos avanços tecnológicos que criam novas possibilidades e, juntamente a isso, novos desafios para a saúde (THOMAS; GUILLORY, 2002).

Todo discurso bioético tem como pano de fundo uma visão dos desafios e até mesmo das situações que ameaçam a vida dentro de um contexto específico. Por isso, se faz necessário sempre questionar-se sobre defender a vida ou em que aspecto se pretende promovê-la a fim de evitar uma reflexão meramente formal e abstrata (SILVA, 2009).

2.3 As Funções Essenciais da Saúde Pública – Fesp em perspectiva bioética

No plano internacional a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) teve papel de destaque através de seus relatórios “*Saúde Pública nas Américas*”, que envolveu todas as suas unidades técnicas e as representações da organização nos países, na segunda metade da década de noventa. O seu desenvolvimento fundamenta-se na importância de fortalecer as funções essenciais que competem ao Estado na perspectiva de melhorar a prática de saúde pública e construir instrumentos capazes de avaliar a atual situação, identificando áreas críticas que precisam ser fortalecidas e reforçar a liderança das autoridades sanitárias em relação ao sistema de saúde (OPAS, 2002).

Na década de 1990, a iniquidade crescente e a situação desigual de saúde e do acesso da população acentuaram a crise da saúde pública. A reforma econômica neoliberal acentuou a pobreza e a desigualdade no acesso às riquezas e aos serviços. Um dos marcos da reforma do Estado é a reforma da saúde que, na maioria dos países, seguiu o paradigma predominante baseado no denominado consenso de Washington, que centrava suas ações no financiamento e na eficácia do setor, mediante enxugamento do Estado, e na ampliação do mercado para os serviços essenciais. A reforma dos serviços de saúde no Brasil não seguiu esse movimento (SUAREZ, 2005).

Neste contexto, a iniciativa *Saúde Pública nas Américas* teve como objetivo influir na agenda de transformação do setor, redefinindo e valorizando seu papel, e operacionalizando os conceitos que a fundamentam, sendo as Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp), um dos principais instrumentos utilizados (BRASIL, 2007).

A saúde pública é parte integrante do sistema de saúde e a definição das funções essenciais apoia-se no conceito de saúde pública como uma ação coletiva do Estado e da Sociedade Civil para proteger e melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades (BRASIL, 2007).

As Funções Essenciais de Saúde Pública foram definidas como condições para melhorar a prática da saúde. Uma das decisões mais importantes para o seu fortalecimento foi o de adotar a definição de indicadores e padrões para a avaliação do seu desempenho, tornando a sua prática consistente e identificando as capacidades institucionais necessárias para seu desempenho geral (BRASIL, 2007).

Vale destacar que as Fesp foram aqui discutidas no sentido de auxiliar na escolha dos textos que tratassem das interfaces entre saúde pública/coletiva e bioética.

Na década de 1990, o estudo Delphi da Organização Mundial de Saúde (OMS) objetivou redefinir o conceito de função essencial e atingir um consenso internacional em relação às características centrais dessas funções. Nesse estudo 145 peritos em saúde pública de diferentes nacionalidades foram consultados em três etapas consecutivas. Ao final, o painel definiu nove Fesp, entre elas: 1) Prevenção, vigilância e controle de doenças transmissíveis; 2) Monitoramento da situação de saúde; 3) Promoção da saúde; 4) Saúde ocupacional; 5) Proteção ambiental; 6) Legislação e regulamentação em Saúde Pública; 7) Gestão em Saúde Pública; 8) Serviços de saúde pública específicos; e 9) Cuidados de saúde para grupos vulneráveis e populações de alto risco (OPAS, 2002).

Por meio de buscas de convergências, um grupo de trabalho encarregado da validação desse instrumento para a região das Américas elaborou um esboço de instrumento para a avaliação do desempenho das Fesp, que foi validado em quatro países da região (Bolívia, Colômbia, Jamaica e Chile).

Concluiu-se, dessa maneira, por onze funções, como essenciais para a prática da saúde pública nos países das Américas: 1) monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde da população; 2) vigilância, investigação e controle dos riscos e danos na saúde pública; 3) promoção da saúde; 4) participação dos cidadãos na saúde; 5) desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em saúde pública; 6) fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização em saúde pública; 7) avaliação e promoção ao acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários; 8) desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública; 9) garantia e melhoria de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos; 10) investigação essencial para o desenvolvimento e a implementação de soluções inovadoras em saúde pública; 11) redução do impacto de emergências e desastres em saúde.

2.3.1 Monitorar, analisar e avaliar a situação de saúde inclui a avaliação atualizada da situação e das tendências de saúde no país, para a identificação e controle de novas ameaças à saúde, bem como a identificação das necessidades de saúde da

população, incluindo as avaliações de risco e a demanda de serviços; o manejo de estatísticas vitais e a situação específica de grupos especiais de maior risco; a identificação de recursos externos ao setor que podem melhorar a promoção da saúde e a qualidade de vida; o desenvolvimento de tecnologia e métodos para manejo, interpretação e comunicação das informações aos responsáveis pela saúde pública, incluindo os atores externos, os provedores e os cidadãos (OPAS, 2002).

2.3.2 Vigilância, investigação e controle consistem na capacidade de investigação e vigilância dos surtos epidêmicos e modelos de apresentação de doenças transmissíveis e não transmissíveis, fatores de comportamento, acidentes e exposição a substâncias tóxicas e agentes ambientais prejudiciais à a saúde (OPAS, 2002).

Fazem parte do sistema de vigilância e investigação: a infraestrutura de saúde pública desenhada para conduzir a realização de análises, estudos de caso e investigações epidemiológicas no geral; laboratórios de saúde pública capazes de realizar análises rápidas e de processar um alto volume de provas necessárias para identificação e controle de novas ameaças à saúde; o desenvolvimento de programas de vigilância epidemiológica e a capacidade de conectar-se a redes de apoio internacionais que permitam o enfrentamento dos problemas de saúde de maior interesse (OPAS, 2002).

Para tanto, são utilizados os sistemas de informação em saúde, que se constituem em instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, com o objetivo de fornecer informações para análise e melhor compreensão de problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. No SUS é possível apontar importantes sistemas como: SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade; SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos; SINAN - Sistema de Informação de Agravos e Notificação; SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS; SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica; SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização.

2.3.3 A promoção da saúde consiste em fomentar mudanças nos modos de vida e das condições ambientais para impulsionar o desenvolvimento de uma cultura de saúde. É o fortalecimento de alianças intersetoriais com a intenção de tornar mais

eficiente as ações de promoção; a avaliação do impacto da saúde nas políticas públicas; o desenvolvimento de ações educativas e de comunicação social dirigidas a promover condições, modos de vida e comportamentos saudáveis. E, principalmente, se constitui uma reorientação dos serviços de saúde com a intenção de desenvolver modelos de atenção que favoreçam a promoção da saúde (OPAS, 2002).

De acordo com o Glossário temático *Promoção da Saúde*, promoção da saúde consiste em “uma das estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2012, p. 29). Ainda são feitas ressalvas, de que a promoção da saúde é uma das prioridades do Pacto pela Vida para a construção de uma abordagem integral do processo saúde-doença, apresentando como foco o enfrentamento dos problemas de saúde por meio do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde na sua produção; e que a promoção da saúde deve dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, com outros setores do governo e com a sociedade, para que sejam partícipes no cuidado com a vida, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade, ou seja, a promoção da saúde pressupõe intersectorialidade.

Para Mendes (1996) e Barbosa, Carvalho e Ribeiro (2001) ela é compreendida como modelo sanitário, que são construções sociais, caracterizado pelo conjunto de elementos de natureza teórica, cultural e técnica que se organizam em uma determinada sociedade e em um determinado momento histórico, com a finalidade de responder às demandas do campo da saúde e cuja existência é possibilitada apenas na realidade concreta.

Mesmo após o exposto, Verdi e Caponi (2005) apontam que:

a produção acadêmica acerca da promoção da saúde mostra a diversidade de interpretações [...], evidenciando, de um lado, a grande fertilidade no mundo da construção das ideias de promoção da saúde, e de outro, a fragilidade com que se revelam na realidade das práticas de saúde. [...] É importante ressaltar que as diferentes concepções de promoção da saúde não são formulações recentes, mas são construções cuja evolução histórica mostra momentos de aproximação e distanciamento com outros modelos do campo da saúde como o modelo preventivo.

Uma das grandes preocupações atuais da saúde pública diz respeito ao tipo de controle de comportamentos daqueles que possuem estilos de vida considerados não saudáveis (FORTES; ZOBOLI, 2003), o que acaba por levar à discussão sobre qual seria o tipo de responsabilização legítima do indivíduo pela própria saúde (GAUDENZI; SCHRAMM, 2010).

2.3.4 Surge, então, a questão de participação dos cidadãos na saúde, que é o reforço do poder dos cidadãos para mudar seus próprios modos de vida e ser parte ativa no processo de desenvolvimento de comportamento e ambientes saudáveis de maneira que influenciem nas decisões que afetam a sua saúde e seu acesso aos serviços adequados de saúde pública. A facilitação da participação da comunidade organizada nas decisões relativas aos programas de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde para melhorar a saúde da população e a promoção de meios que favoreçam a vida saudável (OPAS, 2002).

Como aponta a política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS, para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo (BRASIL, 2009).

Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social - e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças (BRASIL, p. 10, 2009).

2.3.5 Em relação ao desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em saúde pública, vale ressaltar que definição de objetivos de saúde pública em todos os níveis, que são mensuráveis e congruentes com um quadro de valores que promova a igualdade (OPAS, 2002).

Tal fato também é constituído pelo desenvolvimento, seguimento e avaliação das decisões políticas em matéria de saúde pública, através de um processo participativo, que seja coerente com o contexto político que se desenvolvem essas decisões, além disso, a capacidade institucional para gestão dos sistemas de saúde pública, incluindo a planificação estratégica, com especial interesse nos processos de construção, execução e avaliação de iniciativas dirigidas a resolver os problemas de saúde da população fazem parte do desenvolvimento de políticas; e o desenvolvimento de competências para adoção de decisões baseadas em provas

que incorporem sua planificação e avaliação, a capacidade de liderança e comunicação eficazes, bem como o desenvolvimento organizacional e a gestão de recursos (OPAS, 2002).

O desenvolvimento da capacidade de gestão e cooperação internacional em matéria de saúde pública também é apontado (OPAS, 2002). Vale destacar que a Declaração aprovada por 191 países que participaram da Cúpula do Milênio das Nações Unidas (Declaração do Milênio das Nações Unidas) em setembro de 2000 na cidade de Nova Iorque, ao expressar os compromissos de todos os estados membros em defesa da vida humana, também respalda a perspectiva bioética como um importante modulador da cooperação internacional em saúde (SANTANA; GARRAFA, 2013).

Decidir entre o certo e o errado, entre o justo e o injusto, provoca angústia, ou seja, as decisões de natureza ética levam a situações angustiantes para os agentes morais pela incerteza da validade das escolhas. É justamente por isso que muitos preferem que outros decidam por eles, abrindo mão da tomada de decisão autônoma (GRACIA, 2007). E a realidade sanitária não torna viável a opção “não decidir”, pois há recursos para a saúde, mesmo que insuficientes, o que leva a uma obrigação moral de disponibilizá-los, ainda que o resultado seja um conflito ético (FORTES, 2010)

Como aponta Fortes (2008)

É a partir dos anos 70 que se inicia a reflexão sobre o estabelecimento de prioridades e mesmo da possibilidade de racionamento de cuidados de saúde nos diversos tipos de sistemas públicos de saúde contemporâneos, os quais têm utilizado medidas, técnicas e instrumentos racionalizadores dos recursos e dos custos cada vez mais crescentes. Isso se deve, fundamentalmente, a uma série variada de fatores, dentre outros, a urbanização crescente, o incremento das doenças crônico-degenerativas, o envelhecimento populacional, as novas concepções sobre o processo saúde-doença, a medicalização da sociedade, a universalização dos cuidados de saúde, as mudanças de costumes e a crescente incorporação tecnológica (FORTES, 2008).

A reflexão sobre alocação de recursos de saúde baseia-se no pressuposto de que as necessidades de assistência à saúde são infinitas, crescentes, mais amplas que as possibilidades de recursos financeiros, humanos e materiais existentes (FORTES, 2000).

Kottow (1995), para elucidar a questão de distribuição, efetuou a distinção de três níveis de alocação de recursos: *macrodistribuição*, definida pelo critério das

disponibilidades, o conceito de proteção sanitária e o direito à atenção médica; *mesodistribuição*, pautada na aplicação de critérios sociais para dispor o orçamento sanitário nacional entre os diferentes grupos sociais; *microdistribuição*, concretizada no ato médico individualizado, que abrange os referenciais de planejamento de recursos, tanto humanos como técnicos.

Drane (1990), também discute a questão de alocação de recursos em saúde, fazendo a mesma distinção em três níveis, que, apesar de inter-relacionados, apresentam marcantes diferenças quanto a dilemas éticos: *macroalocação*, que ocorre mediante a distribuição de recursos realizada pelas esferas governamentais, por meio de políticas públicas de saúde, referindo-se a quais e a quanto dos recursos devem ser dirigidos à assistência à saúde. A reflexão ética nesse campo emerge da organização dos sistemas de saúde, da priorização de ações, da repartição e distribuição de recursos humanos, materiais e financeiros entre programas de saúde, bem como da discussão sobre o que é responsabilidade do estado e o que é de responsabilidade individual enquanto assistência à saúde. Esses tipos de decisão são tomadas pelo Congresso Nacional, Assembleias Estaduais, e Câmaras Municipais.

Já a *mesoalocação* é feita pelos níveis intermediários dos sistemas de saúde ao destinarem diferenciadamente recursos entre programas e atividades de assistência à saúde. Tais decisões são tomadas pelos administradores e profissionais de saúde que atuam em cargos diretivos.

Por fim, a *microalocação* é feita em nível individual, mantendo relação direta com as pessoas sob os cuidados dos profissionais de saúde. Refere-se à priorização e a distribuição de recursos escassos entre pessoas que são identificáveis para aqueles que decidem.

A partir do exposto, faz-se necessário elucidar que as diferentes formas de alocação de recursos apresentam potencialidade para o alcance de distribuição mais equitativas, portanto, quando se fala em alocação, fala-se, automaticamente em acesso equitativo, e os textos selecionados para essa subcategoria também irão tratar dessa temática.

Sendo assim, a conceituação do termo equidade se faz necessária. Inicialmente, é uma concepção inerente à legislação brasileira. Na legislação fala-se

em “igualdade de assistência” (item VII, art. 7o da lei 8.080), como sinônimo de equidade.

Para Duarte (2000):

Do ponto de vista conceitual, a temática da equidade tem produzido um rico debate. Longe de um consenso, diferentes concepções alimentam as teorias sobre justiça social desenvolvidas pelas diversas correntes de pensamento. [...] é importante lembrar que as opções conceituais, inerentes aos desenhos de sistema de saúde, orientam a escolha dos critérios distributivos (para a inversão de recursos), a escolha dos indicadores utilizados para avaliar o grau de equidade e a interpretação dos resultados em relação à efetividade do sistema.

2.3.6 O fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização em saúde coletiva é a capacidade institucional para desenvolver um quadro regulamentar para proteger a saúde pública e a fiscalização de seu cumprimento, bem como a capacidade de atrair novas leis e regulamento que visam melhorar a saúde da população e fomentar o desenvolvimento de ambientes saudáveis; além disso inclui a proteção dos cidadãos na saúde relação com a sistema de saúde e propõem a implementação de todas essas atividades para garantir o cumprimento da regulação oportuna, correta, consistente e completa.

2.3.7 Em relação a avaliação e promoção ao acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários se constitui em promover a equidade no acesso efetivo de todos os cidadãos aos serviços de saúde necessário, por meio do desenvolvimento de ações dirigidas a superar obstáculos de acesso às investigações em matéria de saúde pública e facilitar a ligação de grupos vulneráveis aos serviços de saúde. Acompanhamento e avaliação do acesso aos serviços de saúde também fazem parte, bem como a estreita colaboração com instituições governamentais e não-governamentais a fim de promover o acesso equitativo aos serviços de saúde necessários (OPAS, 2002).

Equidade na saúde não pode ser outra coisa senão um aspecto central na justiça dos mecanismos sociais em geral. O alcance da equidade em saúde é imenso ela não pode se preocupar somente com a saúde, isoladamente. Em vez disso, tem de estar em sintonia com a questão mais ampla de justiça social, incluindo a distribuição econômica, dando a devida atenção ao papel da saúde na vida e na liberdade humana. Equidade na saúde com certeza não se refere apenas ao acesso aos serviços de saúde, na verdade, equidade na saúde como um

conceito tem um alcance e uma relevância extremamente amplos (SEN; KLIKSBURG, 2010).

A distância entre os excluídos e os incluídos na sociedade de consumo mundial, tanto quantitativamente como qualitativamente, é paradoxalmente maior que há 20 anos. As contradições brasileiras além de internas (diferenças regionais) são também gritantes no que se refere a comparações no âmbito externo: apesar de o Brasil ter alcançado o 9º lugar mundial de Produto Interno Bruto, continua a ocupar a 42ª posição tanto no que se refere aos índices de analfabetismo como de expectativa de vida ao nascer.

Para as sociedades assimétricas e desiguais latino-americanas não podem valer a perspectiva política da igualdade e da isonomia, próprias de países ricos, em que os cidadãos têm ciência e vigência de seus direitos. Onde não há isso, a população sofre de vulnerabilidades sociais específicas (KOTTOW, 2005).

2.3.8 O desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública é conceituado pela identificação de um perfil para os recursos humanos que sejam adequados para a atuação nos serviços públicos de saúde.

Educação, formação e avaliação da equipe de saúde pública objetivando identificar as necessidades do serviço e da atenção à saúde para tratar com eficácia problemas prioritários de saúde pública e para avaliar adequadamente as ações incluem atividades desse setor, bem como a formação de parcerias com programas de desenvolvimento profissional para assegurar a aquisição de experiência significativa em saúde pública para todos os alunos; Capacitação para trabalho interdisciplinar e multicultural na saúde pública. treinamento de Ética saúde pública, com especial atenção para princípios e valores como a solidariedade, igualdade e respeito para dignidade.

As novas demandas que surgiram na prática da assistência em saúde levaram a mudanças diversas. Fundamentalmente, na formação acadêmica para as diferentes categorias profissionais passou a ser reestruturada no que é relativo a conteúdos e a metodologias de ensino, visando um melhor desenvolvimento de competências e habilidades (PRADO; GARRAFA, 2006).

É fato que a maioria das questões hoje postas em termos de bioética, seja no terreno da ciência em geral ou da intervenção em saúde, não tenha sido inaugurada pela Bioética, como problemas adormecidos ou ignorados, à espera de um discurso

que os trouxesse à luz. O que fez a Bioética foi organizar dentro de uma lógica, compor no interior de um sistema, “aparelhar” um olhar, no sentido de equipá-lo com conceitos, metas e argumentos sobre a ciência e a vida; enfim, fazer funcionar novos campos de visão sobre o que existia bem antes dela (RAMOS; DO Ó, 2009).

Educação na saúde, de acordo com o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde, consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2009).

2.3.9 Garantia e melhoria de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos se constituem na promoção da existência dos sistemas de avaliação e melhora de sua qualidade e engloba o fomento da elaboração de normas sobre as características básicas que devem ter o sistema de garantia e melhora da qualidade e supervisão do cumprimento dos provedores do serviço que têm essa obrigação; a definição, explicação e garantia dos direitos dos usuários; a existência de um sistema de avaliação das tecnologias em saúde que colabore nos processos de adoção de decisões de todo sistema de saúde, contribuindo para melhora de sua qualidade; utilização de metodologia científica para a avaliação de intervenções em diversos quadros de complexidade em saúde; a existência de sistemas de avaliação de satisfação dos usuários (OPAS, 2002).

2.3.10 A investigação em saúde pública se constitui em investigação rigorosa dirigida para aumentar o conhecimento que apoie a adoção de decisões em diferentes níveis e inclui a execução e o desenvolvimento de soluções inovadoras em matéria de saúde pública, cujo impacto pode ser mensurado e avaliado; estabelecimento de alianças com os centros de investigação e instituições acadêmicas de dentro e fora do setor saúde (OPAS, 2002).

Porém, apesar dos avanços tecnológicos e de soluções inovadoras em matéria de saúde pública, os problemas sociais e econômicos permanecem ainda como os grandes desafios a serem superados, tornando-se temas sempre presentes nas discussões sobre a saúde pública, saúde coletiva e a bioética.

2.3.11 A redução do impacto das emergências e desastres em saúde consiste no desenvolvimento de políticas, na planificação e realização de ações de prevenção, preparação, resposta e reabilitação precoce para reduzir o impacto de desastres na saúde pública, abrangendo um enfoque integral com relação aos danos e a etiologia

de todas as emergências e desastres possíveis na realidade do país, bem como a participação de todo sistema de saúde e a mais ampla colaboração intersetorial e interinstitucional pela redução do impacto das emergências e desastres (OPAS, 2002).

Nesse cenário surge também a discussão sobre vulnerabilidade, pois, de uma forma geral, todos os seres humanos são vulneráveis, porém, a susceptibilidade e o grau de risco não se distribuem ao acaso no conjunto da sociedade, muito menos de maneira homogênea, ou seja, a gravidade da susceptibilidade não é a mesma dentro de uma sociedade.

O conceito de vulnerabilidade contém um sentido de susceptibilidade, as características que nos deixam aptos a sofrer algum tipo de lesão por um evento externo, e um sentido de risco, que se reposta a possibilidade de que a trajetória desse evento nos encontre em seu caminho (LORENZO, 2006).

A distinção dos termos vulnerabilidade e vulneração é que o primeiro seria uma característica universal e genérica de qualquer ser humano, já a vulneração se aplica aos casos específicos de seres humanos que, independentemente de suas vontades, não possuem meios ou capacidades para enfrentamento das contingências adversas (BOY; SCHRAMM, 2009).

A vulnerabilidade social tem relação com a estrutura de vida cotidiana das pessoas. Entre as situações geradoras de vulnerabilidade podem ser citadas: baixa capacidade de pesquisa no país, disparidades socioeconômicas na população, baixo nível de instrução das pessoas, inacessibilidade a serviços de saúde e vulnerabilidades específicas relacionadas com o gênero feminino, e com as questões raciais, étnicas, entre outras (LORENZO, 2006).

O significado de vulnerabilidade social leva ao contexto de fragilidade, deproteção, debilidade, (des)favorecimento - populações desfavorecidas - e, inclusive, de abandono, englobando diferentes formas de exclusão social, de distanciamento ou isolamento de grupos populacionais com relação aos benefícios proporcionados pelo desenvolvimento.

Após essa apresentação um fato chama a atenção, as Fesp estabelecidas no início da década de 1990 apresentavam em seu conteúdo “Cuidados de saúde para grupos vulneráveis e populações de alto risco” como uma das funções essenciais, porém, ao serem desenvolvidas as Fesp para as Américas, local de desigualdades

sociais gritantes e com diversos grupos sociais vulneráveis, a questão da vulnerabilidade não é mais apontada. Surgem funções como "investigação essencial para o desenvolvimento e a implementação de soluções inovadoras em saúde pública" e "redução do impacto de emergências e desastres em saúde", mas sem, no entanto, abordar questões específicas de vulnerabilidade.

Vale ser ressaltado também que nas Fesp, a temática de preservação ambiental não é apontada. Ao se fazer um busca de artigos, é comum encontrar a temática de preservação ambiental relacionada a gerenciamento dos resíduos sólidos de saúde, dentro de instituições que prestam cuidado de saúde (hospitais, Unidades de saúde da família, clínicas odontológicas e veterinárias), mas não é comum se falar na preservação do meio ambiente como algo inerente ao profissional da saúde.

Se pensarmos nesse panorama que acabamos de traçar sobre as funções e práticas da saúde coletiva, envolvendo diversas escolas de pensamento e se dirigindo a indivíduos e grupos sociais os mais diversos, pode-se perceber claramente as possibilidades e diversidade de conflitos éticos que podem envolver o amplo espectro de ações necessárias ao seu cumprimento, tornando-se um campo privilegiado para Bioética. Daí o interesse em saber o que a Bioética brasileira pensa e diz à Saúde Coletiva brasileira.

3. Justificativa

A produção dessa dissertação justifica-se pelo fato que no Brasil e na América Latina a produção em bioética já nasceu de forma integrada à Saúde Coletiva e, até o momento, não há estudos sistemáticos analisando as temáticas, os problemas, as tomadas de posição e os marcos teóricos privilegiados nessa produção. Sendo assim, essa produção permite avaliar as contribuições da bioética ao campo da saúde pública, permitindo, também, a identificação de temas e problemas que têm sido negligenciados na discussão dessa interface, de maneira a contribuir para apontar futuros objetos de reflexão da bioética no campo da saúde Pública/Coletiva.

4. Objetivos

Geral

- Identificar, na produção científica nacional, temáticas, funções, práticas, referenciais teóricos e posicionamentos nas publicações que relacionam bioética e saúde Pública/Coletiva.

Específicos

- Identificar as instituições de maior produção científica nessa interface entre Bioética e Saúde Pública/Coletiva e a caracterização das publicações segundo o qualis capes das revistas.
- Identificar quais são as temáticas discutidas do ponto de vista das funções e práticas da saúde pública/coletiva;
- Identificar quais são os problemas visados e os tipos de conflitos que emergem dessas publicações, bem como as tomadas de posição em relação a elas;
- Identificar a fundamentação teórica da bioética utilizada pelos autores;
- Identificar as ausências ou pequena expressão da produção nacional em temas importantes da saúde pública/coletiva.

Parte II – Método

5. Percurso Metodológico

Trata-se de uma revisão estruturada com síntese temática, proposta por Thomas e Harden (2008). A síntese temática combina e adapta abordagens da meta-etnografia e *grounded theory*. O método foi desenvolvido a partir da necessidade de conduzir revisões que abordam questões relativas à necessidade de intervenção, adequação e aceitabilidade, bem como, relativo à sua eficácia, sem comprometer-se com princípios fundamentais desenvolvidos em revisões sistemáticas.

Códigos livres de constatações são organizados em temas descritivos, que são, então, interpretados para produzir temas analíticos. Essa abordagem compartilha características com adaptações posteriores da meta-etnografia, na qual temas analíticos são comparados às interpretações de terceira ordem e ao desenvolvimento de temas analíticos e descritivos utilizando-se códigos que invocam uma tradução recíproca. Ele também compartilha muito do *grounded theory*, no qual a abordagem é indutiva e temas são desenvolvidos utilizando-se um método de constante comparação (BARNETT-PAGE; THOMAS, 2009).

Um aspecto novo da sua abordagem é o uso de software de computador para codificar os resultados, porém, na presente pesquisa utilizou-se o método manual.

Em seguida, para o desenvolvimento dos temas analíticos, foi utilizado o método de Análise de conteúdo, proposto por Bardin (2009), como será descrito a seguir.

5.1 Formação e caracterização do corpus

A pesquisa foi realizada nas bases de dados Lilacs e Scielo e os descritores foram escolhidos tomando-se por base as funções e práticas específicas da saúde pública e alguns programas e estratégias específicos, cruzando-se o descritor Bioética com:

- Alocação;
- Atenção Básica;

- Equidade;
- Inovação em saúde;
- Políticas de saúde;
- Práticas de saúde;
- Promoção da Saúde
- Qualidade e serviço;
- Recursos humanos;
- Regulação;
- Saúde coletiva;
- Saúde da Família.
- Saúde pública;
- Situação de saúde;
- Vigilância;

Foram excluídos em uma primeira etapa capítulos de livros, dissertações e teses, além de colunas de comentários, cartas e editoriais, uma vez que os objetivos do trabalho dirigiam-se apenas a artigos científicos.

A inclusão dos artigos no corpus final de análise foi determinada pelos seguintes critérios: 1. estivessem publicados em revistas nacionais indexadas; 2. tivessem como objetivo central discutir a interface entre bioética e saúde coletiva ou fazer uma reflexão bioética sobre alguma prática ou função própria da saúde coletiva ou a ela relacionada; 3. pelo menos um dos autores fosse brasileiro.

Sobre reflexão bioética, Segre (2010) afirma que ela “decorre da conjugação de múltiplos fatores. O fato de nos colocarmos contra, ou a favor, de uma ação ou omissão, sob o ponto de vista ético, resulta de influências as mais diversas”, e ainda afirma que “o nosso escopo na bioética é o de amenizar os conflitos entre as pessoas, preservando, entretanto, a sua individualidade”.

Foram excluídos os artigos cujo tema central fosse ética da pesquisa por constituir uma sub-área específica com grande produção e que confundiria o cumprimento dos objetivos. Também foram excluídos artigos que apesar de encontrados a partir dos descritores e citar ambas as áreas em seu texto, não tinham como objetivo central a aplicação de reflexões bioéticas no campo específico

da saúde pública, o que envolveu alguns artigos sobre morte cerebral, eutanásia, jornalismo, perícia médica, entre outros.

Sendo assim, houve uma aproximação do material coletado, verificando sua apropriação como fonte de estudo. Após a leitura de cada título e resumo, estes foram catalogados e ordenados por título, autores, periódico, ano de publicação e instituição de origem da publicação (Apêndice A).

O percurso metodológico foi constituído finalmente por três etapas: 1. constituição e caracterização do corpus de análise a partir da utilização das ferramentas de busca nos bancos de dados escolhidos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão; 2. Síntese temática, onde as leituras objetivavam identificar os objetivos implícitos e explícitos dos artigos, sendo feita, então, a divisão destes em temas e subtemas privilegiados pela bioética brasileira quando aplicada à saúde coletiva, e 3. Análise de Conteúdo apoiada no método proposto por Bardin (2009) com o intuito de investigar em maior profundidade no corpus final do estudo a natureza das reflexões produzidas nos diversos temas e subtemas, posições dos autores e seus referenciais teóricos.

A **análise de conteúdo** pelo método de Bardin (2009) consiste em um conjunto de técnicas de investigação que, por meio de uma descrição objetiva, sistemática quantitativa e ou qualitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas. Divide-se em três etapas: a) *pré-análise*; b) *exploração do material* e c) *tratamento dos resultados, inferência e interpretação* (BARDIN, 2009). No presente trabalho uma abordagem qualitativa do método de Bardin (2009) teve prioridade sobre a abordagem quantitativa, apesar de serem apresentados uma quantificação dos conteúdos, mas vale ressaltar que depois do método clássico muito autores têm trabalhado uma perspectiva mais qualitativa desse método, tal como foi feito nesse estudo.

Parte III – Resultados e discussão

6. Resultados

6.1 Formação e Caracterização do Corpus

No total, foram encontradas 576 referências, incluindo artigos, capítulos de livros, teses, dissertações, editoriais e colunas, sendo selecionados, de acordo com os critérios mencionados, 85 artigos, de 22 periódicos diferentes, sendo o maior percentual de publicação feito pela Revista Bioética, de Brasília, Distrito Federal, com 18 publicações, seguida pelas revistas Ciência e Saúde Coletiva e Cadernos de Saúde Pública, ambas do Rio de Janeiro, com 11 publicações cada.

Os artigos selecionados foram publicados entre os anos de 1996 a 2013, totalizando 17 anos. Não foram encontradas publicações sobre a temática antes do ano de 1996. Somente no ano de 1998 não houve seleção de nenhum artigo publicado sobre a temática.

A tabela 1 traz a relação entre o ano de publicação e a quantidade de artigos publicados em cada ano, sendo o ano de 2009 aquele em que há maior quantidade de publicações, seguido pelo ano de 2010; em contrapartida, em 1996, 1997 e 2001 houve a seleção de somente um artigo de cada ano.

Tabela 1 – Relação entre ano de publicação e quantidade de artigos selecionados

<u>Ano de publicação</u>	<u>Quantidade de artigos publicados</u>
1996	1
1997	1
1998	-
1999	2
2000	3
2001	1
2002	2
2003	3
2004	9
2005	5
2006	7
2007	4
2008	4
2009	12
2010	10

2011	6
2012	9
2013	6
Total	85

A tabela 2 traz a relação entre as revistas, a cidade de publicação, qualis dos periódicos e a quantidade de artigos selecionados que foram publicados entre 1996 e 2013. Ressaltando-se aqui que o qualis apresentado é referente à saúde coletiva e à área interdisciplinar, exceto pela revista Texto Contexto, de Florianópolis, que só apresenta qualis referente à enfermagem, A2, pois a revista não possui outras áreas de publicação. A Revista Comunicação em Ciência da saúde, não possui qualis em saúde coletiva e a Revista da Associação Médica Brasileira não apresenta qualis.

Tabela 2 – Relação entre as revistas, as cidades de publicação, o qualis e a quantidade de artigos que foram publicados entre 1996 e 2013.

Revistas	Local de publicação	Qualis saúde coletiva	Qualis interdisciplinar	Artigos publicados
Acta Bioethica	Santiago de Chile/CL	B3	B1	2
Acta Paulista de Enfermagem	São Paulo/SP	B3	B2	2
Cadernos de saúde pública	Rio de Janeiro/RJ	A2	A1	11
Ciência e saúde coletiva	Rio de Janeiro/RJ	B1	A2	11
Ciência, cuidado e saúde	Maringá/PR	B4	B1	1
Comunicação em Ciências da saúde	Brasília/DF	-	B3	5
Divulgação em saúde para debate	Rio de Janeiro/RJ	B2	B3	2
Interface: comunicação, saúde e educação	Botucatu/SP	B1	B1	4
O Mundo da saúde	São Paulo/SP	B4	B2	8
Online Brazilian Journal of Nursing	Niterói/RJ	B3	B1	2
Physis: Revista de Saúde Coletiva	Rio de Janeiro/RJ	B1	B1	6
Revista Bioética	Brasília/DF	B4	B2	18
Revista Brasileira de Educação Médica	Rio de Janeiro/RJ	B2	A2	1
Revista Brasileira de Enfermagem	Brasília/DF	B2	A2	1
Revista Brasileira de Terapia Intensiva	São Paulo/SP	B2	B1	1
Revista da Associação Médica Brasileira	São Paulo/SP	-	-	2
Revista da Escola de Enfermagem da USP	São Paulo/SP	B2	A2	1
Revista de Direito Sanitário	São Paulo/SP	B4	B1	2
Revista de Saúde Pública	São Paulo/SP	A2	A2	1
Revista Odonto Ciência	Porto Alegre/RS	B3	B2	1

Saúde e sociedade	São Paulo/SP	B2	B1	2
Texto Contexto				
Enfermagem	Florianópolis/SC	-	-	1
			Total	85

Três dos 18 artigos publicados na Revista Bioética referem-se àqueles que foram publicados na antiga revista Bioética, que teve sua publicação iniciada em 1996 e encerrada em 2006, e que passou a chamar Revista Bioética. O mesmo vale para 2 dos 5 artigos apontados na tabela para a revista Comunicação em ciência da saúde, que foram publicados na antiga Revista de Saúde do Distrito Federal (iniciada em 1990 e encerrada em 2005), continuando como Comunicação em ciência da saúde.

Convém ressaltar também que houve uma predominância de revistas de São Paulo (nove revistas), seguidas pelo Rio de Janeiro, com cinco revistas. Observa-se também que houve predominância de revistas da região sul e sudeste, e que a única revista do centro oeste é desenvolvida por Brasília; em contrapartida, não apareceram na pesquisa revistas desenvolvidas pelas regiões norte e nordeste.

Foi possível identificar 22 instituições responsáveis pela publicação dos 85 artigos, sendo nove da região sudeste; três da região sul; cinco da região centro oeste, seis da região nordeste e uma da região norte, caracterizando-a como região de menor publicação sobre a temática. As instituições das respectivas regiões podem ser visualizadas na tabela 3.

O maior número de instituições em cada região não significa que também acontece o maior o número de publicações, tal fato será melhor esclarecido na tabela 3.

Tabela 3 – Relação entre as regiões do Brasil, as instituições que publicaram sobre a temática e a quantidade de artigos publicados

Região e Estados	Instituições	Artigos publicados
Sudeste		51
São Paulo	Centro Universitário São Camilo/Ipiranga/SP	2
	Universidade de São Paulo (USP)/São Paulo/SP	16
	Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp)/ Botucatu/SP	1
Rio de Janeiro	Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/Rio de Janeiro/RJ	4
	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/Rio de Janeiro/RJ	17
	Instituto Nacional do Câncer (INCA)	1
	Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)/Rio de	4

Minas Gerais	Janeiro/RJ		
	Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)/Belo Horizonte/MG		3
	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)/MG		1
	Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)/Montes Claros/MG		2
Sul			15
Rio Grande do Sul	Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos)/São Leopoldo/RS		3
	Universidade do Rio Grande do Sul (UFRS)/Porto Alegre/RS		2
Santa Catarina	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)/Florianópolis/SC		9
	Universidade do Vale do Itajaí/SC.		1
Centro oeste			30
Distrito Federal	Universidade de Brasília (UnB)/Brasília/DF		23
	Escola Superior de Ciência da Saúde (ESCS/FEPECS)/Brasília/Distrito Federal		1
	Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (Anis)/Brasília/DF		4
	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, Secretaria Especial dos Direitos Humanos		1
	Secretaria de Saúde do Distrito Federal		1
Nordeste			9
Bahia	Universidade Federal da Bahia (UFBA)/Salvador/BA		2
	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)/Salvador/BA		1
Ceará	Universidade Federal do Ceará (UFCE)/Fortaleza/CE		1
Paraíba	Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)/Campina Grande/PB		2
Piauí	Universidade Estadual do Piauí (UESP)/Teresina/ PI		1
Rio Grande do Norte	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)/Natal/RN		2
Norte			1
Amazonas	Universidade Federal do Amazonas (UFAM)/Manaus/AM		1

Destaca-se a Universidade de Brasília (UnB) com 23 publicações, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com 17 publicações e a Universidade de São Paulo (USP), com 16 publicações, apontando um desequilíbrio em relação às demais regiões do Brasil. A exemplo, há apenas uma publicação proveniente da região norte, da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

A partir de um olhar regional é possível perceber que as publicações concentram-se nas regiões sudeste e centro-oeste, com 51 publicações e 30 publicações, respectivamente, como é apontado na Figura 1.



Regiões

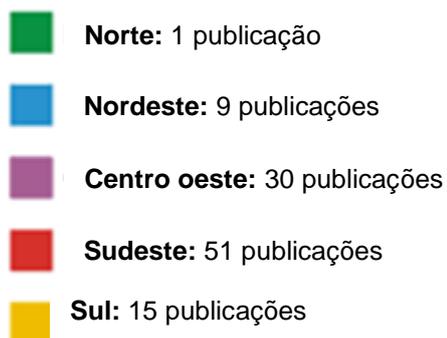


Figura 1 – Mapa com as regiões do Brasil e a quantidade de publicações por região

Houve 20 artigos em que havia mais de uma instituição de origem da publicação, devido à parceria de autores e instituições, por isso a maior quantidade de publicações apresentadas na tabela.

As instituições que mais publicaram em conjunto a outras foram a Universidade de Brasília (UnB), com 6 publicações, seguida da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com 4 publicações, respectivamente.

As instituições Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Rio de Janeiro (RJ), e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), localizada em Florianópolis (RS) foram as únicas que publicaram conjuntamente com instituições internacionais, sendo elas, Universidad de Chile, em Santiago (Chile), e Universidade de Lisboa, em Lisboa (Portugal), respectivamente, sendo cada parceria originou um artigo.

6.2 Síntese temática da revisão estruturada

A síntese temática foi realizada no corpus final de 85 artigos, buscando identificar os objetivos centrais de cada um e criando temas e subtemas nos quais pudessem se enquadrar. A partir dessa síntese, foi possível obter os seguintes temas e subtemas:

Tabela 4 – Relação entre as categorias temáticas, quantidade de artigos publicados em cada categoria e a porcentagem

Temas e subtemas	Quantidade de artigos	Porcentagem
Discussão da interface entre bioética e saúde pública/ coletiva	12	14,2%
Gestão e organização dos serviços de saúde	24	28,2%
I. Alocação de recursos,	9	10,6%
II. Promoção da saúde	2	2,4%
III. Direito à saúde e princípios do SUS	6	7%
V. Atenção básica	4	4,7%
VI. Gestão participativa e conselhos de saúde	1	1,2%
VII. Saúde suplementar e parceria público privada	2	2,3%
Políticas públicas de saúde e vulnerabilidades específicas	31	36,4%
I. Populações indígenas	3	3,5%
II. Saúde da mulher	6	7%
III. Saúde do homem	1	1,2%
IV. Direitos sexuais/ população GLBT	3	3,5%
V. Deficientes físicos	4	4,7%

VI. Saúde mental	2	2,4%
VII. Extremos de idade e questões de fim de vida	5	5,8%
VIII. Doenças ligadas à raça	1	1,2%
IX. Doenças raras	1	1,2%
X. Saúde bucal	4	4,7%
XI. Transplante de órgãos	1	1,2%
Inovação e incorporação tecnológica	3	3,5%
Cooperação internacional em saúde	1	1,2%
Bioética na formação de Recursos Humanos	11	12,9%
Saúde e meio ambiente	3	3,5%
Total	85	100%

A tabela acima oferece uma ideia bastante aproximada sobre os temas nos quais têm se concentrado o interesse da Bioética brasileira quando aborda questões de Saúde Coletiva. Os temas *Políticas públicas de saúde e vulnerabilidades específicas* e *Gestão e organização dos serviços de saúde* foram os de maior prevalência de artigos, representando respectivamente 36,4% e 28,2% do total de artigos. Mas deve-se levar em conta que esta prevalência está dividida entre 11 subtemas no primeiro e 07 subtemas no segundo desses temas.

No tema *Políticas públicas de saúde e vulnerabilidades específicas* os subtemas de maior incidência, como se vê na tabela 4, foram *Saúde da mulher* e *Extremos de Idade e questões de fim da vida*. É interessante o fato deste último, que envolve questões mais tradicionalmente ligadas à Bioética, tais como eutanásia, ortotanásia e cuidados paliativos, ter tido uma prevalência ligeiramente menor que as questões de saúde da mulher, mas isso pode ser explicado pela atividade de um grupo de pesquisa específico em bioética dedicado às questões de gênero. Os artigos publicados sobre saúde da mulher demonstram também, a tendência da bioética brasileira em estar atenta a questões ligadas às relações de gênero, dominação e exclusão.

Outro achado que pode significar tão simplesmente a atuação produtiva de alguns grupos específicos é a prevalência em temas como *saúde bucal e deficiência física* que juntos chegam a 9,4% do total de artigos, enquanto doença mental, por exemplo, que traz questões relacionadas à autonomia dos sujeitos, tema também tradicional da Bioética, aparece com apenas 2,4 % dos artigos. Por outro lado, vale destaque o fato de que temas como saúde da população GLBT vem crescendo, representando 3,5% dos artigos, o que outra vez envolve questões tanto de diversidade moral, quanto de relações de dominação e exclusão e que foi três vezes maior que o de artigos direcionados à saúde o homem, talvez demonstrando

também a sensibilização para o tema provocado pela atuação dos movimentos sociais que lutam pelos direitos dessa parcela da população. O tema da saúde indígena é outro que parece vir crescendo, tendo obtido também 3,5% do total, representado por três artigos.

Convém ressaltar que, na categoria de saúde indígena, há um artigo que fala sobre saúde da criança e do adolescente indígena, sendo o único artigo que tratou da temática de saúde dessa faixa etária.

Um fato muito significativo nessa pesquisa temática é o de não se ter encontrado qualquer artigo que se dirigisse à política de saúde para a população negra ou discutisse, no âmbito da saúde coletiva, o racismo social e institucional ou a acessibilidade e a qualidade de serviços ofertados a esta população, um tema que é claramente pertencente a esta intersecção entre Bioética e Saúde Coletiva.

Foi encontrado 01 artigo classificado como tema de *Doenças ligadas à raça*, porque se dirigia a um debate sobre aplicação da “nova genética” ao diagnóstico e tratamento da Anemia Falciforme, na perspectiva mais biomédica e sem encaminhar qualquer discussão sobre as dimensões éticas da discriminação racial e seus impactos na saúde.

Outra ausência significativa é de artigos que discutam questões morais em torno de uso de drogas no contexto da saúde coletiva. A primeira busca encontrou apenas um artigo sobre Bioética de Proteção e descriminalização das drogas, mas que foi descartado, por discutir o problema no contexto jurídico e não de saúde coletiva. Essa parece ser outra negligência importante da Bioética brasileira até aqui, sobretudo por se tratar de um tema que vem ganhando cada vez mais espaço nas mídias e nos fóruns de discussão social no Brasil, a exemplo do internamento compulsório de usuários de crack em situação de rua.

Outra ausência identificada é a de artigos relativos à saúde do trabalhador. Há artigos que falam sobre a bioética na formação de recursos humanos, porém, nenhum deles aborda a questão do ponto de vista da saúde do trabalhador, uma vez que a atividade laboral pode causar acidentes e doenças de maneira mais frequente do que se imagina, trazendo repercussões tanto para a vida desse trabalhador, como na qualidade dos serviços prestados por ele.

No tema *Gestão e organização dos serviços de saúde* o subtema *Alocação de recursos* é marcadamente o subtema em que o maior número de artigos incidiu, com

10,6%, seguido da discussão do Direito à Saúde e reflexões sobre os princípios do SUS, com 7% e de conflitos na atenção básica com 4,7%. Dada a importância da estratégia de saúde da família para estruturação do SUS, esperava-se uma produção da Bioética muito mais significativa em torno da atenção básica.

O mesmo ocorre com o tema da Promoção da Saúde que vem ganhando cada vez mais relevância no campo da Saúde Coletiva, mas teve apenas 2 artigos destinados especificamente a ele. No mesmo sentido observou-se uma escassez de produção ligada à assistência farmacêutica. Geralmente, quando se aborda o assunto de assistência farmacêutica faz-se relação com judicialização de saúde.

Outra inesperada baixa prevalência que merece nota é do tema Gestão Participativa e Conselhos de Saúde, uma vez que a Bioética é uma Ética aplicada e, portanto, um dos seus principais alicerces é a tomada de decisão em espaços públicos de discussão, o encontro de apenas um artigo destinado ao tema é de certa forma surpreendente.

Entre os temas que não apresentaram derivações para subtemas, os de maior relevância foram a *Discussão da Interface entre Bioética e Saúde Coletiva*, com 14,2% dos artigos e o de *Bioética na Formação de Recursos Humanos* com 12,9% do total de artigos. Esses resultados significativos refletem, de certa forma, a necessidade de afirmação da pertinência de um novo campo de saber, como a Bioética, que na perspectiva brasileira e latino-americana tem sido produzida de forma mais integrada à Saúde Coletiva.

O mesmo ocorre com a produção destinada a defender sua pertinência nos currículos de graduação e na educação continuada e permanente de profissionais de saúde para uma formação adequada de recursos humanos. Se considerarmos os subtemas isolados sem agrupar em temas maiores, estes dois temas com o subtema de *Alocação de Recursos*, representaram isoladamente as motivações principais dos artigos indexados produzidos nesta área, perfazendo conjuntamente 37,7%, mais de um terço do total.

Nos temas restantes identificados, vale notar a baixa prevalência de artigos de Bioética destinados à saúde e ambiente na perspectiva da Saúde Coletiva, em função da atualidade do tema. Outros artigos foram encontrados na primeira busca, mas excluídos por não tratar de uma discussão direcionada à saúde coletiva.

6.3 Análise de Conteúdo sobre o corpus da pesquisa

Após o procedimento de síntese temática, o corpus formado por 85 artigos, recebeu um tratamento de análise de conteúdo apoiada no método descrito por Bardin. Trabalhou-se tanto com algumas categorias pré-definidas a partir da síntese temática quanto com aquelas que emergiram da exploração do corpus.

Seguiu-se a ordem de procedimento tal como estabelecida por Bardin em três etapas: 1. A *pré-análise* correspondeu a definição do corpus e codificação do material de Art. 1 a Art. 85; 2. A *exploração do material* através de leituras que buscavam descobrir os núcleos de sentido que apresentassem significados para o propósito analítico e que era o de identificar os problemas visados, os tipos de conflitos, as tomadas de posição e a fundamentação teórica destes artigos, e, finalmente, 3. *O tratamento dos resultados, recortes de inferência e interpretação*.

Esse processo produziu 46 categorias relacionadas aos conceitos, problemas, conflitos e posicionamentos dos autores em relação aos diversos temas encontrados (No Apêndice B se encontra o quadro completo das categorias com seus respectivos índices de inferência e artigos correspondentes) e 14 subcategorias de uma categoria previamente determinada que foi a de *fundamentação teórica da Bioética nos artigos* (Apêndice C). Esses dois grupos de categorias serão apresentados e discutidos separadamente.

6.3.1 Resultados e discussão das categorias relacionadas a conceitos, problemas, conflitos e posicionamentos

Abaixo se encontra a lista de todas as categorias encontradas:

1. Definições e funções da bioética
2. Objetos de estudo compartilhados
3. Convergências epistêmicas
4. Influência da Reforma Sanitária na construção da Bioética brasileira
5. Valores e princípios compartilhados – princípios dos direitos humanos
6. Crítica ao utilitarismo na alocação de recursos
7. Crítica ao modelo liberal na alocação de recursos

8. Reflexão sobre a moralidade na alocação de recursos escassos
9. Crítica à responsabilização dos sujeitos na promoção da saúde
10. Contexto social e moral que influenciam a promoção da saúde
11. Conflito entre liberdades individuais e bem estar coletivo
12. Dimensão moral, ideológica e científica da participação social na gestão
13. Responsabilidade moral do Estado em prover acesso à saúde
14. Reflexão ética sobre a judicialização da saúde
15. Reflexões éticas sobre acolhimento na atenção básica
16. Crítica a maior priorização do cenário hospitalar pela bioética em detrimento da atenção básica
17. Visão ecossistêmica da saúde na atenção básica
18. Organização do trabalho e relações profissionais vinculadas ao exercício da cidadania na atenção básica.
19. Saúde suplementar como obstáculo ao cumprimento dos princípios do SUS
20. Vulnerabilidade da população indígena e necessidade de políticas específicas
21. Necessidade de políticas de proteção à criança e ao adolescente indígena
22. Respeito à diversidade cultural da população indígena
23. Vulnerabilidade do gênero feminino e seus impactos na saúde.
24. Impactos do abortamento inseguro na saúde da mulher e defesa da descriminalização.
25. Vulnerabilidade e Subjetividade masculina com motivação para políticas públicas.
26. Vulnerabilidade específica de transexuais e travestis e dificuldades de acesso
27. Defesa da regulamentação do processo transexualizador e seus limites em garantir acesso
28. Recusa à naturalização e à medicalização da sexualidade
29. Crítica ao modelo de assistência aos deficientes físicos enquanto desrespeito aos seus direitos.

30. Oposição a algumas correntes de bioética na perspectiva da deficiência física.
31. A incapacidade física como produto social e crítica à medicalização da deficiência
32. Vulnerabilidade dos portadores de doença mental e necessidade de políticas específicas
33. Vulnerabilidade do idoso e necessidade de políticas específicas
34. Respeito à autonomia na assistência ao idoso
35. Conflitos na assistência domiciliar
36. Defesa do acesso a cuidados paliativos
37. Vulnerabilidade em saúde bucal e a necessidade de políticas específicas
38. Pesquisa genética como contribuição aos direitos humanos.
39. Impactos negativos para a saúde coletiva de uma genômica reducionista e os riscos de uma nova eugenia
40. Injustiça na relação social doador-receptor
41. Crítica ao primado da tecnologia e a seu uso acrítico.
42. A DUBDH como documento orientador da cooperação internacional em saúde.
43. A bioética como conteúdo fundamental para a formação em saúde
44. Confusão conceitual entre deontologia e bioética nas práticas de ensino
45. Insuficiência da formação dos profissionais de saúde para lidar com os conflitos éticos das práticas
46. Educação ambiental como resultado da formação em bioética

Seguindo a lógica dos temas e subtemas propostos na revisão estruturada com síntese temática, foi possível realizar desmembramentos, resultando em categorias relacionadas a conceitos, problemas, conflitos e posicionamentos, de maneira a facilitar o alcance dos objetivos propostos em relação aos problemas visados e tipos de conflitos que emergem das publicações, além da tomada de posição relacionada a eles, algo que não seria possível somente por meio da revisão estruturada.

A discussão foi feita de maneira não fragmentada, buscando tocar nas principais inferências que compõe cada grupo de categoria que emergiu da análise de conteúdo, pois as temáticas aqui expostas permitiram tal construção.

Sendo assim, inicialmente foram abordadas categorias que se relacionam ao tema *Discussão da interface entre bioética e saúde pública/coletiva*, sendo elas: 1. Definições e funções da bioética; 2. Objetos de estudo compartilhados; 3. Convergências epistêmicas; 4. Valores e princípios compartilhados; 5. Influência da Reforma Sanitária na construção da Bioética brasileira

1. Definições e funções da bioética

Há um artigo nessa categoria que se diferencia dos demais por propor a questão de alteridade, sendo o único em todo corpus de artigo a abordá-la. Os autores apontam como o critério da alteridade torna-se necessário para pensar as práticas de assistência à saúde e como transforma tais práticas.

Em continuidade, questões persistentes dessa interface entre saúde pública/coletiva e bioética, também são levantadas, como aborto e eutanásia; bem como questões emergentes, como engenharia genética, por exemplo.

A história do nascimento da bioética é apontada sucessivas vezes, não somente nos textos dessa categoria em específico, mas em todas as outras, denotando que esse acontecimento ainda é algo novo e, portanto, repeti-lo faz parte da concretização dessa área da ética aplicada.

Foi possível observar, inicialmente, que a definição e as funções da bioética são apontadas em textos de diferentes temas. Definições como “exame sistemático da conduta humana no campo das ciências da vida e da saúde, conduta compreendida à luz de valores e de princípios morais” (Art. 01), como uma ferramenta útil para nortear condutas e, definições como “foi criada para designar a relação entre a vida humana, vegetal e animal em sentido amplo, colocando toda a biosfera como tema de sua preocupação” (Art. 87), apontando a preocupação da bioética em relação ao ecossistema como um todo, não somente a vida humana, mas todas as formas de vida.

Em relação às funções da bioética são apontadas diversas áreas, abrangendo “problemas éticos de todas as profissões sanitárias; as pesquisas comportamentais, independente das suas aplicações terapêuticas; os problemas sociais ligados às

políticas sanitárias; e os problemas da vida animal e vegetal em relação à vida do homem (Art. 01)”, bem como uma ferramenta para auxiliar “os políticos e técnicos a reconhecer os dilemas morais decorrentes das pesquisas e dos cuidados à saúde fornecendo princípios e regras morais na construção de um arcabouço para a discussão ética (Art. 12)”.

Sendo assim, foi possível identificar inferências relativas à discussão da interface entre bioética e saúde coletiva, e nessa discussão observou-se que havia uma interface mediada por objetos de estudo compartilhados e outra, por convergências epistêmicas.

2. Objetos de estudo compartilhados

Em relação aos objetos de estudo compartilhados, são apontados: “justiça em saúde, equidade, saúde das populações, determinantes sociais da saúde e doença, vulnerabilidade na pesquisa clínica internacional (Art. 06)”; “a alocação de recursos em saúde pública; os possíveis conflitos éticos existentes entre as ações de saúde pública confrontadas com a autonomia individual; os dilemas que a saúde pública deve enfrentar diante das consequências do atual desenvolvimento biotecnológico (Art. 07)”; “a reflexão das questões relativas à estrutura, à gestão e ao financiamento deste sistema (Art. 10)”; “A educação para a genética [...] (Art. 61)”, apontando que há um entrelaçamento nos campos de discussão da bioética e da saúde coletiva, haja vista que há situações próprias da saúde coletiva, mas que necessitam de reflexões bioéticas para sua compreensão mais aprofundada.

A transdisciplinaridade foi apontada somente em um fragmento: “Ambos saberes, bioética e saúde coletiva, convergem para temáticas essencialmente complexas e transdisciplinares: os campos da saúde e das ações humanas, conformados por interdependências e inter-relações no bojo do entorno social e ambiental” (Art. 06).

Vale ressaltar que, para Garrafa (2008), *transdisciplinaridade* “é todo conhecimento que está, ao mesmo tempo, entre as disciplinas e além de qualquer disciplina” (p. 855). Referindo-se à unidade do conhecimento, sendo um aprofundamento dinâmico e essencial à bioética, diferindo-se assim, da *multidisciplinaridade*, ou *pluridisciplinaridade*, onde não há uma interação dos conhecimentos, sendo algo estático; e se diferindo da *interdisciplinaridade*,

caracterizada como um intercâmbio de conhecimentos entre as disciplinas, sendo apenas a transferência de métodos de uma disciplina para outra.

O conceito de transdisciplinaridade aplica-se de maneira bastante adequada ao entrelaçamento entre os campos da saúde coletiva e da bioética, de forma a haver uma contribuição das partes, uma simbiose, o que resulta em uma relação mutualmente vantajosa.

Destaca-se entre os demais a seguinte inferência: “Há um problema central da vida – a morte –, o qual vem sendo matizado em novas nuances – entre as quais a da bioética, albergando uma infrene e intrínseca necessidade de estimular as discussões – com uma série de possíveis interseções no âmbito da saúde pública, como nos aspectos relativos à justiça como equidade e à alocação de recursos” (Art. 56), pois a questão de fim de vida é um tema originalmente da bioética, permeado por valores morais, princípios de sacralidade da vida, extremamente influenciado por visões religiosas, mas que, nesse artigo em específico, volta-se para a discussão do fim de vida no cenário da saúde pública, discutindo tal dilema à luz da alocação de recursos, em específico, a microalocação.

3. Convergências epistêmicas

Já em relação às convergências epistêmicas, ressaltando que a epistemologia é um dos ramos da filosofia que se ocupa da reflexão teórica a respeito do conhecimento em geral, foi possível observar que a transdisciplinaridade também é citada nas inferências e que um novo conceito surge, a hermenêutica, com a intenção de “integrar ambas áreas do conhecimento em uma só esfera de reflexão, discussão e produção científica” (Art. 06), de maneira a romper com o positivismo.

Como afirmam Garrafa e Pires (2011): “Essa trajetória em direção à fragmentação e à disjunção dos saberes impede o desenvolvimento de uma sensibilidade mais acurada por meio das relações transdisciplinares. Cria-se então a necessidade de religar os conhecimentos [...]”, reafirmando a função da bioética como uma ponte, seja ela para o futuro, seja ela para esse religar de conhecimentos distintos, porém repletos de afinidades.

4. Influência da Reforma Sanitária na construção da Bioética brasileira

Destaca-se também a relação traçada entre a bioética e o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Assim como esse movimento, a bioética reproduziu essa trajetória, consolidando-se como campo transdisciplinar de produção do conhecimento, apontando outras afinidades entre essas disciplinas.

A Reforma Sanitária Brasileira e a Bioética percorreram caminhos paralelos, apontando que suas preocupações configuram-se em um mesmo plano, ressaltando-se as influências da Reforma para a bioética brasileira, como afirmado nas inferências: “é fundamental enfatizar a importância da Reforma Sanitária que já apontava os rumos para a reflexão crítica que marca a Bioética brasileira” (Art. 09), “a reflexão bioética autóctone no Brasil está sendo direta ou indiretamente influenciada pelas perspectivas delineadas por aquele processo iniciado há mais de vinte anos” (Art. 04), “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 [...]” (Art. 04).

Há um texto que ainda afirma que há uma “urgência de trazer para o debate bioético a prática e a experiência da gestão dos serviços de saúde” (Art. 07), considerando-se que o histórico da Reforma e da saúde pública configura-se em algo anterior ao nascimento da bioética.

5. Valores e princípios compartilhados – princípios dos direitos humanos

Além das convergências mencionadas, foi possível observar valores e princípios que também são compartilhados nessa interface, como equidade, autonomia, justiça, direito à saúde, acesso universal, solidariedade, desigualdade, iniquidade, direitos humanos, havendo um destaque para a questão da equidade, sendo apontada com mais frequência nos artigos, seguida pela questão da autonomia.

A equidade é conceituada como “o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais, é o caminho da ética prática em face da realização dos direitos humanos universais, entre eles o do direito à vida” (Art. 03), e “somente através da equidade, associada à ética da responsabilidade (individual e pública) e ao princípio da justiça no seu amplo sentido, que os povos conseguirão tornar realidade o direito à saúde” (Art. 03). A

justiça também é apontada como “manifestação da equidade e de todos os seus corolários” (Art. 15).

Outra face da equidade que é abordada nos artigos refere-se à alocação de recursos, sendo aquela “o princípio que permite resolver parte razoável das distorções na distribuição da saúde, ao aumentar as possibilidades de vida de importantes parcelas da população” (Art. 17) e “a base ética que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos” (Art. 17).

Ainda dentro desse cenário de convergências, sejam elas epistêmica, por objeto de estudo compartilhado, ou por processos históricos, surgem situações próprias da saúde coletiva e que por serem situações dilemáticas contam com referenciais da bioética para melhor entendimento e discussão, como é o caso da alocação de recursos (já apontada como um das funções da bioética – justiça distributiva), onde há crítica ao utilitarismo, ao modelo liberal e há também moralidade na alocação de recursos escassos.

Tal discussão já configura uma construção relacionada ao tema *Gestão e organização dos serviços de saúde*, abrangendo as categorias: 6. Crítica ao utilitarismo na alocação de recursos; 7. Crítica ao modelo liberal na alocação de recursos; 8. Reflexão sobre a moralidade na alocação de recursos escassos; 9. Crítica à responsabilização dos sujeitos na promoção da saúde; 10. Contexto social e moral que influenciam a promoção da saúde; 11. Conflito ente liberdades individuais e bem estar coletivo; 12. Dimensão moral, ideológica e científica da participação social na gestão; 13. Responsabilidade moral do Estado em prover acesso à saúde; 14. Reflexão ética sobre a judicialização da saúde; 15. Reflexões éticas sobre acolhimento na atenção básica; 16. Crítica a maior priorização do cenário hospitalar pela bioética em detrimento da atenção básica; 17. Visão ecossistêmica da saúde na atenção básica; 18. Organização do trabalho e relações profissionais vinculadas ao exercício da cidadania na atenção básica; 19. Saúde suplementar como obstáculo ao cumprimento dos princípios do SUS.

6. Crítica ao utilitarismo na alocação de recursos

De modo geral, os artigos que trabalham com a questão da alocação de recursos escassos, falam sobre as moralidades envolvidas nessa ação, apontando também quais seriam os possíveis critérios de seleção.

No desenvolvimento dos artigos observou-se a construção de conceitos como equidade, justiça, injustiça, iniquidade, igualdade e desigualdade. Além disso, foi possível observar que correntes teóricas são utilizadas para a fundamentação desses conceitos, destacando-se a Teoria da Justiça, de John Rawls, e a Teoria das Capacidades, de Amartya Sen e Martha Nussbaum.

Em relação ao utilitarismo, é apontado que “pode causar riscos de discriminação negativa para as pessoas que tenham menor probabilidade de contribuir para o maior nível de saúde da coletividade” (Art. 13), como sendo algo que difere da noção de equidade, pois não haveria uma maximização de benefícios para a sociedade.

7. Crítica ao modelo liberal na alocação de recursos

Foi possível observar em dois artigos distintos inferências que tratavam da crítica ao modelo liberal na alocação de recursos, sendo uma delas: “As propostas neoliberais de pouco investimento nas áreas sociais acentuaram ainda mais as dificuldades encontradas no cotidiano do setor saúde, ao passo que aumenta a massa de vulneráveis e necessitados de uma atenção efetiva” (Art. 35). Evidenciando que tal modelo contribui para o aumento da desigualdade e ao não cumprimento da equidade em saúde.

8. Reflexão sobre a moralidade na alocação de recursos escassos

Quando se fala em moralidade na alocação de recursos escassos é levantada a questão de quem tem direito ao acesso e quanto cada indivíduo poderá utilizar os bens coletivos, de maneira que esses recursos sejam bem empregados, no sentido de que “[...] a reflexão ética obriga-nos a escolher. Obriga-nos a procurar, entre as várias soluções possíveis, quais são aquelas que correspondem não só a critérios de eficiência e de eficácia, ao equilíbrio entre custos e benefícios, mas sobretudo a exigências de prioridade, equidade, moralidade...” (Art.17). Haverá, então, uma assimetria no cuidado de maneira a garantir a equidade da atenção.

Uma inferência em especial chama a atenção “se escolhas devem ser feitas devido aos recursos escassos, isto significa que médicos e gestores de saúde devem estabelecer critérios para alocação de recursos e seleção de pacientes [...]” (Art. 59), o fato é exposto como se a responsabilidade pela alocação de recursos

escassos fosse algo privativo do médico e dos gestores (que nem sempre são médicos), porém, decisões relacionadas a esse tipo de situação são enfrentadas pelas equipes de saúde todos os dias e envolvem todos os profissionais que dela participam, seja esse recurso um leito em uma unidade de terapia intensiva, seja uma cobertura especial para curativo.

Ressalta-se também que as políticas públicas exercem um papel essencial na alocação de recursos, principalmente em se tratando de populações vulneráveis, ou afetadas, “Como os recursos são escassos e para que a distribuição fosse pautada pela equidade, foi necessária a criação de políticas públicas que privilegiassem o acesso a grupos vulneráveis e à discussão, nos conselhos de saúde, sobre os critérios de justiça no acesso a esses recursos” (Art. 26), de maneira a garantir a universalidade e a atenção integral proposta em lei.

Uma questão permanece: [...] cabendo uma reflexão sobre a irresponsabilidade de se disponibilizar recursos já tão escassos para a manutenção de enfermos sem reais possibilidades de restabelecimento da saúde e de um adequado nível de vida (Art. 56), quais são os reais critério de seleção?

9. Crítica à responsabilização dos sujeitos na promoção da saúde

Ainda no cenário de recursos escasso e na discussão sobre quem merece determinado tratamento, cabe o questionamento: seria merecedor aquele que cuida mais da saúde ou aquele que simplesmente negligência esse cuidado?

Há uma crítica ao controle de comportamentos pelas políticas sanitárias em prol do interesse coletivo, principalmente em relação à promoção da saúde. Nas inferências apontadas sobre a temática, há um destaque para a responsabilização dos sujeitos pela própria saúde, pois, ao colocar em risco a própria saúde, o sujeito estaria fazendo uso indevido dos recursos já escassos, que não são só dele, mas da coletividade, de maneira que o foco do problema passa a ser o indivíduo e não o problema em si, como pode ser observado: “[...] ao falarem sobre Promoção de Saúde, afirmam que os indivíduos – em vez da organização social – estão sendo encarregados desta prática, já que eles são vistos como a causa das suas doenças” (Art. 23).

10. Contexto social e moral que influenciam a promoção da saúde

Em relação à promoção da saúde, também foi possível observar inferências que tratam do contexto social e moral que influenciam a promoção, destacando-se as ações dos trabalhadores como agentes morais, bem como o caráter dinâmico da sociedade e valores culturais como “as pessoas obtêm aquilo que merecem e merecem aquilo que obtêm” (Art. 23).

11. Conflito entre liberdades individuais e bem estar coletivo

Assim como apontado no artigo 12, “Problemas morais como injustiças e restrições às liberdades individuais podem surgir em nome do bem-estar e da segurança da coletividade ou até mesmo, quando os objetivos de determinada intervenção forem alcançados, devido a conflitos de interesses” [...] (Art. 12), colocando em xeque liberdades e interesses individuais em prol de um bem estar coletivo.

Dos cinco artigos que tratam dessa questão, dois tratam diretamente desse conflito em relação à promoção da saúde e à responsabilização dos sujeitos, como será abordado adiante.

12. Dimensão moral, ideológica e científica da participação social na gestão

Ainda nesse contexto de promoção da saúde é possível falar sobre a participação dos sujeitos na gestão para a resolução de conflitos, como apontado pela inferência: “[...] o controle social exerce a função de um artifício regulador dos conflitos ideológicos no âmbito da gestão da saúde pública” (Art. 24).

Para Milani (2008), a participação social:

[...] tornou-se, nos anos 1990, um dos princípios organizativos, aclamado por agências nacionais e internacionais, dos processos de formulação de políticas públicas e de deliberação democrática em escala local. Fomentar a participação dos diferentes atores políticos e criar uma rede que informe, elabore, implemente e avalie as políticas públicas são, hoje, peças essenciais nos discursos de qualquer política pública (auto) considerada progressista (MILANI, 2008).

E no contexto de participação e controle social se faz mister falar sobre os Conselhos de saúde: “Pela composição plural, os conselhos constituem espaços de controle social, sendo esse conceito compreendido como a capacidade da sociedade civil de promover um enfrentamento moral que permite uma ponderação entre as decisões tecnicamente orientadas, as juridicamente balizadas e as socialmente desejadas” (Art. 24).

13. Responsabilidade moral do Estado em prover acesso à saúde

Partindo-se para a discussão sobre a responsabilidade moral do Estado em prover acesso à saúde, os conselhos também apresentam uma chave importante para a garantia do direito à saúde: “é razoável exigir de um Estado, que se pretenda moralmente legítimo e pragmaticamente eficiente, medidas protetoras em princípio capazes de dar conta da fragilidade da vida – não só ante antigas ameaças (como doenças e incapacidades), mas também antecipando possíveis e prováveis soluções à vulneração das pessoas [...]” (Art. 60).

Para a garantia do direito a saúde, além da organização de conselhos e da participação social, surge nos artigos levantados a questão da judicialização da saúde: “A alta intensidade da demanda judicial no âmbito da saúde reflete essa busca de aproximação, ou melhor, de efetividade de um aspecto desse direito, que é o acesso aos meios materiais para seu alcance” (Art. 28) e “Compreender como vêm se dando as relações e os diálogos entre essas dimensões na produção da base normativa que orienta leis, políticas e práticas de saúde é um passo importante em prol da efetividade do direito à saúde ou, ao menos, para ampliação do acesso à justiça e à saúde” (Art. 28).

Para Fernandes Neto (2007):

[...] é forçoso reconhecer os muitos benefícios da judicialização da saúde. Em primeiro lugar, a própria afirmação da saúde como um direito e o reconhecimento de pretensões individuais a prestações positivas do Estado em um momento de declínio do Welfare State. Posteriormente, com o crescente protagonismo terapêutico, a exposição das lacunas nas políticas públicas e nas falhas em sua execução. O aperfeiçoamento dos mecanismos de tutela de interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos é a condição indispensável para que os serviços de conforme para o atendimento das necessidades da população; para que a demanda determine a espécie, a qualidade e a quantidade da oferta, e não o contrário (FERNANDES NETO, 2007).

14. Reflexão ética sobre judicialização da saúde

Quando se fala em judicialização da saúde, está se falando diretamente sobre acesso e direito à saúde, como é apontado no fragmento a seguir: “A alta intensidade da demanda judicial no âmbito da saúde reflete essa busca de aproximação, ou melhor, de efetividade de um aspecto desse direito, que é o acesso aos meios materiais para seu alcance” (Art. 28).

Já que o acesso à saúde não é garantido e assegurado, principalmente em se tratando dos mais vulneráveis, a judicialização vem sendo cada vez mais discutida, porém, surpreendeu o fato de que somente um artigo tratou da questão.

15. Reflexões éticas sobre acolhimento na atenção básica

Em continuidade à discussão do tema, estão as questões relacionadas à atenção básica, que se configura como política estruturante do SUS, ocupando a base da hierarquia dos serviços; apresenta capilaridade em todo o território nacional e articula-se aos demais níveis de atenção, organizados regionalmente, segundo as complexidades e as exigências especiais de cada nível de atenção.

Assim sendo, o acolhimento apresenta papel importante nessa construção, sendo apontado em dois dos quatro artigos que discorrem sobre atenção básica.

O acolhimento “é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas” (BRASIL, 2011). Constituído por três dimensões: acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; o acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado; o acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2011).

As inferências apontam que: “Como dispositivo de uma política de humanização dos serviços de saúde, o acolhimento traduz a ação humana de reconhecer a dimensão subjetiva do ser humano, considerando-o como sujeito histórico, social e cultural” (Art. 31), buscando uma definição para acolhimento, enquanto outras falam sobre sua contribuição para a concretização dos princípios do SUS: “Aliado às outras estratégias operacionais, o acolhimento visa, sobretudo, contribuir para a construção de um SUS universal e integral, como orientam seus princípios” (Art. 31).

Justamente por se tratar de algo complexo e catalisador de mudanças, “[...] o espaço do acolhimento na Atenção Básica à Saúde compõe um potencial cenário para conflitos éticos no dia a dia das ações” (Art. 31) e tais conflitos demandam o uso de tecnologia leve para sua resolução, reafirmando o papel da atenção básica na rede de saúde e sua proposta de mudanças no modelo de atenção.

16. Crítica a maior priorização do cenário hospitalar pela bioética em detrimento da atenção básica

Mesmo sendo reconhecida a importância da atenção básica à saúde, as inferências apontam uma maior priorização do cenário hospitalar pela bioética em detrimento da atenção básica, “A sofisticação tecnológica dos hospitais e dos serviços altamente especializados tem sido uma das motivações mais evidentes para o desenvolvimento da bioética, que tem se dedicado mais à reflexão e discussão dos problemas éticos enfrentados pelos profissionais nesse âmbito da assistência, relegando a atenção básica” (Art. 34) mesmo sabendo que “[...] a atenção básica, em comparação à hospitalar, lida com problemas éticos distintos, que, à sua maneira, também são amplos e complexos, ainda que de menor dramaticidade” (Art. 34). Apontando também que os dilemas bioéticos estão presentes em todos os cenários de atenção à saúde, em menor ou maior grau, não devendo ser negligenciados.

17. Visão ecossistêmica da saúde na atenção básica

Ainda sobre a discussão de atenção básica, apresentou-se uma visão ecossistêmica da saúde, composta pela tríade território, ambiente e saúde, lembrando que território, além das delimitações geográficas, é produto da dinâmica social, um espaço em permanente construção e reconstrução, onde processam-se os conflitos de interesses, de projetos e de sonhos dos sujeitos sociais. Para tanto “Fazer uma leitura bioética da tríade território, ambiente e saúde compreende a adoção de uma visão ecossistêmica de saúde, tendo como categoria central a qualidade de vida socialmente determinada por fatores econômicos, físicos, químicos, biológicos e culturais do ambiente – e seus impactos nos territórios, espaços sociais dos processos de saúde-doença” (Art. 32).

18. Organização do trabalho e relações profissionais vinculadas ao exercício da cidadania na atenção básica.

Dois artigos trataram da questão de Organização do trabalho e relações profissionais vinculadas ao exercício da cidadania na atenção básica, destacando-se o fato que “Se a construção do SUS implica uma reviravolta ética, a reorganização da atenção básica pela estratégia do PSF amplia e aprofunda o trajeto desse giro

ético, pois sua efetivação não se resume a uma nova configuração da equipe técnico- assistencial, mas a um novo processo de trabalho marcado por uma prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania” (Art. 34).

Evidenciando que a estratégia de saúde da família não propõem somente uma mudança no modelo de atenção à saúde, mas, também, um atendimento pautado pela humanização e pelo respeito ao outro, promovendo assim, a autonomia e a cidadania.

19. Saúde suplementar como obstáculo ao cumprimento dos princípios do SUS

Para finalizar a discussão do tema *Gestão e organização dos serviços de saúde*, foi abordado a categoria temática *Saúde suplementar como obstáculo ao cumprimento dos princípios do SUS*, onde é apontado que “A privatização dos serviços sociais obedece à proposta de mercantilização dos bens sociais, admitindo, com naturalidade, o lucro [...] Nesse modelo, portanto, os critérios públicos são substituídos por critérios privados de organização e acesso a bens e serviços sociais. A filantropia substitui o direito social. Os pobres substituem os cidadãos. A ajuda individual substitui a solidariedade coletiva. O emergencial e o provisório substituem o permanente. As microsoluções substituem as políticas públicas. O local substitui o regional e o nacional. É o reinado do minimalismo no social para enfrentar a globalização no econômico” (Art. 35), além disso, ainda é afirmado que “O sistema de saúde brasileiro, apesar do que diz a Constituição Federal, não é único, nem integral e nem universal, pois divide, consensualmente, espaço com um sistema suplementar; restringe acesso a tratamentos notoriamente válidos e apresenta uma universalidade excludente” (Art. 29).

As inferências expostas admitem que o sistema suplementar ao invés de ser algo complementar ao SUS e também participar dele, acaba por tornar-se um empecilho ao cumprimento dos princípios do SUS, afastando dos usuários o direito à saúde.

Em relação ao tema *Políticas públicas de saúde e vulnerabilidades específicas*, a discussão será desenvolvida também seguindo a lógica dos subtemas, sendo necessário esclarecer que, ao se realizar uma leitura aprofundada

dos artigos classificados em *Doenças ligadas à raça, Doenças raras e Transplante de órgãos* observou-se que tratavam de questões relacionadas à pesquisa genética, à eugenia e seus impactos para a saúde coletiva, sendo incorporados na discussão de análise de conteúdo ao tema *Inovação e incorporação tecnológica*.

A discussão foi dividida, então, em: **Populações indígenas:** 20. Respeito à diversidade cultural da população indígena; 21. Vulnerabilidade da população indígena e necessidade de políticas específicas; 22. Necessidade de políticas de proteção à criança e ao adolescente indígena; **Saúde da mulher:** 23. Vulnerabilidade do gênero feminino e seus impactos na saúde; 24. Impactos do abortamento inseguro na saúde da mulher e defesa da descriminalização; **Saúde do homem:** 25. Vulnerabilidade e Subjetividade masculina com motivação para políticas públicas; **Direitos sexuais/população GLBT:** 26. Vulnerabilidade específica de transexuais e travestis e dificuldades de acesso; 27. Defesa da regulamentação do processo transexualizador e seus limites em garantir acesso; 28. Recusa à naturalização e à medicalização da sexualidade; **Deficientes físicos:** 29. Crítica ao modelo de assistência aos deficientes físicos enquanto desrespeito aos seus direitos; 30. Oposição a algumas correntes de bioética na perspectiva da deficiência física; 31. A incapacidade física como produto social e crítica à medicalização da deficiência; **Saúde mental:** 32. Vulnerabilidade dos portadores de doença mental e necessidade de políticas específicas; **Extremos de idade e questões de fim de vida:** 33. Vulnerabilidade do idoso e necessidade de políticas específicas; 34. Respeito à autonomia na assistência ao idoso; 35. Conflitos na assistência domiciliar; 36. Defesa do acesso a cuidados paliativos; **Saúde bucal:** 37. Vulnerabilidade em saúde bucal e a necessidade de políticas específicas.

20. Vulnerabilidade da população indígena e necessidade de políticas específicas

Como já foi apontado na introdução sobre vulnerabilidades, vulnerados e vulneração, a primeira população vulnerável a ser apresentada é a população indígena. O Brasil apresenta um significativo contingente de indígenas, embora corresponda a somente 0,47% (896.917) de sua população total, correspondendo a, aproximadamente, 230 etnias. Neste conjunto, não são contabilizados povos indígenas brasileiros considerados “índios isolados”, pela própria política de contato,

bem como indígenas que estão em processo de reafirmação étnica após anos de dominação e repressão cultural (LUCIANO, 2006).

O quesito "cor" vem sendo investigado desde o primeiro recenseamento Geral do Brasil, que aconteceu em 1872. A partir do censo demográfico de 1991, o quesito passou a ser denominado de cor ou raça, com a introdução da categoria "indígena", (IBGE, 2012), no sentido de suprir algumas carências de dados referentes a essas populações.

De acordo com o Censo de 2010 (IBGE, 2012):

Comparado a 2000, aumentou o número de "indígenas" (de 734 para 818 mil), mas o acréscimo foi muito inferior ao observado entre 1991 e 2000 (de 440 mil). Entre 2000 e 2010, houve uma forte inversão na distribuição espacial: em 2000 havia mais "indígenas" na área urbana (383 mil) que na rural (351 mil), enquanto que em 2010 eram 315 e 503 mil, respectivamente. Ocorreu uma redução na quantidade de indivíduos que se autodeclararam "indígenas" na área urbana (de 383 para 315 mil) e um expressivo aumento na área rural (de 351 para 503 mil). Nas áreas urbanas, as mais elevadas reduções ocorreram nas regiões Sudeste e Sul, com crescimentos negativos acima de 5% ao ano no Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

Há uma inferência em especial que aponta que "A perda das formas tradicionais de vida provocadas pela destruição ambiental e ocupação da terra indígena e a exclusão social e discriminação étnica resultantes do processo colonizador são responsáveis pelo fato de as populações indígenas em todo o mundo estarem em condições de maior vulnerabilidade aos agravos na saúde" (Art. 39), evidenciando as questões que tornam essa população ainda mais vulnerável e um convite para a reflexão de uma necessidade de políticas públicas específicas.

Há inferências que ressaltam a importância do desenvolvimento de uma bioética clínica capaz de solucionar conflitos que emergem de relações tão particulares, devido a diferentes concepções de saúde, bem como a contribuição proporcionada pela DUBDH para a resolução desses dilemas. O artigo 12 da DUBDH trata da questão do respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo, desde que tais considerações não sejam invocadas para violar a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais.

21.Necessidade de políticas de proteção à criança e ao adolescente indígena

Há um artigo (Art. 37) que trata da questão da vulnerabilidade de crianças e adolescentes indígenas, evidenciando que “A ausência de políticas para a proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes (indígenas) foi destacada, Foram constatados casos de consumo de drogas lícitas e ilícitas principalmente entre adolescentes, violências diversas praticadas contra as crianças e ainda exploração sexual infantil e prostituição infantil [...] (Art. 37) e, para resolução dessas questões “faz-se imperativo - em primeiro lugar - compreender esses contextos e perspectivas. Essa compreensão somente pode ser obtida por meio do diálogo e de uma ética discursiva intergeracional” (Art. 37).

Isso ocorre também devido a uma questão cultural, já que alguns estudos etnológicos apontam que crianças e adolescentes indígenas não seriam para os adultos sujeitos diferenciados e classificados à parte, como acontece em nossa sociedade, evidenciando, novamente, a questão de políticas específicas que devem ser desenvolvidas para essa população.

Vale destaque o fato de que o artigo 37 foi o único que abordou a questão da criança e do adolescente, em particular, da população indígena, não havendo nenhum outro que tratasse da temática nem da questão da mortalidade infantil de modo geral.

22. Respeito à diversidade cultural da população indígena

Há também inferências importantes que tratam da questão do respeito à diversidade cultural da população indígena, levando a uma reflexão acerca do fortalecimento de relações interétnicas por meio das políticas públicas: “A diversidade cultural representada pela grande quantidade de povos indígenas no Brasil oferece um contexto muito interessante para se refletir sobre a construção de uma bioética clínica capaz de atuar nas relações interétnicas promovidas por políticas públicas” (Art. 39).

23. Vulnerabilidade do gênero feminino e seus impactos na saúde

Em continuidade à discussão sobre vulnerabilidade, encontra-se a saúde da mulher. As mulheres são maioria na população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde. Buscam atendimento para a própria saúde,

mas, sobretudo, acompanham crianças, familiares, idosos, configurando-se também como cuidadoras.

De maneira geral, ainda há um enfoque voltado para a saúde reprodutiva e para a maternidade, algo que não acontece nos textos apresentados, que se voltam para questões como feminização do HIV/AIDS, dominação de gênero, construção da vulnerabilidade de gênero e questões relacionadas ao aborto, como aborto inseguro, mortalidade causada pelo aborto e defesa da descriminalização do aborto.

Um fragmento em especial define bem a situação de vulnerabilidade da mulher: “Mulheres não são vulneráveis apenas porque são pobres ou excluídas socialmente. São vulneráveis exatamente porque, em nosso contexto social de dominação-subordinação, lhes é vedado o poder que a dúvida proporciona” (Art. 40), apontando também um processo histórico de opressão das mulheres e dominação de gênero existente em, praticamente, todas as culturas e sociedades.

Sendo assim, foi possível perceber que a dominação de gênero foi discutida em três contextos: feminização do HIV, trabalho doméstico e abortamento.

Em relação à feminização do HIV é apontado que, “Assim como as mulheres precisam atuar como protagonistas para modificar essa situação, cabe aos formuladores de políticas públicas e de seus representantes nominados, os serviços públicos e os profissionais de saúde, oferecerem elas aquilo que de fato tem importância: a possibilidade de desiludir-se” (Art. 40) e “Dar visibilidade a essa questão, discutindo sua desigualdade inerente é uma forma de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e saúde das mulheres, propiciando sua libertação, empoderamento e emancipação frente às moralidades iníquas e a ética sexista que as sustentam” (Art. 41).

Para as autoras do Art. 41, o abandono das certezas implica necessariamente a renúncia de marcas cegas que se tornariam visíveis e conhecidas. Portanto, a desilusão proporciona uma possibilidade viável de questionar as crenças e, posteriormente, abandonar ou adequar os padrões e valores morais que contribuem para a submissão ao risco.

Em relação ao trabalho doméstico, exercido, há séculos, prevalentemente por mulheres, são apontadas consequências dessa atividade para a saúde da mulher: “o trabalho doméstico cobra um alto preço em suas vidas, condicionando um cotidiano marcado pela dor, opressão e adoecimento” (Art. 41). Já que não há um

reconhecimento e uma adequada remuneração ao se exercer essa atividade, pois, culturalmente, esse seria o papel da mulher.

Em relação ao aborto, é apontado que “A questão do aborto, da mesma forma que gravidez e contracepção, envolve aspectos de vulnerabilidade de gênero, que dizem respeito à forma como as decisões são negociadas” (Art. 42), sendo possível afirmar que nessa negociação também ocorre a dominação de gênero, seja ela com o parceiro ou com a família.

Além da questão de dominação de gênero, estudos realizados no Brasil apontaram que, em relação ao nível de instrução da mulher, quanto mais anos de estudo, maior a probabilidade, em caso de gestação indesejada, de a mulher abortar. Em contrapartida, as maiores taxas de morbimortalidade por complicações pós-aborto ocorrem, mais frequentemente, em mulheres de classes de menor poder socioeconômico, por submeterem-se à métodos mais inseguros e precários por não poderem custear o procedimento em uma clínica clandestina.

Há somente uma inferência que fez menção à raça (população negra) em se tratando de saúde da mulher, “A negra apresenta taxas maiores de morte por causas externas, complicações da gravidez e do parto, transtornos mentais e causas mal definidas do que a branca” (Art. 43), evidenciando as ausências que foram comentadas na discussão dos resultados da revisão estruturada com síntese temática.

No Brasil, esse procedimento é algo ilegal e “O maior número de mortes por complicação pós-aborto está presente nos países onde o procedimento é ilegal, ou seja, praticado sem as mínimas condições de segurança para a mulher” (Art. 43) sendo possível supor que as taxas de aborto em países onde há leis que restringem esse procedimento não sejam tão abaixo daqueles onde este é legalizado.

O principal conflito que emergiu na discussão do aborto configura-se em: princípio da sacralidade versus princípio qualidade de vida.

O princípio da sacralidade de vida originou-se de tradições religiosas orientais, parecendo estar relacionado ao imperativo do dever *não matar* (DURAND, 2003), envolvendo questões relacionadas ao entendimento de quando começa a vida humana. Enquanto que o princípio da qualidade de vida, que é o principal contraponto ao princípio anterior, determina um valor para a vida humana, haja vista que, para ser vivida, deve possuir qualidades históricas e socioculturais, assim

sendo, a vida da mulher agrega graus maiores de qualidade a serem preservados do que a dos embriões ou fetos (SANDI; BRAZ, 2010).

24. Impactos do abortamento inseguro na saúde da mulher e defesa da descriminalização

Em continuidade à discussão sobre aborto, há uma categoria em específico que trata dos impactos do abortamento inseguro na saúde da mulher e defesa da descriminalização dessa prática, haja vista que “O aborto inseguro é um grave problema de saúde pública que afeta diferentemente as mulheres, está associado com classe social e poder econômico e, como tal, deve ser tratado” (Art. 42).

Enquanto “[...] a criminalização do aborto contribui efetivamente para a falta de distribuição igual e justa das possibilidades do controle reprodutivo entre as mulheres das diversas camadas sociais e de diferentes etnias, contrapondo-se ao princípio bioético de justiça, bem como à equidade” (Art. 43), “a legalização do aborto promove redução no percentual de complicações, principalmente por viabilizar a realização mais precoce do procedimento, além de permitir que seja realizado no sistema de saúde, sob padrões técnicos específicos” (Art. 43).

25. Vulnerabilidade e subjetividade masculina com motivação para políticas públicas de saúde

Em sequência, foi discutido o subtema de saúde do homem, onde observou-se que há uma escassez de textos sobre a temática que envolve saúde do homem e bioética. Vale ressaltar também que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) data de 2009, enquanto que, no Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais nas primeiras décadas do século XX. Tradicionalmente, o sistema de saúde tem priorizado as mulheres, as crianças e os idosos, considerando-os como a parcela mais frágil da sociedade.

Estudos mostram que a população masculina acessa com mais frequência o sistema de saúde por meio dos serviços de emergência e atenção especializada (GOMES et al, 2007; COUTO; GOMES, 2012). Diferentemente das mulheres que utilizam mais a atenção básica, os homens geralmente adentram os sistemas de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade (BRASIL, 2009).

Há dois fatores que tornam o homem vulnerável: a própria constituição biológica e a questão cultural, atrelada à subjetividade masculina.

Como vulnerabilidade biológica, é apontado que “[...] as diferenças de gênero no risco de adoecer variam de acordo com o estilo de vida (fumo, álcool, estresse, trabalho), fatores genéticos ou hormonais, como também com a biologia a maior vulnerabilidade masculina (mesmo na fase intrauterina)” (Art. 46).

Biologicamente o homem apresenta-se mais vulnerável que a mulher, porém, a maneira de levar a vida, hábitos e vícios, contribuem substancialmente para que se possam desenvolver essas características genéticas.

Em relação à subjetividade masculina, “Os estudos de gênero apontam que é mais difícil “construir” um homem do que uma mulher pelas vicissitudes por que passa o gênero masculino para a construção de sua identidade e subjetividade, desde a concepção até a vida adulta viril. Os perigos começam desde a constituição biológica, perpassando a existência física, psicológica e sociocultural masculina” (Art. 46).

Como aponta a PNAISH:

Os homens habituaram-se a evitar o contato com o espaço de saúde [...] orgulhando-se da própria invulnerabilidade. Avessos à prevenção e ao autocuidado, é comum que protelem a procura de atendimento, permitindo que os casos se agravem, ocasionando, ao final, maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde, que é obrigado a intervir em fases mais avançadas da doença (BRASIL, 2009, p. 7).

26. Vulnerabilidade específica de transexuais e travestis e dificuldade de acesso

Em continuidade à discussão sobre vulnerabilidades específicas, destacam-se os artigos sobre a população LGBT e a luta pelos direitos sexuais. Há um número maior de textos sobre essa temática, acredita-se que justamente pela história do movimento GLBT, que, no Brasil, nasceu ao final dos anos 1970 e conta predominantemente com homem homossexuais, mas esse movimento continuou crescendo e dados do Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) apontam que 60 mil casais do mesmo sexo moram juntos no Brasil, sendo que a região Sudeste é a que concentra o maior número de casais homossexuais, totalizando 32202. Em segundo lugar está a região Nordeste com 12196, seguida das regiões Sul, com 8034, Centro-oeste, com 4141 e Norte, com 3429. O número representa apenas 0,2% do total de

cônjuges. Se faz mister destacar que é a primeira vez que o dado foi pesquisado no Brasil.

Dentre os pontos a serem destacados, está a vulnerabilidade específica de travestis e transexuais e a necessidade de políticas específicas, “É necessário reconhecer que transexuais e travestis vivenciam situações de extrema vulnerabilidade social [...]” (Art. 47), e que a construção de políticas públicas pressupõe a enunciação de identidades, de maneira a dar visibilidade aos grupos em situação de invisibilidade e, principalmente, de exclusão do espaço social.

Faz-se necessário não apenas reconhecer que os processos discriminatórios e de violência contra a população GLBT decorrem em agravos à sua saúde, tais como sofrimento psíquico, vulnerabilidade ao uso abusivo de álcool, cigarro e outras drogas (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006).

27. Defesa da regulamentação do processo transexualizador e seus limites em garantir acesso

Nesse cenário de vulnerabilidade e discriminação, os avanços biotecnocientíficos podem atuar como meio de redução do sofrimento em transexuais, de maneira a sanar esse estranhamento do próprio corpo, porém, nenhum tratamento médico ou psicológico deva visar a cura ou a eliminação de determinada orientação sexual e/ou identidade de gênero, mas ajudar a transexual no reconhecimento do próprio corpo e no desenvolvimento e consolidação de sua identidade.

A possibilidade de uso de técnicas de transformações dos corpos seria um aspecto de autonomia da pessoa transexual de viver e ser identificada como pessoa do sexo oposto ao seu sexo biológico, evidenciando outro aspecto da discussão aqui desenvolvida, o respeito à autonomia.

Como aponta Lionço (2008):

Os direitos à privacidade, à autonomia e ao livre desenvolvimento da personalidade devem ser preservados, através de amplo reconhecimento da diversidade das possibilidades eróticas e subjetivas, primando pelo respeito à singularidade dos sujeitos e combatendo todas as formas de normatização que impliquem em processos de exclusão e de discriminação das pessoas (LIONÇO, 2008).

Outro ponto a ser abordado é a influência do preconceito na qualidade da assistência a essa população, “[...] o preconceito de profissionais sobre as práticas

sexuais e sociais de GLBT acarreta na desqualificação da atenção dispensada a essa população, [...] as consequências dos processos discriminatórios alcançam, portanto, o próprio sistema de saúde” (Art. 48).

Além dos comprometimentos causados pelo preconceito, garantir o direito à saúde dessa população de maneira integral, “requer o redimensionamento dos direitos sexuais e reprodutivos, demandando a desnaturalização da sexualidade e de suas formas de manifestação, bem como a recusa à medicalização da sexualidade, que tende a normatizar as expressões da sexualidade humana segundo a lógica heteronormativa e da linearidade na determinação do sexo sobre o gênero” (Art. 48).

28. Recusa à naturalização e à medicalização da sexualidade

Uma inferência traduz de maneira bem clara o que seria essa recusa à naturalização e à medicalização da sexualidade “Se por um lado a psiquiatrização da transexualidade instrumentaliza o acesso aos serviços de saúde, por outro engendra novos sofrimentos por meio do estigma associado ao diagnóstico psiquiátrico” (Art. 47), pois, enquanto a sexualidade e suas diversas formas de demonstração forem assumidas como transtornos ou patologias, ainda haverá o preconceito e a estigmatização da população GLBT.

29. Crítica ao modelo de assistência aos deficientes físicos enquanto desrespeito aos seus direitos

Em continuidade à discussão, surgem as questões relacionadas aos deficientes físicos, sendo a incapacidade apontada nos textos como um produto social: “A experiência da deficiência não resulta de lesões, mas do ambiente social adverso à singularidade. Em outras palavras, comumente tida como propriedade natural do ser, a incapacidade é um produto social” (Art. 53).

Há, então uma necessidade de políticas específicas voltadas a essa população, no sentido da proteção desses vulneráveis e de garantir seus direitos e sua autonomia, já que é visível que tais direitos não estão sendo garantidos: “[...] as pessoas com deficiência possuem necessidades que são abordadas por um aparato jurídico que garante vários direitos as mesmas, nas várias facetas da vida, entretanto esses direitos ainda não são plenamente respeitados” (Art. 50).

30. Oposição a algumas correntes de bioética na perspectiva da deficiência física

Há somente um artigo que trata dessa questão, e ela é apontada aqui como uma interpretação diferente sobre afirmações bioéticas “O movimento das pessoas com deficiência tem manifestado sua indignação com o pensamento bioético de que, em certos casos, a vida de pessoas com deficiência não deve ser mantida” (Art. 51). A defesa é em relação à autonomia do sujeito, de maneira que este possa tomar decisões sobre a própria vida e futuro e não, de que a vida não deve ser mantida.

31. A incapacidade física como produto social e crítica à medicalização da deficiência

“A experiência da deficiência não resulta de lesões, mas do ambiente social adverso à singularidade. Em outras palavras, comumente tida como propriedade natural do ser, a incapacidade é um produto social” (Art. 53). Sendo relevante mencionar que há pessoas com lesões que não experimentam a deficiência, bem como há aqueles que possuem expectativas de lesão, mas já se consideram deficientes, já que a lesão é uma expressão biológica, enquanto que a deficiência é um fenômeno social, revelado por barreiras sociais.

32. Vulnerabilidade dos portadores de doença mental e necessidade de políticas específicas

Da mesma forma aparece a questão de saúde mental envolvendo incapacidades e vulnerabilidades específicas, como apontado na inferência: “Há necessidade de uma proteção desigual aos susceptíveis, neste caso, o deficiente mental, por ele ser destituído de algumas de suas habilidades adaptativas” (Art. 54).

33. Vulnerabilidade do idoso e necessidade de políticas específicas

Em se tratando de extremos de idade e de fim de vida, são discutidas questões como o debate bioético sobre fim da vida no campo da saúde pública; atendimento domiciliar ao idoso; desafios morais e operacionais da inclusão de cuidados paliativos na atenção básica; moralidade na alocação de recursos no cuidado ao idoso; e inclusão e exclusão de idosos na atenção básica.

No censo realizado em 2010 pelo IBGE, foi observado um crescimento na participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2012).

O crescimento absoluto da população do Brasil nestes últimos dez anos se deu principalmente em função do crescimento da população adulta, com destaque também para o aumento da participação da população idosa. Sudeste e Sul mantiveram-se como as duas regiões mais envelhecidas do País. Há estimativas de que o número de idosos no Brasil vai quadruplicar até 2060 (IBGE, 2012).

Três aspectos de vulnerabilidade do idoso são apresentados: a própria questão do envelhecimento, com aumento da expectativa de vida e das taxas de doenças crônicas não transmissíveis; a autonomia da pessoa idosa que pode estar comprometida naqueles que não possuem mais a competência cognitiva; e o cuidado domiciliar e paliativo.

Juntamente ao envelhecimento da população surgem questões dilemáticas, envolvendo bioética e saúde coletiva: “[...] o aumento da expectativa de vida tem permitido que um maior número de pessoas esteja sujeita ao adoecimento [...], o que implica muitas vezes em um processo de morrer mais prolongado e mais correlacionável à assistência médica especializada, internação hospitalar de longa duração e emprego de aparato tecnológico de alto custo para manutenção da vida. Esse conjunto de fatores delimita, destarte, uma inquestionável interface do fim da vida com a saúde pública” (Art. 56).

Merece destaque o fato de que as reflexões sobre fim de vida são próprias da bioética, porém, na inferência apresentada, é feito uma correlação entre o fim da vida e a organização dos serviços de saúde, bem como o uso de tecnologia dura, levando também a uma reflexão sobre alocação de recursos em saúde e não, somente, uma discussão sobre quando a vida termina e até quando deve ser prolongada.

Além disso, “Este binômio, representado pelo aumento proporcional de idosos e uma maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, [...], configura um desafio tanto às políticas de saúde, como à bioética em saúde pública. Modelos assistenciais adequados e com alta resolubilidade tornam-se cada vez mais necessários e, ao mesmo tempo, fora do alcance da maioria da população necessitada” (Art. 58).

34. Respeito à autonomia da pessoa idosa

Outra questão delicada levantada nos artigos é a autonomia da pessoa idosa: “Alguns indivíduos ou populações de idosos podem não mais gozar da competência cognitiva para o exercício da autonomia, necessitando, portanto, de proteção, e buscando as condições para que saiam dessa situação e atuem como agentes participantes; diminuindo as restrições de uma liberdade reduzida, devido às privações, a falta de empoderamento e os padecimentos provocados pelo aumento de sua vulnerabilidade (ou vulneração)” (Art. 59).

A equipe de saúde e os bioeticistas, então, recebem um papel de destaque no cuidado do idoso e na proteção e promoção de sua autonomia: “A vulneração dos idosos incapazes de tomar autonomamente uma decisão correta que garanta a melhor qualidade de vida no tempo que lhes resta, poderia, em princípio, ser amenizada com o compromisso da equipe em fornecer todas as informações necessárias ao esclarecimento da família, lançando mão da ajuda de outros profissionais, como psicólogos e até mesmo bioeticistas” (Art. 60).

35. Conflitos na assistência domiciliar

O terceiro aspecto de vulnerabilidade abordado é o atendimento domiciliar, que se configura em algo recente no Brasil e data da última década do século XX, fazendo parte da pauta de discussão de políticas públicas de saúde que, pressionadas pelas altos custos de internações hospitalares, buscam saídas para uma utilização mas eficiente dos recursos financeiros (GORDILHO, et al., 2000).

Ressalta-se aqui que o atendimento domiciliar abarca discussões tanto da pessoa idosa como de pacientes sem possibilidades terapêuticas, para tanto [...] é fundamental que os cuidados no fim da vida sejam pensados e estruturados dentro de um modelo que priorize, tanto do ponto de vista moral, como operacional, o não abandono e a proteção aos pacientes acometidos por doenças avançadas e terminais (Art. 58).

36. Defesa do acesso a cuidados paliativos

Tal discussão não envolve, necessariamente, a população idosa, pois, qualquer paciente acometido por uma patologia sem possibilidade terapêutica

deverá ser tratado na perspectiva dos cuidados paliativos, que envolvem não só o paciente, mas sua família e a equipe nas decisões a serem tomadas.

A OMS, em 2002, definiu cuidados paliativos como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Sendo assim, se faz necessário avaliar e controlar de forma impecável não somente a dor, mas, todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual que acometem o paciente e os familiares, devendo o tratamento englobar habilidades de uma equipe multiprofissional para ajudar o paciente a adaptar-se e promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição.

Sendo assim, é apontado o seguinte: [...] é fundamental que os cuidados no fim da vida sejam pensados e estruturados dentro de um modelo que priorize, tanto do ponto de vista moral, como operacional, o não-abandono e a proteção aos pacientes acometidos por doenças avançadas e terminais (Art. 58).

37. Vulnerabilidade em saúde bucal e a necessidade de políticas específicas

Para finalizar a discussão sobre políticas públicas de saúde e vulnerabilidades específicas, está a vulnerabilidade em saúde bucal, que reflete as desigualdades sociais: “Em geral, as disparidades existentes no quadro epidemiológico da saúde bucal refletem as diferenças de desenvolvimento socioeconômico entre as regiões. Desigualdades afetam a saúde bucal da mesma maneira que eles afetam uma ampla gama de problemas de saúde” (Art. 66).

Além da saúde física, há uma questão de estética e de autoestima “Em uma triangulação entre saúde bucal, sociedade/economia política e a experiência de dor (dor de dente como dor da vida), o que parece posto é que a extração é uma estratégia produtora de uma nova condição de vulneração: a de não ter dentes, como consequência de plano de tratamento” (Art. 64).

Após toda a discussão é possível reforçar que as políticas públicas de saúde comportam diferentes tipos de ações tanto coletivas como individuais, que devem ser realizadas de maneira intersetorial para responder ao risco das populações adoecerem em distintos momentos históricos, protegendo os indivíduos contra riscos que são inerentes à vida humana e protegendo grupos vulneráveis que necessitam de ações específicas.

Em sequência, é discutido o tema *Inovação e incorporação tecnológica em saúde*, abordando as seguintes categorias temáticas: 38. Pesquisa genética como contribuição aos direitos humanos; 39. Impactos negativos para a saúde coletiva de uma genômica reducionista e os riscos de uma nova eugenia; 40. Injustiça na relação social doador-receptor; 41. Crítica ao primado da tecnologia e a seu uso acrítico.

38. Pesquisa genética como contribuição aos direitos humanos

Já que a “nova genética” “caracteriza-se por uma tensão entre políticas de prevenção para doenças e promoção de direitos fundamentais” (Art. 61), visa diminuir a incidência de doenças na população, compromete-se, então, com princípios éticos tais como a autonomia reprodutiva e o pluralismo moral.

Sendo assim, a anemia falciforme foi abordada em um dos artigos que discutiam essa temática, sendo relevante destacar que “[...] os resultados destas pesquisas no campo da anemia e do traço falciformes permitirão um maior compromisso dessas ações com os princípios éticos dos direitos humanos” (Art. 61).

39. Impactos negativos para a saúde coletiva de uma genômica reducionista e os riscos de uma nova eugenia

Como apontado no artigo 61 “A eugenia, isto é, a seleção de características biológicas com base em valores morais, é um ingrediente ativo da nova genética, a tal ponto que suas implicações vêm sendo largamente discutidas pela bioética, [...]”, sendo necessário a “criação de anteparos bioéticos preventivos, para que as sociedades se protejam dos potenciais efeitos desordenadores veiculados por tais objetos técnicos” (Art. 69).

40. Injustiça na relação social doador-receptor

Tal injustiça é apontada na perspectiva que “Indivíduos pertencentes a grupos da população com padrão de vida abaixo do mínimo social digno frequentemente não têm acesso ao sistema de transplante, participando somente como provedor de órgão e não como receptor” (Art. 67).

41. Crítica ao primado da tecnologia e a seu uso acrítico

É apontado que “A incorporação tecnológica no campo da saúde vem sendo feita muitas vezes de forma acrítica, sem avaliar corretamente sua eficácia (pode funcionar?), sua efetividade (funciona de fato?) e eficiência (vale a pena utilizá-la?), bem como sem ponderar seus efeitos sobre os gastos públicos com os serviços de saúde” (Art. 68). Levantando desafios “em termos de uma possível desigualdade no acesso aos benefícios das pesquisas. Por outro lado, temos a questão da informação genética e da proteção de dados individuais sobre riscos e suscetibilidades a doenças e atributos humanos” (Art. 70).

42. A DUBDH como documento orientador da cooperação internacional em saúde

O tema Cooperação internacional em saúde configura-se em um campo recente e isso é refletido nas publicações, havendo somente um texto que discute a temática.

A interpretação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos é irrefutável quanto à responsabilidade dos Estados na cooperação internacional voltada para o compartilhamento solidário do desenvolvimento técnico e científico e seus benefícios em termos de riqueza e bem estar (Art. 71).

43. A bioética como conteúdo fundamental para a formação em saúde

A discussão sobre o tema *Bioética na formação de recursos humanos* é composta pelas categorias temáticas: 43. A bioética como conteúdo fundamental para a formação em saúde; 44. Confusão conceitual entre deontologia e bioética nas práticas de ensino; 45. Insuficiência da formação dos profissionais de saúde para lidar com os conflitos éticos das práticas.

A bioética foi apontada nas inferências como “um referencial que possibilita a reflexão, que é um favorecedor da construção de uma visão crítica do mundo, em atenção aos problemas sociais, culturais e econômicos que a realidade de cada população [...]” (Art. 72), importante tanto na graduação dos profissionais de saúde, como na educação permanente de profissionais que já atuam na área, “pois favorece a compreensão da realidade numa perspectiva consciente, crítica e interdisciplinar” (Art. 72), [...] contribuindo para a formação humanística [...] e

estimulando o compromisso social de intervir para melhorar a qualidade de vida das pessoas, especialmente na esfera de sua atuação profissional (Art. 72). Sendo a bioética tratada como ferramenta para o auxílio na resolução de conflitos que emergem do cenário de prática de saúde, sendo fundamental para a formação em saúde.

44. Confusão conceitual entre deontologia e bioética nas práticas de ensino

Mesmo após a discussão sobre a importância da bioética na formação, foi possível observar nos artigos uma confusão conceitual, “A importância dada à Disciplina, tanto entre docentes como discentes, é grande, no entanto, o conhecimento sobre o CEM (código de ética médica) pode ser considerado baixo, demonstrando a necessidade de construção de modelos de ensino em Ética Médica e Bioética, que promovam reflexão entre os futuros profissionais da área médica” (Art. 75).

45. Insuficiência da formação dos profissionais de saúde para lidar com conflitos éticos das práticas

Além das duas pontuações, foi apontado nos artigos uma insuficiência na formação dos profissionais de saúde para lidar com os conflitos éticos, “No campo da formação do profissional de saúde ainda se verifica a formação dissociada da realidade, com ênfase na especialização e práticas desintegradas de atenção” (Art. 74), e uma urgência em resgatar uma visão holística do cuidado: “Em um contexto de crescente tecnologização do cuidado, é urgente o resgate de uma visão antropológica holística, que cuide da dor e sofrimento humanos nas suas várias dimensões” (Art. 75).

Para tanto, “Uma das questões fundamentais a considerar é como educar os educadores, para que correspondam às necessidades e demandas sociais da área da saúde, trazendo para o debate o saber/fazer docente e o saber/fazer profissional” (Art. 73).

46. Educação ambiental como resultado da formação em bioética

Partindo para a discussão sobre saúde e meio ambiente Schewitzer (1964), afirmou que uma ética que só se preocupasse com os homens e a sociedade não poderia ter essa significação. Somente uma ética que revelasse uma preocupação

com todos os seres nos colocaria verdadeiramente em contato com o Universo e a vontade nele manifestada.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, em seu oitavo objetivo aponta: “Ressaltar a importância da biodiversidade e sua conservação como uma preocupação comum da humanidade” evidenciando que toda a forma de vida deve ser preservada e merece respeito.

A ética da Terra, proposta por Leopold (1989), e discutida no texto de Carvalho, Pessini e Campos Júnior (2006) amplia as fronteiras da comunidade para incluir o solo, a água, as plantas e os animais, ou, coletivamente, a terra. Essa ética não pode prevenir a alteração, o manejo e o uso de recursos, mas afirma os seus direitos de continuarem existindo e, mesmo que em reservas, permanecerem em seu estado natural.

As palavras de Siqueira (2006) apontam os principais desafios futuros da bioética:

...o maior desafio para Bioética neste final de milênio, além de uma forma adequada de justa distribuição dos recursos na área da saúde numa sociedade contaminada pela globalização e pela competitividade selvagem, sem dúvida, será a defesa de um meio ambiente saudável. A visão cartesiana da saúde a concebe como serviços médico-hospitalares sofisticados e não percebe que os determinantes maiores de saúde ou doença são de natureza ambiental. A questão central, portanto não é simplesmente hospitais equipados com tecnologia de ponta, mas sim controlar a degradação do meio ambiente (SIQUEIRA, 2006).

Na busca dos artigos esse fato não foi diferente, sendo apenas três os trabalhos que abordaram a temática, de maneira distinta: reflexões sobre bioética ambiental; educação ambiental; e relação entre saneamento e ocorrência de doenças.

Os problemas ambientais são, simultaneamente, problemas de saúde, uma vez que os seres humanos e as sociedades são afetados em várias dimensões. Para tanto, o estudo de problemas socioambientais por suas interfaces requer abordagens do tipo interdisciplinar e intersetorial, exigindo uma reforma do pensamento.

A seguinte inferência sinaliza “a temática da educação ambiental como um elo associado aos problemas sociais, políticos, econômicos, de saúde (humana, ecotoxicológicos e biodiversidade), éticos e culturais; vindo, nesta perspectiva, a

contribuir para a reflexão e proposição de novos paradigmas que possibilitem a melhoria da qualidade de vida no planeta” (Art. 83).

Ainda sobre a temática, há uma estreita relação entre a saúde ambiental e a saúde humana, segundo o Manual de Saneamento da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), as camadas mais pobres da população são as que mais sofrem as consequências da baixa infraestrutura dos sistemas de distribuição de água, da coleta e tratamento de esgoto e resíduos sólidos. A ocorrência de doenças como cólera, febre tifóide, giardíase, amebíase, hepatite, diarreia, são constantes entre esses indivíduos, evidenciando a iniquidade social e contribuindo para a diminuição da qualidade de vida.

6.3.2 Resultados relacionados às correntes teóricas e fundamentações

Ao realizar a leitura dos artigos foi possível observar uma gama de correntes teóricas e fundamentações usadas na discussão da interface entre bioética e saúde coletiva, sendo estas desenvolvidas por autores de áreas de atuação diferentes e de diferentes épocas, como apontado na organização a seguir:

1. Bioética principialista – Beuchamp e Childress;
2. Bioética de proteção – Schramm e Kottow;
3. Bioética de intervenção – Garrafa e Porto;
4. Bioética cotidiana – Berlinguer;
5. Bioética feminista e antirracista;
6. Bioética da Teologia da Libertação;
7. Biopoder e biopolítica – Foucault;
8. Ética da responsabilidade - Hans Jonas;
9. Teoria da Justiça – John Rawls;
10. Teoria das ordens – Comte-Sponville;
11. Teoria das capacidades – Amartya Sen e Martha Nussbaum;
12. Teoria da complexidade – Edgar Morin;
13. Teoria da reprodução social da saúde – Samaja;
14. Modelo libertário ou autonomista – Engelhardt;
15. Bioética fundamentada em direitos humanos – Oliveira (Brasil), Andorno, Tealdi (Exterior)

A bioética principialista, proposta por Beuchamp e Childress, “[...] entende a ética biomédica como uma ética aplicada, isto é, consiste na aplicação dos princípios éticos gerais aos problemas da prática médico-assistencial. Dentre os quatro princípios, da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça” (Art. 46). Foi uma das bioéticas que apareceu com maior frequência nos artigos, tanto para fundamentação de discussão das temáticas como sendo diretamente criticada.

Em se tratando de fundamentação, o principialismo foi utilizado em artigos dedicados à discussão entre bioética e saúde coletiva: “[...] a influência da Bioética Principialista foi percebida em diversos artigos, demonstrando possuir grande

impacto no pensamento bioético brasileiro ainda hoje” (Art. 09); na questão do aborto: “Usando os fundamentos da ética principialista, a criminalização do aborto contraria os quatro princípios *prima facie* que delineiam esses parâmetros [...]” (Art. 43); na questão dos deficientes físicos, havendo destaque para o princípio da autonomia: “De acordo com o principialismo, o respeito à autonomia implica reconhecer a capacidade de autogoverno da pessoa (compreensão, raciocínio, deliberação e escolha independentes)” (Art. 53).

Em relação às críticas desenvolvidas em torno do principialismo, foi possível observar que este se apresenta limitado e insuficiente frente às questões de saúde pública, principalmente, quando se trata do cenário de desigualdades e iniquidades presente na América Latina: “a bioética principialista teve grande destaque na década de 70 e até hoje é adotada, porém tem sido criticada por aplicar os princípios de modo essencialmente objetivo e racional” (Art. 30); “A bioética principialista apresenta limitações frente aos problemas morais em saúde pública” (Art. 30); “[..] o principialismo é insuficiente para enfrentar as carências e a flagrante injustiça social nos países em desenvolvimento, vale dizer, nas situações de empoderamento escasso” (Art. 62).

Em relação às correntes Latino-Americanas, as bioéticas de proteção e de intervenção são amplamente utilizadas nas discussões, demonstrando ser mais condizentes com a realidade aqui encontrada.

O princípio da proteção, como apontado na inferência “[...] está no fundamento do Estado mínimo, que reconhece sua obrigação de zelar para integridade física e patrimonial de seus cidadãos a partir do século XVIII, sendo onde também está o fundamento moral do Estado de bem-estar contemporâneo. Como se sabe, a saúde pública nasce no século XVIII com o propósito de dar proteção sanitária à força laboral. Sendo assim, o princípio básico de proteção subjaz, há pelo menos três séculos, nas ações de saúde pública, tanto políticas como sanitárias, o que é surpreendente que a bioética não tenha incorporado explicitamente esse princípio em sua agenda” (Art. 11).

A bioética de proteção, de Schramm e Kottow, foi utilizada em artigos que discutem a relação entre bioética e saúde coletiva; bem como naqueles que tratam da questão da reforma sanitária; alocação de recursos; equidade; promoção da

saúde; atenção básica; deficientes físicos; extremos de idade e questões de fim de vida; doenças raras; saúde bucal; transplante de órgãos.

Há uma inferência em especial que aponta a bioética de proteção como alternativa para vencer as limitações apresentadas pela bioética principialista “o principialismo é insuficiente para enfrentar as carências e a flagrante injustiça social nos países em desenvolvimento, [...]; devendo, portanto, ser substituído por uma bioética da proteção, capaz de dar conta da realidade das sociedades latino-americanas, nas quais seus cidadãos sofrem discriminações, assimetrias e desigualdades gritantes” (Art. 62).

Já a bioética de intervenção, de Garrafa e Porto, delineia-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” (Art. 04) e “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 sociedade, tal como apontam as bases da sociologia” (Art. 04). Ela adota uma linha de orientação utilitarista, algo que tem forte influência em modelos de análise bioética, sendo os princípios da bioética principialista eminentemente utilitaristas, por exemplo.

A bioética de intervenção foi utilizada em artigos que tratavam de temáticas como: reforma sanitária brasileira; equidade; integralidade; assistência suplementar; deficientes físicos; e nova genética.

Seguindo a discussão, a bioética cotidiana, de Berlinguer, “busca refletir sobre as situações da vida cotidiana que envolvem milhões de pessoas e que são permanentemente ocultadas, omitidas ou negligenciadas” (Art. 22) e “surge da necessidade de resgatar a atenção para os comportamentos e ideias de cada pessoa. Busca compreender, contextualizar e discutir as implicações da subjetividade humana no cotidiano dos serviços de saúde” (Art. 31). Foi utilizada na discussão de artigos que tratavam de questões de igualdade, justiça, alocação de recursos; equidade; e atenção básica.

A bioética feminista e antirracista foi abordada em dois artigos diferentes, que tratavam de questões como reforma sanitária brasileira, apresentando um histórico

da reforma em paralelo ao nascimento e desenvolvimento da bioética; e em discussões sobre o aborto e a autonomia da mulher, onde a bioética feminista foi criticada “a questão do direito ao aborto seguro tem sido negligenciada pela bioética de abordagem feminista, uma vez que a legalização foi conquistada na maioria dos países do norte e, com o avanço das pesquisas genéticas, uma série de outros problemas bastante complexos passou a fazer parte da agenda” (Art. 42).

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 macrossocial” (Art. 04) e foi abordada somente em um artigo que tratava da questão da reforma sanitária brasileira e o caminho paralelo percorrido pela bioética.

O biopoder e a biopolítica de Foucault já se fazem presentes em diversas discussões bioéticas. Nos artigos selecionados, auxiliaram na fundamentação de temáticas como: promoção da saúde; direito à saúde; aborto, discorrendo, principalmente, sobre como “[...] a biopolítica reduz o ser humano a um corpo biológico sem as características históricas, culturais e sem seus direitos [...], isto é, a vida nua, o homo sacer” (Art. 43), havendo uma interferência direta na autonomia desses seres pelo controle excessivo de seus corpos.

Para Hans Jonas, há a “[...] necessidade de uma ética da responsabilidade pública, em que o Estado responsável garanta aos cidadãos a liberdade que lhes é fundamental para se constituírem como sujeitos ativos e para participarem das decisões políticas, ao mesmo tempo em que garanta a justiça social, não podendo assim se confundir com um Estado paternalista” (Art. 23), sendo essa corrente, ética da responsabilidade, utilizada em textos que tratam de promoção da saúde; aborto e direitos do cidadão.

Em continuidade à discussão, está a teoria da justiça, proposta por John Rawls, popularizada pelo pensamento de justiça enquanto equidade, na qual “A equidade seria uma desigualdade aplicada a uma "boa causa", tendo como função reparadora em minimizar os efeitos da loteria social, priorizando as necessidades dos mais desfavorecidos” (Art. 21). Foi utilizada em textos que tratam da alocação de recursos; utilidade social; equidade; e justiça distributiva.

A teoria das ordens, de Comte-Sponville, foi utilizada em um artigo, que trata da questão de conselhos de saúde, controle social e moralidade, e é apontado que o estudo dessa teoria “pode auxiliar na compreensão da ordem moral no papel desempenhado pelos conselhos de saúde, bem como permite avaliar os desafios que se colocam para a manutenção e para a eficácia dessa estrutura na concretização das políticas de saúde no Brasil” (Art. 24).

A teoria das capacidades, de Sen e Nussbaum, foi utilizada na fundamentação de artigos que discutem igualdade, justiça e alocação; promoção da saúde; e transplante de órgãos. Tal teoria pode ser utilizada para “prover uma base moral para princípios constitucionais que os governos de todas as nações deveriam implementar, buscando promover uma vida digna para todos os cidadãos e respeitando as especificidades de cada um, podendo, portanto, ser também pertinente e legítima para tentar fundamentar políticas sanitárias em princípio capazes de coadunar o interesse coletivo e os interesses individuais” (Art. 67).

A teoria da complexidade, proposta por Edgar Morin, “[...] propõe-se a obviar tais deficiências do cartesianismo e se caracteriza pelos desafios: não eliminar o acaso, a desordem e a incerteza da compreensão da realidade, [...]; superar a abstração universalista da ciência moderna que elimina a singularidade, a localidade e a historicidade, [...]; atentar para a complexidade da realidade, pois os fenômenos biológicos e sociais apresentam número incalculável de interações e interretroações, numa fabulosa mistura impossível de ser calculada pelo mais potente computador” (Art. 06). E foi utilizada em somente um artigo que trabalhou com a questão de convergências epistemológicas entre saúde coletiva e bioética.

A teoria da reprodução social da saúde, de Samaja, também foi utilizada no artigo que trabalhou com a questão de convergências epistemológicas entre saúde coletiva e bioética e aponta que “[...] as ciências da saúde têm por objeto os encontros e as transações entre diversos espaços de valorações e regulações dos problemas que a reprodução social apresenta em todas as esferas da sociabilidade humana: biossocial, sociocultural, econômico-societal e a ecológica- política” (Art. 06).

Há também o Modelo libertário ou autonomista, de Engelhardt, que foi utilizado para a construção de um artigo que trata da temática de direitos dos cidadãos usuários do SUS, já que “Tem como proposta básica a defesa dos direitos

do indivíduo sobre seu corpo, orientando-se pela tradição filosófica do liberalismo norte-americano” (Art. 30).

Para finalizar a discussão sobre fundamentação teórica, encontra-se a bioética fundamentada em direitos humanos, abordada em seis artigos distintos, sendo afirmado que “[...] a investigação da interface entre Bioética e Direitos Humanos contribui para a solidificação de ambos os saberes, bem como para estudos cujo objeto atravessa a Bioética e os Direitos Humanos” (Art. 25). Além disso, o artigo 4 afirma que o berço da bioética é, inegavelmente, a área dos direitos humanos.

7. Considerações finais

O estudo não tem a pretensão de esgotar a discussão sobre as temáticas que emergem da interface entre saúde coletiva e bioética, mas, sim, de ampliar esse olhar para questões que fazem parte do cenário da saúde coletiva e que já provocavam debates éticos mesmo antes de se falar em bioética. Destaca-se o fato de que esse é o primeiro trabalho que traça um panorama no país e busca delinear essa interface de maneira mais ampliada.

O trabalho pôde identificar pela primeira vez as instituições de maior produção científica em um dos campos mais explorados pela bioética brasileira, que é o campo da saúde coletiva. Foi possível identificar 22 instituições responsáveis pela publicação dos 85 artigos, destacando-se a Universidade de Brasília (UnB) com 23 publicações, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com 17 publicações e a Universidade de São Paulo (USP), com 16 publicações, apontando um desequilíbrio em relação às demais regiões do Brasil.

Merece destaque também os achados de que as discussões sobre as definições e funções da bioética, bem como sobre a Reforma Sanitária e suas influências na construção da Bioética brasileira demonstram a juventude da disciplina que luta por suas conceituações e direções teóricas. Sobre o tema *Gestão e organização dos serviços de saúde*, houve destaque para a discussão de alocação de recursos e equidade em saúde, envolvendo princípios como desigualdade, iniquidade, justiça, autonomia. Houve também discussões bastante positivas envolvendo *Políticas públicas de saúde e vulnerabilidades específicas*, destacando-se os subtemas de saúde da mulher e extremos de idade e questões de fim de vida. Em relação à formação de recursos humanos a bioética destacou-se como ferramenta na resolução de conflitos que emergem do cenário de prática de saúde.

Foi possível perceber também que o enfoque bioético constitui contribuição significativa para reflexões sobre conflitos que emergem do cenário de saúde coletiva, envolvendo questões de princípio da sacralidade da vida e princípio da qualidade de vida; autonomia pessoal e justiça social; saúde como direito e saúde como dever.

Observou-se também uma gama de fundamentações teóricas envolvendo, predominantemente, a bioética principialista, as bioéticas Latino-Americanas, que são mais recentes que a primeira, de intervenção e proteção, bem como a bioética cotidiana e as teorias das capacidades e da justiça.

Em se tratando de fundamentação, o principialismo foi utilizado em artigos dedicados à discussão entre bioética e saúde coletiva; na questão do aborto; na questão dos deficientes físicos, havendo destaque para o princípio da autonomia. Porém, foi duramente criticado, sendo caracterizado como limitado e insuficiente frente às questões de saúde pública, principalmente, quando se trata do cenário de desigualdades e iniquidades presente na América Latina.

Já as bioéticas de intervenção e proteção são propostas como alternativas para vencer as limitações do principialismo, por se mostrarem mais coerentes com as realidades de desigualdades gritantes, iniquidade, falta de acesso, discriminações, assimetrias.

O estudo possibilitou o delineamento de ausências percebidas em relação a artigos que discutam questões morais em torno de uso de drogas no contexto da saúde coletiva; ausência também de artigos que se dirigissem à política de saúde para a população negra ou discutisse, no âmbito da saúde coletiva, o racismo social e institucional ou a acessibilidade e a qualidade de serviços ofertados a esta população, bem como ausência de artigos relativos à saúde do trabalhador e mortalidade infantil, salvo pelo artigo de saúde da criança e do adolescente indígenas.

Uma análise de discurso em lugar de análise de conteúdo poderia dar resultados mais aprofundados, porém seria praticamente impossível de ser realizado levando em consideração o volume de artigos que foram selecionados e o tempo hábil para conclusão da dissertação, por isso optou-se por utilizar a revisão estruturada com síntese temática juntamente à análise de conteúdo, esperando-se que essa dissertação possa abrir possibilidades para exploração futura do material, já que foram apresentados silêncios da bioética sobre temas de relevância, principalmente, em se tratando do cenário brasileiro.

8. Referências

AITH, F.M.A. **Teoria geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Tese - Programa de pós-graduação em Saúde Pública. São Paulo, 2006, 458 p.

ALMEIDA, C. M. **As Reformas Sanitárias dos Anos 80: Crise ou Transição?** 1995. 411 p. Tese. (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995

ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. S. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud en Latinoamérica. **Cadernos médicos sociales**, n. 75, p. 5-30, 1999.

BARBOSA, P. R.; CARVALHO, A. I.; RIBEIRO, J. M. **Modelos de atenção à saúde: conceitos básicos, aspectos históricos e desafios para práticas inovadoras**. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/>. Acesso em: jun. de 2013.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARNETT-PAGE, E.; THOMAS, J. Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. **BMC Medical Research Methodology**, v. 09, n. 59, p. 1-11, 2009.

BEYLEVELD, D.; BROWNSWORD, R. **Human dignity in bioethics and biolaw**. Oxford: Oxford University Press, 2002.

BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-11, 1991.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 262 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas de Estratégias. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.44 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p.

BERLINGUER, G. **Questões de vida: ética, ciência e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993. 218 p.

BOY, R.; SCHRAMM, F. R. Bioética de proteção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1276-1284, jun. 2009.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. et al. Produção intelectual em saúde coletiva: epistemologia e evidências de diferentes tradições. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 33, p. 1-5, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, v. 3, n. 2, p. 51-74, jan./dez. 2000.

CALLAHAN, D.; JENNINGS, B. Ethics and public health: forging a strong relationship. **American Journal of Public Health**, v. 92, n. 2, feb. p. 169-176, 2002.

CARVALHO; F. M. F.; PESSINI, L.; CAMPOS JÚNIOR, O. Reflexões sobre bioética ambiental. **O Mundo da Saúde**, v. 30, n. 4, p. 614-618, out./dez. 2006.

DALLARI, S.G.. **Os Estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DRANE, J. F. Cuestiones de justicia en la prestacions de servicios de salud. Boletin de la **Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 108, n. 5-6, p. 586-598, 1990.

DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANOLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 22 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. cap. 10, p. 333-384.

FERNANDES NETO, A. J. Judicialização da saúde. In: SANTOS, A. **Caderno Mídia e Saúde Pública: Comunicação em Saúde pela Paz**. Belo Horizonte, p. 49-52, 2007.

FORTES, P. A. C. Bioética e saúde pública: tópicos de reflexão para a próxima década. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, jan./fev., 2000.

_____. Critérios éticos em microalocação de escassos recursos em saúde. **O mundo da saúde**, v. 24, n. 06, p. 543-551, nov./dez. 2000.

_____. Reflexão sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 6696-701, mar. 2008.

_____. Bioeticistas e a priorização de recursos de saúde no sistema público de saúde brasileiro. **Revista Bioética**, v. 18, n. 2, p. 413-20, 2010.

FORTES, P.A.C.; ZOBOLI, E.L.C.P. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: _____. (Orgs.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003. p.11-24.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 295 p.

GALLO, E. et al. Reforma sanitária: uma análise da viabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 414-419, 1988.

GARRAFA, V. Inclusão social no contesto político da bioética. **Rev. Brasileira de Bioética**, v. 01, n. 02, p. 122-132, 2005.

GARRAFA, V. Bioética. In: GIOVANELA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 22 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. cap. 24, p 853-869.

GARRAFA, V.; PRADO, M. M. Tentativas de mudança na Declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social. **Cad Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p. 1489-96, 2001.

GAUDENZI, P.; SCHRAMM, F. R. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em saúde pública. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 14, p. 33, p. 243-55, abr./jun. 2010.

GOLDIN, J. R. Dilema. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/dilema.htm>. Acesso em 19 set. 2013.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl. p. 983-992, 2011.

GORDILHO, et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000. 92 p.

GRACIA, D. El fundamentalismo em la bioética. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 3, n. 3, 2007.

HOGERZEIL, H. V. et al. Is access to essential medicines as part of the fulfillment of the right to health enforceable through the courts? **The Lancet** [online], Londres, v. 368, n 9532, p. 305-311, jul. 2006.

HUBER, M. et al. How should we define health? **British Medical Journal**, v. 343, 2011.

_____. Direitos humanos: um conceito e sua história. **Concilium**, n.144, p.7-17, 1997.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão **Os indígenas no Censo Demográfico de 2010**: primeiras consideração com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro, 2012.

KALAMATIANOS, P. A.; NARVAI, P. C. Aspectos éticos do uso de produtos fluorados no Brasil: uma visão dos formuladores de políticas públicas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 63-69, 2006.

KALAMATIANOS, P. A.; NARVAI, P. C. Uma proposta de esquema para a análise ética das ações de saúde pública. **O Mundo da Saúde**, V. 28, N. 1, P. 34-41, 2004.

KASS, N. E. An ethics framework for public health. **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 11, p. 1776-1782, 2001.

KOTTOW, M. **Introducción a la Bioética**. Santiago: Universitaria; 1995.

KOTTOW, M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: SCHRAMM, R. F. et al. **Bioética**: riscos e proteção. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Fiocruz, 2005. p 29-44.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmicas. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 22 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. cap. 3, p. 107-140.

LORENZO, C. Los instrumentos normativos em etica de la investigacion en seres humanos em América Latina: análisis de su potencial eficacia. In: KEYEUX, G.; PENCHASZADEH, V.; SAADA, A. **Ética de la investigacion em seres humanos y políticas de salud pública**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/Redbioética Unesco; 2006. p 167-90.

LORENZO, C. Vulnerabilidade em saúde pública: implicações para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 3, p. 299-312, 2006.

LORENZO, C. Teoria crítica e bioética: um exercício de fundamentação. In: PORTO, D. et al. **Bioética, Poderes e Injustiças**. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB; 2012. 396 p. cap. 10, p. 171-188.

LUCIANO, G. dos S. **O índio brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília, DF: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade - SECAD em parceria com o Museu Nacional, Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e desenvolvimento - LACED, 2006. 227 p. (Coleção Educação para todos, 12). (Vias

dos saberes, n. 1). Obra com apoio da Fundação Ford e da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO.

JUNGES, J. R. Direito à saúde, biopoder e bioética. **Interface** - Comunicação, saúde, educação, v. 13, n. 29, p. 285-295, abr./jun. 2009.

JUNGES, J. R.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. **Ciência e saúde coletiva**, v. 17, n. 4, p. 1049-1060, 2012.

LUCCHESI, Geraldo. **A concretização do direito à saúde no Brasil: uma análise da legislação sobre doenças e agravos específicos**. Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Direito Sanitário. PRODISA / FIOCRUZ Brasília, 2009.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.

_____. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

_____. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-38, 2005.

_____. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec. 2012. Cap. 1. p. 17-37.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **RAP** - Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-79, mai./jun. 2008.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 55-69, 1996.

_____. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2012. cap. 01, p. 17-37.

OLIVEIRA, A. A. S. Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. **Revista Bioética**, v. 15, n. 2, p. 170-185, 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. **La salud pública en las Américas**: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington: 2002. 400 p.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador (tese - doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 2007, 300 p.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Série Saúde no Brasil, p. 11-31, mai. 2011.

PARIZEAU, M. Ética aplicada. In: CANTO-SPERBER, M.(org.). **Dicionário de ética e filosofia moral**. Unisinos, 2003, 1782 p. 2 vols.

PERES LUÑO, A. E. **Derechos humanos, estado de derecho y constitución**. Madrid: Tecnos; 1999.

PIRES, J. R.; GARRAFA, V. Educação: nova fronteira da bioética. **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 735-745, 2011.

PITTELLI, S. D.; MUÑOZ, D. R. Macroalocações de recursos em saúde por intermédio da atividade jur[ídico processual: implicações bioéticas. **Revista de Direito Sanitário**, v. 4, n. 3, p. 43-56, nov. 2003.

PORTO; D.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 111-123, abr. 2005.

PRADO, M. M.; GARRAFA, V. A bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica. **Comunicação em Ciência para a Saúde**, v. 17, n. 4, p. 263-274, 2006.

RAMOS, F. R. S.; DO Ó, J. R. Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador de saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 13, n. 29, p. 259-79, abr./jun. 2009.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec. 1994, 423 p.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudo de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. Brasileira de Fisioterapia**: São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007.

SANDI, S. F.; BRAZ, M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. **Revista Bioética**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 131-153, 2010.

SANTANA, J. P.; GARRAFA, V. Cooperação internacional em saúde na perspectiva bioética. **Ciência e saúde coletiva**, v. 18, n. 1, p. 129-137, jan. 2013.

SCHEWEITZER, A. A decadência e a regeneração da cultura. São Paulo: Melhoramentos; 1964. 184 p.

SCHÖPKE, R. **Dicionário filosófico**: conceitos e fundamentos. São Paulo: Martins Fontes, 2010. 252 p.

SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008.

SCHRAMM, F. R. Cuidados em saúde da mulher e da criança, proteção e autonomia. In: SCHRAMM, F. R., BRAZ, M. (organizadores). **Bioética e Saúde: novos tempos para mulheres e crianças?** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 39-65.

SCHRAMM, F. R.; ANJOS, M. F.; ZOBOLI, E. A questão das tendências epistemológicas ou de fundamentação. In: ANJOS, M. F.; SIQUEIRA, J. E. (org.) **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**, São Paulo: Ideias e Letras/Sociedade Brasileira de Bioética, 2007, p. 29-56.

SEGRE, M. Reflexão bioética. **Revista Bioethikos**, v. 4, n. 2, p. 240-241, 2010.

SELLI, L.; GARRAFA, V.; MENEGHEL, S. N. Bioética, solidariedade, voluntariado e saúde coletiva: notas para discussão. **Bioética**, v. 13, n. 1, p. 53-64, 2005.

SEN, A.; KLIKSBURG, B. Por que equidade na saúde? In: _____. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. cap.5, p. 73-93.

SILVA, C. V. **Bioética e prática social: um estudo sobre a pastoral da criança em sua contribuição com a bioética**. 2009. 64p. Dissertação (mestrado) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2009.

SIQUEIRA, J. E. **Editorial**. Acesso em jun. 2013. Disponível em: URL: <http://www.uel.br/ccb/bioetica/edit.html>.

SUAREZ, J. As Funções Essenciais de Saúde Pública: um panorama nas Américas. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **I Encontro de gestores Estaduais, provinciais e departamentais de sistemas Sul-Americanos de Saúde**. Brasília: 2005. p. 81-82. CONASS Documenta, 9.

TERRIS, M. Tendencias actuales en la salud publica de las Americas. In: **Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washington, D.C., 1992. p. 185-204. (OPAS - Publicación Científica, 540).

THOMAS, J.; HARDEN, A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic review. **BMC Medical Research Methodology**, v. 08, n. 45, p. 1-10, 2008.

THOMAS, J. C.; GUILLORY, V. J. A code of ethics for public health. **American Journal Of Public Health**, v. 92, n. 7, p. 1057-1059, jul. 2002.

UNITED NATIONS. **The right to the highest attainable standard of health**. General comment number 14. Geneva, apri./may. 2000.

VIEIRA, J. B.; VERDI, M. I. M. Interfaces entre saúde coletiva e bioética a partir de um estudo da publicação de autores vinculados à pós-graduação em saúde coletiva no Brasil. **Interface: comunicação, saúde e educação**. v. 15, n. 36, p. 21-37, jan./mar. 2011.

VERDI, M. CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-88, jan./mar. 2005.

Apêndice A – Codificação dos artigos

Art. 01	A alteridade: o outro como critério	Bursztyn, Ivani, Tura, Luiz Fernando Rangel, Correa, Jéssica da Silva	Rev. Da Escola de Enfermagem da USP 33(4): 355-357, dez. 1999.
Art. 02	A bioética e o novo saber-fazer saúde	Brás, Marlene	Divulgação em saúde para debate (35): 36-47, jun. 2006.
Art. 03	A bioética no século XXI	Garrafa, Volnei, Costa, Sérgio Ibiapina Ferreira, Oselka, Gabriel	Bioética 7(2): 207-212, 1999.
Art. 04	A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras	Porto, Dora, Garrafa, Volnei	Cienc. saúde coletiva 16(supl.1): 719-729, 2011.
Art. 05	Ampliação e politização do conceito internacional de bioética	Garrafa, Volnei	Rev bio,ética (Impr.) 20(1)jan.-abr. 2012.
Art. 06	Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas	Junges, Jose Roque, Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone	Ciênc. saúde coletiva 17(4): 1049-1060, abr. 2012.
Art. 07	Bioética e saúde pública: tópicos de reflexão para a próxima década	Fortes, Paulo Antonio de Carvalho	Mundo saúde (Impr.) 24(1): 31-8, jan.-fev. 2000.
Art. 08	Bioética, solidariedade, voluntariado e saúde coletiva: notas para discussão	Selli, Lucilda, Garrafa, Volnei, Meneghel, Stela Nazareth	Bioética 13(1): 53-64, 2005.
Art. 09	Interfaces entre saúde coletiva e bioética a partir de um estudo da publicação de autores vinculados à pós-graduação em saúde coletiva no Brasil	Vieira, Juliane Brenner, Verdi, Marta Ines Machado	Interface comun. saúde educ 15(36): 21-38, jan.-mar. 2011.
Art. 10	Novas pontes para a Bioética: do individual ao coletivo, da alta especialização à atenção básica	Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone, Fortes, Paulo Antonio de Carvalho	Mundo saúde (Impr.)28(1): 28-33, jan.-mar. 2004.
Art. 11	Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas	Schramm, Fermin Roland, Kottow, Miguel H	Cad Saude Publica 17(4): 949-956, jul.-ago. 2001.
Art. 12	Uma proposta de esquema para a análise ética das ações de saúde pública	Kalamatianos, Pola Alessandra, Narvai, Paulo Capel	Mundo saúde (Impr.) 28(1): 34-41, jan.-mar. 2004.
Art. 13	Bioeticistas e a priorização de recursos de saúde no sistema público de saúde brasileiro	Fortes, Paulo Antonio de Carvalho	Rev. bioét. (Impr.) 18(2)maio-ago. 2010.
Art. 14	Critérios éticos em microalocação de escassos recursos em saúde	Fortes, Paulo Antonio de Carvalho	Mundo saúde (Impr.) 24(6): 543-51, nov.-dez. 2000.

Art. 15	Macroalocações de recursos em saúde por intermédio da atividade jurídico-processual: implicações bioéticas	Pittelli, Sergio Domingos, Muñoz, Daniel Romero	Rev. direito sanit 4(3): 43-56, nov. 2003.
Art. 16	Reflexões sobre igualdade, justiça e alocação de recursos na saúde: O olhar da bioética para os dilemas de uma sociedade iníqua	Gonçalves, Evelise Ribeiro, Albuquerque, Gelson Luiz de, Erdmann, Alacoque Lorenzini, Ramos, Flavia Regina Souza, Amadigi, Felipa Rafaela	Online braz. j. nurs. (Online) 6(2)ago. 2007.
Art. 17	Saúde pública, bioética e equidade	Garrafa, Volnei, Oselka, Gabriel, Diniz, Debora	Bioética 5(1): 27-33, 1997.
Art. 18	Selecionar quem deve viver: um estudo bioética sobre critérios sociais para a microalocação de recursos em emergências médicas	Fortes, Paulo Antônio de Carvalho	Rev Assoc Med Bras 48(2):129-34,2002.
Art. 19	A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros	Fortes, Paulo Antônio de Carvalho	Rev Assoc Med Bras 56(1):47-50,2010.
Art. 20	Bioética, assistência médica e justiça social	Cobucci, Ricardo Ney Oliveira, Duarte, Lucélia Maria Carla Paulo da Silva	Rev Bioética (impr) 21(1):62-6,2013.
Art. 21	Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade	Fortes, Paulo Antônio de Carvalho	Cad saúde pública 24(3):696-701,2008.
Art. 22	Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética	Verdi, Marta, Caponi, Sandra	Texto contexto enferm 14(1): 82-88, jan.-mar. 2005.
Art. 23	A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública	Gaudenzi, Paula, Schramm, Fermin Roland	Interface comun. saúde educ 14(33): 243-255, abr.-jun. 2010.
Art. 24	Conselhos de saúde: controle social e moralidade	Batagello, Rodrigo, Benevides, Luciana, Portillo, Jorge Alberto Cordón	Saúde Soc. 20(3): 625-634, jul.-set. 2011.
Art. 25	Bioética e direitos humanos: tratamento teórico da interface	Oliveira, Aline Albuquerque S. de	Rev. direito sanit 11(1): 65-94, mar.-jun. 2010.
Art. 26	Direito à saúde, biopoder e bioética	Junges, José Roque	Interface comun. saúde educ 13(29): 285-295, abr.-jun. 2009.
Art. 27	Integralidade da saúde: significado e situação atual	Batista, Kátia Tôrres, Caldas, Karin Richter, Portillo, Jorge Alberto Cordón	Comun. cie ^{nc} . saúde 20(1): 9-16, jan.-mar. 2009.
Art. 28	Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde	Ventura, Miriam, Simas, Luciana, Pepe, Vera Lúcia Edais, Schramm, Fermin Roland	Physis 20(1): 77-100, 2010.
Art. 29	O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura: [revisão]	Andrade, Elizabeth Nogueira de, Andrade, Edson de Oliveira	Rev. bio.t. (Impr.) 18(1)jan.-abr. 2010.

Art. 30	Os direitos do cidadão usuário do Sistema Único de Saúde: um enfoque da bioética na saúde coletiva	Santos, Letícia Rosa, Eidt, Olga Rosaria	Acta paul. Enferm 17(3): 347-353, jul.-set. 2004.
Art. 31	Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários	Brehmer, Laura Cavalcanti de Farias, Verdi, Marta	Cie`nc. saúde coletiva 15(supl.3): 3569-3578, nov. 2010.
Art. 32	Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética		Rev Bioética (impr) 21(2):207-217, 2013.
Art. 33	A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento	Zoboli, Elma, Fracolli, Lislaine	Mundo saúde (Impr.) 30(2): 312-317, abr.-jun. 2006.
Art. 34	Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros do Programa de Saúde da Família, São Paulo, Brasil	Zobolli, Elma Lourdes Campos Pavone, Fortes, Paulo Antônio de Carvalho.	Cad saúde pública 20(6):1690-1699,2004.
Art. 35	A relação público-privado na saúde brasileira: refletindoeticamente sobre os impasses e tendências para o sus	Amadigi, Felipa Rafaela, Albuquerque, Gelson Luiz de, Gonçalves, Evelise Ribeiro, Erdmann, Alacoque Lorenzini	Ciênc. cuid. Saúde 6(4): 508-513, out.-dez. 2007.
Art. 36	Perspectiva bioética do modelo de assistência suplementar no Brasil		Rev Bioética (impr) 21(2):259-67, 2013.
Art. 37	Crianças e adolescentes indígenas em perspectiva antropológica: repensando conflitos éticos interculturais	Silva, Cristhian Teófilo da	Rev. bio,t. (Impr.) 20(1)jan.-abr. 2012.
Art. 38	Indigenous health: bioethics as instrument of respect for differences	Castellani , Mario Roberto , Montagner , Miguel Ângelo	Rev. bio,t. (Impr.) 20(2)maio-ago. 2012.
Art. 39	Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena.	Lorenzo, Cláudio Fortes Garcia.	Rev Bioética (impr) 19(2):329-42,2011.
Art. 40	Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da Aids	Guilhem, Dirce, Azevedo, Anamaria Ferreira	Rev. bio,t. (Impr.) 16(2): 229-240, 2008.
Art. 41	Trabalho doméstico e emprego doméstico: atribuições de gênero marcadas pela desigualdade	Porto, Dora	Rev. bio,t. (Impr.) 16(2): 287-303, 2008.
Art. 42	Acesso ao aborto seguro: um fator para a promoção da equidade em saúde	Bursztyn, Ivani, Tura, Luiz Fernando Rangel, Correa, Jéssica da Silva	Physis 19(2): 475-487, 2009.
Art. 43	As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública	Sandi, Stella de Faro, Braz, Marlene	Rev. bioét. (Impr.) 18(1)jan.-abr. 2010.
Art. 44	Objecção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública	Diniz, Debora	Rev Saúde Pública 45(5):981-5,2011.
Art. 45	O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia	Gonçalves, Erli Helena, Varandas, Renata	Cie`nc. saúde coletiva 10(1): 229-235, jan.-mar. 2005.

Art. 46	A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva	Braz, Marlene	Ciênc. saúde coletiva 10(1): 97-104, jan.-mar. 2005.
Art. 47	Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transsexualizador do SUS: avanços, impasses, desafio	Lionço, Tatiana	Physis 19(1): 43-63, 2009.
Art. 48	Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando os direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade	Lionço, Tatiana	Saúde Soc 17(2):11-21, 2008.
Art. 49	Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual	Ventura, Mirian, Schramm, Fermin Roland	Physis 19(1):65-93,2009.
Art. 50	Application of principlist bioethics to public policies for disabled people: systematic review	França, Inacia Sátiro Xavier de, Coura, Alexsandro Silva, França, Eurípedes Gil de, Costa, Gabriela Maria Cavalcanti, Sousa, Francisco Stélio de	Online braz. j. nurs. (Online) 9(1)abr. 2010.
Art. 51	Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos	Bernardes, Liliane Cristina Gonçalves, Araújo, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de	Ciênc. saúde coletiva 17(9): 2435-2445, set. 2012.
Art. 52	O des-cuidar do lesado medular na atenção básica: desafios bioéticos para as políticas de saúde	França, Inácia Sátiro Xavier de, Baptista, Rosilene Santos, Abrão, Fatima Maria da Silva, Coura, Alexsandro Silva, França, Eurípedes Gil de, Pagliuca, Lorita Marlena Freitag	Rev Bras Enferm 65(2): 236-243, Mar.-Apr. 2012.
Art. 53	Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas	Bernardes, Liliane Cristina Gonçalves, Maior, Izabel Maria Madeira de Loureiro, Spezia, Carlos Humberto, Araujo, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de	Ciênc. saúde coletiva 14(1): 31-38, jan.-fev. 2009.
Art. 54	Reflexões bioéticas sobre o benefício do passe livre concedido a adolescentes portadores de deficiência mental no Distrito Federal	Ferraz, Marisa Cunha, Medeiros, Dulcilene Rodrigues de, Rocha, Silvana Pantoja da, Seidl, Eliane Maria Fleury	Rev. saúde Dist. Fed 15(3/4): 95-109, jul.-dez. 2004.
Art. 55	Saúde mental, mudança social e discurso bioético: uma face da desinstitucionalização revelada em uma notícia de jornal	Pinho, Márcia Andrade	Physis (Rio J.) 19(3): 817-828, 2009.
Art. 56	A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da Saúde Pública	Siqueira-Batista, Rodrigo, Schramm, Fermin Roland	Cad Saude Publica 20(3): 855-865, maio-jun. 2004.
Art. 57	Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução?	Floriani, Ciro Augusto, Schramm, Fermin Roland	Cad Saude Publica 20(4): 986-994, jul.-ago. 2004.
Art. 58	Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na atenção básica	Floriani, Ciro Augusto, Schramm, Fermin Roland	Cad. Saúde Pública 23(9):2072-2080, set. 2007
Art. 59	A moralidade na alocação de recursos no cuidado de idosos no centro de tratamento intensivo	Freitas, Edna Estelina Costa, Schramm, Fermin Roland	Rev Bras Ter Intensiva 21(4):432-436,2009.

Art. 60	Argumentos morais sobre inclusão/exclusão de idosos na atenção à saúde	Freitas, Edna Estelina Costa, Schramm, Fermin Roland	Rev Bioética (impr) 21(2):318-27, 2013.
Art. 61	Anemia Falciforme: Um Problema Nosso. Uma abordagem bioética sobre a nova genética	Diniz, Debora, Guedes, Cristiano	Cad Saude Publica 19(6): 1761-1770, nov.-dez. 2003.
Art. 62	Bioética da proteção e tratamento de doenças genéticas raras no Brasil: o caso das doenças de depósito lisossomal	Boy, Raquel, Schramm, Fermin Roland	Cad Saude Publica 25(6): 1276-1284, jun. 2009.
Art. 63	Aspectos éticos do uso de produtos fluorados no Brasil: uma visão dos formuladores de políticas públicas de saúde	Kalamatianos, Pola Alessandra, Narvai, Paulo Capel	Ciênc. saúde coletiva 11(1): 63-69, jan.-mar. 2006.
Art. 64	Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética	Costa, Simone de Melo, Abreu, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de, Vasconcelos, Mara, Lima, Rita de Cássia Gabrielli Souza, Verdi, Marta, Ferreira, Efigênia Ferreira e	Ciênc. saúde coletiva 18(2): 461-470, Fev. 2013.
Art. 65	Política Nacional de Saúde Bucal e bioética da proteção na assistência integral	Melo Costa , Simone , Alba Nickel , Daniela , Marques Borges , Carolina , Viana Campos, Ana Cristina , Machado Verdi , Marta Inez	Rev. bio,t. (Impr.) 20(2)maio-ago. 2012.
Art. 66	Public primary oral health care: a bioethical reflection	Fonseca, Luciana Leão Viana, Mota, Joaquim Antônio César, Gonçalves, Patricia Furtado	Rev. odonto ciênc 26(2): 165-171, 2011.
Art. 67	Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização	Ribeiro, Carlos Dimas Martins, Schramm, Fermin Roland	Cad Saude Publica 22(9): 1945-1953, set. 2006.
Art. 68	Bioética e avaliação tecnológica em saúde	Schramm, Fermin Roland, Escosteguy, Claudia Caminha	Cad Saude Publica 16(4): 951-61, out.-dez. 2000.
Art. 69	Saúde coletiva, nova genética e a eugenia de mercado	Cardoso, Maria Helena Cabral de Almeida, Castiel, Luis David	Cad Saude Publica 19(2): 653-662, mar.-abr. 2003.
Art. 70	O admirável projeto genoma humano	Corrêa, Marilena V.	Physis 12(2):277-299, 2002.
Art. 71	Cooperação em saúde na perspectiva bioética	Santana, José Paranaguá de, Garrafa, Volnei	Ciênc. saúde coletiva 18(1): 129-137, jan. 2013.
Art. 72	A Bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica	Prado, Mauro Machado do, Garrafa, Volnei	Comun. ciênc. Saúde 17(4): 263-274, out.-dez. 2006.
Art. 73	A Educação Médica diante das necessidades sociais em saúde	Amoretti, Rogério	Rev. bras. educ. m,d 29(2): 136-146, maio-ago. 2005.
Art. 74	A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia	Fiuza Sanchez, Heriberto, Silva, Carlos José de Paula, Drumond, Marisa Maia, Ferreira e Ferreira, Efigênia	Acta bioeth 18(1): 101-109, jun. 2012. tab.

Art. 75	Ética médica e bioética no curso médicosob o olhar dos docentes e discentes	Vieira, Patrícia Sena Pinheiro de Gouvêa, Neves, Nedy Maria Branco Cerqueira	Mundo saúde (Impr.) 33(1): 21-25, jan.-mar. 2009.
Art. 76	Inserção dos temas de humanidades e ética em currículo médico integrado em escola pública no distrito federal, Brasil	Garbi Novaes, Maria Rita Carvalho, Garcez Novaes, Luiz Carlos, Guilhem, Dirce, Lolas, Fernando, Silveira, Carla, Guiotti, Murilo	Acta bioeth 15(2): 202-211, nov. 2009.
Art. 77	Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde	Ramos, Flávia Regina Souza, Do Ó, Jorge Ramos	Interface comun. saúde educ 13(29): 259-270, abr.-jun. 2009.
Art. 78	Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde	Fontoura, Maria Delzuita, Almeida, André Paes de, Marques, Cláudia Maria da Silva, Prado, Mauro Machado do, Portilho, Jorge Alberto Cordón	Rev. saúde Dist. Fed 15(3/4): 67-77, jul.-dez. 2004.
Art. 79	Ética e subjetividade no trabalho em saúde	Garrafa, Volnei	Divulg. saúde debate (12): 36-8, jul. 1996.
Art. 80	Nurses and primary care service users: bioethics contribution to modify this professional relation	Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone	Acta paul. Enferm 20(3): 316-320, jul.-set. 2007.
Art. 81	Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional	Amorim, Adriana Gomes, Souza, Elizabeth Cristina Fagundes de	Cie ^{nc} . saúde coletiva 15(3): 869-878, maio 2010.
Art. 82	Retratos da relação médico-paciente na atenção básica	Porto , Dora , Schierholt , Sérgio Ricardo, Costa , Ana Maria	Rev. bio,t. (Impr.) 20(2)maio-ago. 2012.
Art. 83	Educação ambiental: reflexão e paradigmas	Pessini, Leo, Campos Junior, Oswaldo	Mundo saúde (Impr.) 30(4): 521-523, out.-dez. 2006.
Art. 84	Saneamento básico e ocorrência de doenças de transmissão hídrica em população de baixa renda no Paranoá/Distrito Federal - uma análise bioética	Daniel, Mariely Helena Barbosa, Sanmartin, Javier Afonso, Pires, Eunice Maria, Bugarin Júnior, João Geraldo	Rev. saúde Dist. Fed 15(3/4): 39-50, jul.-dez. 2004.
Art. 85	Reflexões sobre bioética ambiental. Carvalho, Fernanda Maria Ferreira, Pessini, Léo, Campos Júnior, Oswaldo. Mundo da Saúde 30(4):614-618,2006.	Carvalho, Fernanda Maria Ferreira, Pessini, Léo, Campos Júnior, Oswaldo	Mundo da Saúde 30(4):614-618,2006.

Apêndice B – Quadro de categorias relacionadas a conceitos, problemas, conflitos e posicionamentos

<p>Definições e funções da bioética</p>	<p>A Bioética se constitui no exame sistemático da conduta humana no campo das ciências da vida e da saúde, conduta compreendida à luz de valores e de princípios morais (Art. 01).</p> <p>Abrange os problemas éticos de todas as profissões sanitárias; as pesquisas comportamentais, independente das suas aplicações terapêuticas; os problemas sociais ligados às políticas sanitárias; e os problemas da vida animal e vegetal em relação à vida do homem (Art. 01).</p> <p>A Bioética trabalha em torno do consenso, da tolerância às diferenças, buscando o diálogo, atenta aos interesses de cada um, respeitando a dignidade da pessoa humana e sua autonomia, desde que não afete outras pessoas ou comunidades (Art. 02).</p> <p>A pesquisa com seres humanos, doação de órgãos e transplantes, justiça distributiva, saúde pública, desigualdades sociais, meio ambiente, direito dos animais, violência, entre outros, fazem parte da agenda da bioética (Art. 02).</p> <p>A definição de bioética abraça este processo de confronto entre os fatos biológicos e os valores humanos na tomada de decisões envolvendo os problemas práticos de diferentes áreas da vida, como na assistência médico-sanitária (Art 10).</p> <p>A bioética ajudaria os políticos e técnicos a reconhecer os dilemas morais decorrentes das pesquisas e dos cuidados à saúde fornecendo princípios e regras morais na construção de uma arcabouço para a discussão ética (Art. 12)</p> <p>A bioética se apresenta como disciplina essencial para lidar com os conflitos econômicos e sociais no sector da saúde [...] (Art. 38).</p> <p>A bioética [...] tem como objeto de ação a reflexão acerca dos temas que estão direta ou indiretamente relacionados à qualidade de vida (Art. 84).</p> <p>Ela [bioética] foi criada para designar a relação entre a vida humana, vegetal e animal em sentido amplo, colocando toda a biosfera como tema de sua preocupação, [...] (Art. 85).</p>
<p>Objetos de estudo compartilhados</p>	<p>Ambos saberes, bioética e saúde coletiva, convergem para temáticas essencialmente complexas e transdisciplinares: os campos da saúde e das ações humanas, conformados por interdependências e inter-relações no bojo do entorno social e ambiental (Art. 06).</p>

<p>Objetos de estudo compartilhados</p>	<p>É no bojo dessa trajetória que a bioética passa a incorporar, em sua agenda, temáticas como a justiça em saúde, equidade, saúde das populações, determinantes sociais da saúde e doença, vulnerabilidade na pesquisa clínica internacional (Art. 06).</p> <p>Daí termos escolhido tratar de três tópicos [...]: a alocação de recursos em saúde pública; os possíveis conflitos éticos existentes entre as ações de saúde pública confrontadas com a autonomia individual; os dilemas que a saúde pública deve enfrentar diante das consequências do atual desenvolvimento biotecnológico (Art. 07).</p> <p>Os processos de desenvolvimento da Bioética e da Saúde pública/ Coletiva brasileira percorreram caminhos paralelos, que, num determinado momento, passaram a se relacionar, devido à aproximação de temas comuns, como a questão da equidade em saúde e do direito à saúde. (Art. 09).</p> <p>A partir dos anos 1980, a bioética amplia seu foco de visão situando a relação clínica no contexto do sistema de saúde e incorporando a reflexão das questões relativas à estrutura, à gestão e ao financiamento deste sistema (Art. 10).</p> <p>A transformação histórico-social do mundo ocidental, a pluralidade das compreensões e interpretações sobre os princípios e valores éticos e sociais, as situações criadas pelo acelerado desenvolvimento tecnológico e científico, a manutenção de índices sanitários desfavoráveis, as desigualdades na distribuição e na aplicação de recursos financeiros em saúde e o uso e abuso de medidas técnicas e programáticas vem acarretando a ampliação da discussão de questões éticas no campo da saúde (Art. 12).</p> <p>Os dilemas morais decorrentes da implementação de intervenções e programas de saúde vem sendo objeto de preocupação entre os formuladores de políticas públicas de saúde e tomadores de decisões. A ocorrência desses dilemas tem provocado reflexos na área da bioética e da saúde pública e, apesar de serem campos distintos, essa discussão vem apresentando pontos de intersecção que possibilitam uma abordagem mais compreensiva dos conflitos éticos pertinentes à aplicação de tecnologias em saúde (Art 12)</p> <p>Apesar dos avanços tecnológicos, os problemas sociais e econômicos permanecem ainda como os grandes desafios a serem superados, tornando-se temas sempre presentes nas discussões sobre a saúde pública e a bioética (Art. 24).</p> <p>Há um problema central da vida – a morte –, o qual vem sendo matizado em novas nuances – entre as quais a da bioética, albergando uma infrene e intrínseca necessidade de estimular as discussões – com uma série de possíveis interseções no âmbito da saúde pública, como nos aspectos relativos à justiça como equidade e à alocação de recursos (Art. 56).</p>
--	--

<p>Objetos de estudo compartilhados</p>	<p>A educação para a genética deve ser considerada um desafio emergente para a saúde pública e para a bioética no Brasil [...] (Art. 61).</p> <p>A relação médico-paciente vem sendo tema constante tanto da reflexão bioética como da ética médica, manifestando a preocupação dos profissionais, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em desenvolver e aplicar parâmetros que possam orientar esta relação, de forma a contemplar a perspectiva da humanização e do respeito aos direitos humanos (Art. 82).</p>
<p>Convergências epistêmicas</p>	<p>Da mesma maneira, a bioética reproduz essa trajetória, consolidando-se como campo transdisciplinar 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 (Art. 04).</p> <p>A proximidade entre a bioética e a saúde coletiva sem a devida fundamentação teórica da relação entre ambos campos de conhecimentos e práticas pode comprometer as potencialidades desta aproximação devido a uma possível confusão entre o sujeito epistêmico e o sujeito ético, já que não existe, em bioética, uma continuidade entre saber algo e pô-lo em prática (Art. 06).</p> <p>A abordagem transdisciplinar, exigida para a compreensão complexa da realidade, faz da saúde coletiva e da bioética campos integradores de conhecimentos de diferentes áreas, com especial atenção ao contexto (Art. 06).</p> <p>De fruto engendrado em meio a uma concepção positivista da produção do conhecimento biológico e em saúde, a bioética vai se remetendo a posturas mais hermenêuticas a fim de dar conta de sua arrojada proposição: integrar ambas áreas do conhecimento em uma só esfera de reflexão, discussão e produção científica. (Art. 06).</p>
<p>Valores e princípios compartilhados</p>	<p>É somente através da equidade, associada à ética da responsabilidade (individual e pública) e ao princípio da justiça no seu amplo sentido, que os povos conseguirão tornar realidade o direito à saúde. "A equidade, ou seja, o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais, é o caminho da ética prática em face da realização dos direitos humanos universais, entre eles o do direito à vida, representado neste contexto pela possibilidade de acesso à saúde" (Art. 03).</p> <p>O acesso universalizado à saúde passa a integrar a nova agenda bioética do século XXI, visto como direito de cidadania, sendo responsabilidade do Estado prover o mínimo necessário para que as pessoas vivam com dignidade (Art. 05).</p> <p>A solidariedade, como valor bioético que pressupõe a função de orientar as condutas das pessoas, é entendida</p>

<p>Valores e princípios compartilhados</p>	<p>de forma comprometida, interventiva, que visa a transformação social na busca de políticas democráticas e eqüitativas e produz mudanças nos níveis individual e coletivo (Art. 08).</p> <p>Os pesquisados (bioeticistas) assumem posicionamentos, ora orientados pela equidade, compreendida como a proteção aos mais desfavorecidos, ora pela maximização dos benefícios, seguindo o princípio ético da utilidade social (Art. 13).</p> <p>Entendemos, portanto, e de forma simplificada, justiça como manifestação da equidade e todos os seus corolários, do qual mais importante para os fins [...] é constituído pela possibilidade de ações discriminativas, favorecendo os mais vulneráveis [...] se resultar em benefícios compensatórios para cada um particularmente para os membros menos favorecidos, menos afortunados da sociedade (Art. 15).</p> <p>A equidade é, então, a base ética que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos. É somente através deste princípio, associado aos princípios da responsabilidade (individual e pública) e da justiça, que conseguiremos fazer valer o valor do direito à saúde (Art. 17).</p> <p>A equidade, ou seja, o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais, é o caminho da ética prática em face da realização dos direitos humanos universais, entre eles o do direito à vida representado, neste debate, pela possibilidade de acesso à saúde (Art. 17).</p> <p>A equidade é o princípio que permite resolver parte razoável das distorções na distribuição da saúde, ao aumentar as possibilidades de vida de importantes parcelas da população (Art.17).</p> <p>O direito à saúde compreende elementos de justiça e de autonomia. Neste sentido, ele engloba diversos fatores socioeconômicos como condições e determinantes de justiça para poder se gozar de uma vida saudável, incluindo, também, as prerrogativas de se ter acesso a um sistema de proteção à saúde com igualdade de oportunidades (Art. 26)</p> <p>Por outro lado, o direito à saúde contempla elementos de autonomia, englobando a liberdade de gerir a sua própria saúde e a sua sexualidade e estar livre de interferências e tratamentos não consentidos (Art.26).</p> <p>Debate-se o princípio da justiça na saúde num front onde se empunham as armas de uma justiça utilitarista, com a maximização coletiva dos resultados sobrepondo-se aos interesses individuais, e a justiça equânime que propõe a distribuição das oportunidades a todos de acordo com as suas necessidades (Art. 29).</p> <p>Para oportunizar a autonomia e a responsabilidade nas</p>
---	---

<p>Valores e princípios compartilhados</p>	<p>práticas de atenção básica faz-se necessário refletir e tomar consciência do paradigma de pensar e agir em saúde – no qual se movem essas práticas (Art. 32).</p> <p>Políticas eqüitativas deveriam facilitar o acesso dos mais necessitados, o que contribuiria para a diminuição das diferenças. Portanto, em condições de desigualdade, e até de iniquidade, é imperativo tratar desigualmente os desiguais para que se alcance um patamar mínimo de justiça no papel do Estado e dignidade na vida dos sujeitos sociais (Art. 35).</p> <p>Do ponto de vista bioético, a prática da intervenção médico-cirúrgica sobre o corpo do sujeito transexual [...] tem sua legitimidade moral no princípio de autonomia, aplicável a qualquer indivíduo competente, tanto cognitiva como moralmente (Art. 49).</p> <p>O princípio da autonomia pode, ainda, ser conjugado com os princípios - ao mesmo tempo bioéticos, sanitários e jurídicos - de “qualidade de vida” e de “bem-estar”, potencializando a legitimidade das intervenções consentidas pelo sujeito, ou justificadas por suas necessidades terapêuticas, desde que isso não prejudique, de maneira substantiva, terceiros, a não ser, eventualmente, seus preconceitos (Art. 49).</p> <p>Ao se promover equidade, é necessário considerar a perda de eficiência envolvida no processo e buscar mecanismos que facilitem sua inserção na agenda governamental e neutralizem as mais diversas resistências (Art. 53).</p> <p>O Princípio de Eqüidade refere-se, assim, a uma concepção compensatória de justiça, aplicada à desigualdade de fato, visando eliminá-la. [...] o critério para a justiça na desigualdade é aquele assumido pela concepção de justiça que considera que o tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais carente. (Art. 62).</p> <p>Todas as formas de tecnologia são necessárias para o enfrentamento dos problemas de saúde, mas no processo de trabalho da APS ganha importância o uso das chamadas tecnologias leves, entendidas como aquelas que possibilitam produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia (Art. 74).</p> <p>É através do princípio bioético da equidade associado aos princípios da responsabilidade (individual e pública) e da justiça, que se conseguirá fazer valer o direito à saúde (Art. 84).</p>
<p>Influência da Reforma Sanitária na construção da Bioética brasileira</p>	<p>A possibilidade de estabelecer paralelo entre esses planos analíticos [bioética e reforma sanitária] 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 (Art. 04).</p>
<p>Influência da Reforma Sanitária na</p>	<p>Se a Reforma Sanitária incorporou definitivamente a</p>

<p>construção da Bioética brasileira</p>	<p>dimensão social na análise do processo de saúde e adoecimento da população, a bioética brasileira reflete essa preocupação [...] (Art. 04).</p> <p>Estudo recentemente desenvolvido no Brasil demonstra o caminho original percorrido especificamente pela bioética do país na formulação de linhas autóctones de estudo e pesquisa, a partir da relação entre essas linhas e o processo histórico que consolidou a reforma sanitária nacional e que contempla o tema da saúde como fator da inclusão social (Art. 05).</p> <p>Sem fazer valer o projeto da Reforma Sanitária (“a ousadia de cumprir a lei”), é bem possível que, no futuro, o sistema de saúde continue incrementando sua regressividade social e que os subsistemas públicos transformem-se no espaço daqueles a quem Hanna Arendt chamou de “homens supérfluos”, isto é, mulheres e homens despossuídos de cidadania. Reafirmamos, outra vez, a urgência de trazer para o debate bioético a prática e a experiência da gestão dos serviços de saúde (Art. 07).</p> <p>No que diz respeito ao processo de criação, reflexão e consolidação da Bioética brasileira, é fundamental enfatizar a importância da Reforma Sanitária que já apontava os rumos para a reflexão crítica que marca a Bioética brasileira, mostrando que os problemas enfrentados pela área da saúde não poderiam ser resolvidos apenas na clínica, uma vez que tinham origem na pobreza e na desigualdade social, na qual vivia a imensa maioria dos brasileiros (Art. 09).</p>
<p>Crítica ao utilitarismo na alocação de recursos</p>	<p>A maximização dos benefícios de recursos escassos tem o mérito de proporcionar maior eficiência na alocação de recursos, mas também pode causar riscos de discriminação negativa para as pessoas que tenham menor probabilidade de contribuir para o maior nível de saúde da coletividade (Art. 13).</p> <p>Diferindo da noção de equidade, encontra-se o pensamento utilitarista que nos convoca a refletir que os recursos devem ser orientados para a satisfação de necessidades coletivas ou individuais, maximizando os resultados benéficos aos envolvidos direta ou indiretamente na ação (Art. 13).</p> <p>A maior parte dos critérios habitualmente utilizados (na alocação) tem em comum o princípio da utilidade social, na esteira do pensamento utilitarista (Art. 15).</p> <p>O principal argumento é de tipo utilitarista, segundo o qual seria antiético investir somas substanciais de recursos para condições raras e para poucos: custos elevados beneficiando um pequeno número de pacientes, não maximizando os benefícios para a sociedade (Art. 62).</p> <p>Ao se analisar eticamente as decisões no campo da saúde, observa-se que a maior parte dos critérios adotados pelos tomadores de decisão é consoante com o princípio de utilidade social, segundo o qual uma decisão</p>

	deve ser adotada de modo a “obter o maior bem-estar para o maior número possível de pessoas” (Art. 63).
<p>Crítica ao modelo liberal na alocação de recursos</p>	<p>As posições fundamentadas na equidade aceitam que seria justo que o Estado democrático orientasse a distribuição de recursos beneficiando os mais desfavorecidos da sociedade, os mais pobres, os mais vulnerados, os sem condições de arcar com o atendimento de suas necessidades de saúde por via dos modelos liberais de mercado (Art. 13).</p> <p>As propostas neoliberais de pouco investimento nas áreas sociais acentuaram ainda mais as dificuldades encontradas no cotidiano do setor saúde, ao passo que aumenta a massa de vulneráveis e necessitados de uma atenção efetiva (Art. 35).</p> <p>A proteção e garantia dos direitos sociais atribuídos ao Estado, segundo a lógica neoliberal, pode ser entendida como um modo burocrático de administrar, prejudicial ao desenvolvimento nacional, uma vez que impede a modernização e a abertura do país aos novos investimentos estrangeiros (Art. 35).</p>
<p>Reflexão sobre a moralidade na alocação de recursos escassos</p>	<p>Os recursos disponíveis são escassos e há uma pobreza massiva que leva à dependência em relação aos serviços prestados pelo Estado, fazendo com que os resultados da alocação tenham impactos muito relevantes na vida dos cidadãos [...] Porém, diante da escassez, é preciso definir quem tem direito ao acesso e quanto cada indivíduo pode utilizar os bens coletivos (Art. 16).</p> <p>"...a reflexão ética obriga-nos a escolher. Obriga-nos a procurar, entre as várias soluções possíveis, quais são aquelas que correspondem não só a critérios de eficiência e de eficácia, ao equilíbrio entre custos e benefícios, mas sobretudo a exigências de prioridade, equidade, moralidade..." (Art.17).</p> <p>Como os recursos são escassos e para que a distribuição fosse pautada pela equidade, foi necessária a criação de políticas públicas que privilegiassem o acesso a grupos vulneráveis e à discussão, nos conselhos de saúde, sobre os critérios de justiça no acesso a esses recursos (Art. 26).</p> <p>É um dos dilemas atuais da assistência à saúde, cujas demandas são grandes e crescentes e os recursos escassos e muitas vezes mal empregados (Art. 29).</p> <p>[...] devem tomar decisões de efeitos práticos, partindo da constatação de que os recursos efetivamente disponíveis são escassos, e da premissa de que seja moralmente legítimo proceder a alguma forma de racionamento da alocação nestas condições (Art. 59).</p> <p>A bioética constitui uma ferramenta para enfrentar o conflito resultante do aumento da demanda frente à oferta de cuidados em saúde, que implica [...] em conflitos morais na escolha de beneficiários [...] (Art. 59).</p>

<p>Reflexão sobre a moralidade na alocação de recursos escassos</p>	<p>se escolhas devem ser feitas devido aos recursos escassos, isto significa que médicos e gestores de saúde devem estabelecer critérios para alocação de recursos e seleção de pacientes, que sejam não somente efetivos do ponto de vista pragmático, mas também corretos do ponto de vista moral (Art. 59).</p> <p>Um emprego consciencioso e bem planejado dos recursos, capaz de contemplar estes meandros, deve ser a tônica da gerência em saúde, cabendo uma reflexão sobre a irresponsabilidade de se disponibilizar recursos já tão escassos para a manutenção de enfermos sem reais possibilidades de restabelecimento da saúde e de um adequado nível de vida (Art. 56).</p> <p>Assim sendo, na área da atenção à saúde, deve-se definir que população vai requerer apoio total (os mais suscetíveis ou vulnerados), parcial ou nenhum suporte do Estado (os que podem garantir parcial ou totalmente suas necessidades de saúde), priorizando aqueles indivíduos ou grupos em piores condições (Art. 67).</p>
<p>Crítica na responsabilização dos sujeitos na promoção da saúde</p>	<p>Estratégias dirigem seu foco de ação ao comportamento individual considerado de risco, indicando, assim, uma dupla responsabilização do sujeito (Art. 22)</p> <p>[...] ao falarem sobre Promoção de Saúde, afirmam que os indivíduos – em vez da organização social – estão sendo encarregados desta prática, já que eles são vistos como a causa das suas doenças (Art. 23).</p>
<p>Contexto social e moral que influenciam a promoção da saúde</p>	<p>Para a construção das mudanças necessárias no cotidiano das práticas profissionais de saúde, é preciso refletir sobre as implicações éticas das ações dos trabalhadores como agentes morais (Art. 22).</p> <p>É preciso, também, compreender o caráter dinâmico da sociedade como um espaço em permanente disputa de interesses políticos e desejos individuais e coletivos, que envolvem forças díspares, valores diversos e crenças divergentes (Art. 22).</p> <p>O que está em questão aqui é a percepção de um mundo equânime, no qual “as pessoas obtêm aquilo que merecem e merecem aquilo que obtêm” (Art. 23).</p>
<p>Conflito ente liberdades individuais e bem estar coletivo</p>	<p>Problemas morais como injustiças e restrições às liberdades individuais podem surgir em nome do bem-estar e da segurança da coletividade ou até mesmo, quando os objetivos de determinada intervenção forem alcançados, devido a conflitos de interesses [...]. Uma situação dilemática ocorreria quando duas abordagens são possíveis e defensáveis tecnicamente, existindo dúvidas quanto à escolha moral de cada escolha (Art. 12).</p> <p>Qual seria a pretensão do movimento de Promoção de Saúde: a beneficência dos destinatários [...] ou uma suposta justiça sanitária consistente em uma melhor saúde para todos, mais para reduzir os custos do que para melhorar a qualidade de vida de todos? (Art. 23).</p>

<p>Conflito ente liberdades individuais e bem estar coletivo</p>	<p>O novo ideário proposto visa mudanças nas condições e no modo de vida das pessoas, o que, a princípio, poderia trazer bons resultados, mas que, em nossa compreensão, tem levado a uma restrição das liberdades individuais (Art. 23).</p> <p>As políticas públicas, que tenham como preocupação a saúde da população, devem, de nosso ponto de vista, visar à melhora das condições de vida da população sem limitar ou aniquilar as liberdades individuais injustificadamente, impondo estilos de vida e tornando o cuidado à saúde uma obrigação do indivíduo, de acordo com parâmetros econômicos opináveis (Art. 23).</p> <p>A discussão sobre a ética na saúde pública, uma das prioridades temáticas da bioética na América Latina, atenta para os conflitos morais produzidos na condução das políticas públicas, uma vez que podem limitar ou restringir as liberdades individuais em nome do interesse público (Art. 24).</p> <p>Argumenta-se que a legitimidade das ações sanitárias e as restrições à autonomia individual se constituiriam em características dos atos protetores e, dessa forma, a justiça sanitária prevaleceria sobre a autonomia individual (Art. 63).</p>
<p>Dimensão moral, ideológica e científica da participação social na gestão</p>	<p>O Brasil oferece lições importantes ao criar mecanismos institucionais inovadores para o envolvimento popular e responsabilidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), moldando a participação como um direito (Art. 24).</p> <p>Pela composição plural, os conselhos constituem espaços de controle social, sendo esse conceito compreendido como a capacidade da sociedade civil de promover um enfrentamento moral que permite uma ponderação entre as decisões tecnicamente orientadas, as juridicamente balizadas e as socialmente desejadas (Art. 24).</p> <p>A interpretação de que o controle social exerce a função de um artifício regulador dos conflitos ideológicos no âmbito da gestão da saúde pública (Art. 24).</p>
<p>Responsabilidade moral do Estado em prover acesso à saúde</p>	<p>Quando se trata de lançar mão das normas e princípios de Direitos Humanos no âmbito da avaliação ética em Saúde Pública, busca-se, por um lado, reforçar a proteção da pessoa humana e sua dignidade inerente e, por outro lado, reafirmar a responsabilidade jurídica e moral dos Estados de prover as condições de vida digna (Art 25).</p> <p>é razoável exigir de um Estado, que se pretenda moralmente legítimo e pragmaticamente eficiente, medidas protetoras em princípio capazes de dar conta da fragilidade da vida – não só ante antigas ameaças (como doenças e incapacidades), mas também antecipando possíveis e prováveis soluções à vulneração das pessoas [...] (Art. 60).</p>
<p>Reflexão ética sobre a judicialização da saúde</p>	<p>A alta intensidade da demanda judicial no âmbito da saúde reflete essa busca de aproximação, ou melhor, de efetividade de um aspecto desse direito, que é o acesso aos meios materiais para seu alcance (Art. 28).</p>

<p>Reflexão ética sobre a judicialização da saúde</p>	<p>Compreender como vêm se dando as relações e os diálogos entre essas dimensões na produção da base normativa que orienta leis, políticas e práticas de saúde é um passo importante em prol da efetividade do direito à saúde ou, ao menos, para ampliação do acesso à justiça e à saúde (Art. 28).</p>
<p>Reflexões éticas sobre acolhimento na atenção básica</p>	<p>Como dispositivo de uma política de humanização dos serviços de saúde, o acolhimento traduz a ação humana de reconhecer a dimensão subjetiva do ser humano, considerando-o como sujeito histórico, social e cultural (Art. 31).</p> <p>Nesse contexto, o espaço do acolhimento na Atenção Básica à Saúde compõe um potencial cenário para conflitos éticos no dia a dia das ações (Art. 31).</p> <p>Aliado às outras estratégias operacionais, o acolhimento visa, sobretudo, contribuir para a construção de um SUS universal e integral, como orientam seus princípios (Art. 31).</p> <p>O acolhimento apresenta-se com duas faces opostas e destoantes: no discurso, o reconhecimento do direito à saúde, e na prática, o descumprimento desta garantia constitucional (Art. 31).</p> <p>[...] o acolhimento catalisa mudanças na forma como os serviços de saúde se organizam, na maneira como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para melhorar a qualidade de vida das pessoas e, conseqüentemente, lida com as grandes dificuldades de se trabalhar no setor saúde (Art. 33).</p>
<p>Crítica a maior priorização do cenário hospitalar pela bioética em detrimento da atenção básica</p>	<p>A atenção primária surgiu para responder à visão ampliada das necessidades em saúde, sendo o ponto de referência para pensar qualquer ética dos cuidados primários. Todos os problemas e desafios éticos emanam dos processos de trabalho e da organização do sistema de resposta a essas necessidades em determinado território e ambiente (Art. 32).</p> <p>A sofisticação tecnológica dos hospitais e dos serviços altamente especializados tem sido uma das motivações mais evidentes para o desenvolvimento da bioética, que tem se dedicado mais à reflexão e discussão dos problemas éticos enfrentados pelos profissionais nesse âmbito da assistência, relegando a atenção básica (Art. 34).</p> <p>[...] a atenção básica, em comparação à hospitalar, lida com problemas éticos distintos, que, à sua maneira, também são amplos e complexos, ainda que de menor dramaticidade (Art. 34).</p>
<p>Visão ecossistêmica da saúde na atenção básica</p>	<p>Fazer uma leitura bioética da tríade território, ambiente e saúde compreende a adoção de uma visão ecossistêmica de saúde, tendo como categoria central a qualidade de vida socialmente determinada por fatores econômicos, físicos, químicos, biológicos e culturais do ambiente – e seus impactos nos territórios, espaços sociais dos</p>

<p>Visão ecossistêmica da saúde na atenção básica</p>	<p>processos de saúde-doença (Art. 32).</p>
<p>Organização do trabalho e relações profissionais vinculadas ao exercício da cidadania na atenção básica</p>	<p>Essas duas determinações da lógica da atenção primária – necessidades individuais em saúde que precisam ser respondidas no território e no coletivo e processos de trabalho organizados em equipe para a elas responder – apontam para uma possível configuração da ética relativa à solução dos desafios éticos que podem surgir na atenção primária (Art. 32).</p> <p>A atenção primária lida mais com desafios éticos do que com conflitos éticos. Como resultado, suas demandas de resposta são mais pragmáticas do que dramáticas, haja vista que ela comporta mais desafios do que conflitos éticos (Art. 32).</p> <p>Para fazer frente ao desafio da sua concretização (da atenção básica), faz-se necessário lidar com as questões de ordem ética vivenciadas nos serviços de saúde, especialmente na atenção básica, a qual tem sido preterida pelas reflexões bioéticas (Art. 34).</p> <p>Se a construção do SUS implica uma reviravolta ética, a reorganização da atenção básica pela estratégia do PSF amplia e aprofunda o trajeto desse giro ético, pois sua efetivação não se resume a uma nova configuração da equipe técnico- assistencial, mas a um novo processo de trabalho marcado por uma prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania (Art. 34).</p>
<p>Saúde suplementar como obstáculo ao cumprimento dos princípios do SUS</p>	<p>O sistema de saúde brasileiro, apesar do que diz a Constituição Federal, não é único, nem integral e nem universal, pois divide, consensualmente, espaço com um sistema suplementar; restringe acesso a tratamentos notoriamente válidos e apresenta uma universalidade excludente (Art. 29).</p> <p>O papel de regulação atribuído ao Estado é imprescindível para os serviços de saúde, pois não existem condições ideais que fundamentem a perfeita competição na lei de mercado. O alcance da equidade [...] é pouco provável, uma vez que os serviços serão disponíveis conforme a capacidade de pagamento dos sujeitos, o que prejudicaria, em especial, os mais necessitados (Art. 35).</p> <p>A privatização dos serviços sociais obedece à proposta de mercantilização dos bens sociais, admitindo, com naturalidade, o lucro [...] Nesse modelo, portanto, os critérios públicos são substituídos por critérios privados de organização e acesso a bens e serviços sociais. A filantropia substitui o direito social. Os pobres substituem os cidadãos. A ajuda individual substitui a solidariedade coletiva. O emergencial e o provisório substituem o permanente. As microsoluções substituem as políticas públicas. O local substitui o regional e o nacional. É o reinado do minimalismo no social para enfrentar a globalização no econômico (Art. 35).</p> <p>As regras de regulamentação da assistência suplementar, como, por exemplo, carências e agravamentos de valores</p>

<p>Saúde suplementar como obstáculo ao cumprimento dos princípios do SUS</p>	<p>financeiros para atendimento de gestantes e crianças, deveriam ser submetidas, pela ANS, à compatibilização com os princípios e diretrizes do SUS, pois o fato de ser modalidade de serviço privada não confere autonomia em relação aos preceitos aprovados para a saúde na Constituição brasileira (Art. 36).</p>
<p>Respeito à diversidade cultural da população indígena</p>	<p>Os cuidados de saúde prestados a essas pessoas reflete essa doença crônica, caracterizada pela indiferença, discriminação e desrespeito às suas idiossincrasias culturais que marca a compreensão da sociedade envolvida (Art. 38).</p> <p>[...] o principal é a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco, o que pode contribuir decisivamente na solução desses dilemas, uma vez que prevê o respeito à diversidade cultural e ao pluralismo (Art. 38).</p> <p>À medida que essas políticas alocam profissionais de saúde em regiões historicamente excluídas da atenção à saúde ou em contato com povos portadores de uma concepção de saúde diversa da ocidental, os conflitos éticos que emergirão terão características bastante particulares e, portanto, sua resolução dependerá de competências ainda não muito claramente definidas no escopo epistemológico da bioética clínica (Art. 39).</p> <p>A diversidade cultural representada pela grande quantidade de povos indígenas no Brasil oferece um contexto muito interessante para se refletir sobre a construção de uma bioética clínica capaz de atuar nas relações interétnicas promovidas por políticas públicas (Art. 39).</p>
<p>Vulnerabilidade da população indígena e necessidade de políticas específicas</p>	<p>[...] apesar dos problemas enfrentados atualmente pelas crianças e jovens indígenas o Estado tem se mostrado ausente ou ineficiente em muitas situações. Há um descompasso entre as políticas públicas e as demandas indígenas. Faltam políticas públicas e sobram demandas (Art. 37).</p> <p>A fim de consolidar uma política de saúde indígena baseada em bioética, poderia ser o caminho para garantir um atendimento diferenciado, bem como melhorar as condições de vida e de saúde dessa população (Art. 38).</p> <p>A perda das formas tradicionais de vida provocadas pela destruição ambiental e ocupação da terra indígena e a exclusão social e discriminação étnica resultantes do processo colonizador são responsáveis pelo fato de as populações indígenas em todo o mundo estarem em condições de maior vulnerabilidade aos agravos na saúde (Art. 39).</p>
<p>Necessidade de políticas de proteção à criança e ao adolescente indígena</p>	<p>A ausência de políticas para a proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes (indígenas) foi destacada, Foram constatados casos de consumo de drogas lícitas e ilícitas principalmente entre adolescentes, violências diversas praticadas contra as crianças e ainda exploração sexual infantil e prostituição infantil [...] (Art. 37).</p>

<p>Necessidade de políticas de proteção à criança e ao adolescente indígena</p>	<p>[...] para instrumentalizar as leis e convenções de proteção integral e prioritária às crianças e adolescentes nos múltiplos contextos e perspectivas indígenas, faz-se imperativo - em primeiro lugar - compreender esses contextos e perspectivas. Essa compreensão somente pode ser obtida por meio do diálogo e de uma ética discursiva intergeracional (Art. 37).</p>
<p>Vulnerabilidade do gênero feminino e seus impactos na saúde</p>	<p>[...] as mulheres tornam-se vulneráveis à medida que perpetuam as marcas cegas desse papel feminino, que são, na verdade, partes irrefletidas de sua identidade social de gênero. Essa circunstância permite associar o processo histórico que condiciona a opressão feminina ao conceito de vulnerabilidade, inerente a tal condição (Art. 40).</p> <p>Mulheres não são vulneráveis apenas porque são pobres ou excluídas socialmente. São vulneráveis exatamente porque, em nosso contexto social de dominação-subordinação, lhes é vedado o poder que a dúvida proporciona (Art. 40).</p> <p>Assim como as mulheres precisam atuar como protagonistas para modificar essa situação, cabe aos formuladores de políticas públicas e de seus representantes nominados, os serviços públicos e os profissionais de saúde, oferecerem elas aquilo que de fato tem importância: a possibilidade de desiludir-se (Art. 40).</p> <p>Dar visibilidade a essa questão, discutindo sua desigualdade inerente é uma forma de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e saúde das mulheres, propiciando sua libertação, empoderamento e emancipação frente às moralidades iníquas e a ética sexista que as sustentam (Art. 41).</p> <p>No Brasil, a responsabilidade pelo trabalho doméstico ainda é – cultural e socialmente – atribuída, quase que exclusivamente, às mulheres, que devem desempenhar essas tarefas apenas porque são mulheres (Art. 41).</p> <p>Pesquisas sobre as condições de saúde das mulheres realizadas em diversos países, inclusive no Brasil, demonstram que o trabalho doméstico cobra um alto preço em suas vidas, condicionando um cotidiano marcado pela dor, opressão e adoecimento (Art. 41).</p> <p>A ausência de reconhecimento da exploração do trabalho feminino com base na construção do papel de gênero, das atividades tradicionalmente atribuídas às mulheres em decorrência da interpretação do que seria a sua natureza, não diminui a magnitude do trabalho não remunerado exercido por elas (Art. 41).</p> <p>A desigualdade na divisão do trabalho doméstico entre os sexos contribui para a manutenção da assimetria nas relações entre eles.</p> <p>Instituída pela força bruta, essa forma injusta de definir os papéis sociais (o trabalho e as responsabilidades e ele</p>

<p>Vulnerabilidade do gênero feminino e seus impactos na saúde</p>	<p>inerentes) atualmente é mantida também pela força do condicionamento cultural (Art. 41).</p> <p>A questão do aborto, da mesma forma que gravidez e contracepção, envolve aspectos de vulnerabilidade de gênero, que dizem respeito à forma como as decisões são negociadas (Art. 42).</p> <p>A negra apresenta taxas maiores de morte por causas externas, complicações da gravidez e do parto, transtornos mentais e causas mal definidas do que a branca (Art. 43).</p> <p>a desigualdade social, a assimetria de gênero, a falta de acesso aos bens, como educação, saúde e informação, ainda são fatores de grande vulnerabilidade para esta população (mulheres) (Art. 45).</p> <p>a lassidão com que a mídia vem tratando a situação de vulnerabilidade das mulheres brasileiras torna-se intrigante pelo papel que esta desempenha sobre a população (Art. 45).</p>
<p>Impactos do abortamento inseguro na saúde da mulher e defesa da descriminalização do aborto</p>	<p>Estimativas globais apontam que 20% a 50% das mulheres submetidas ao aborto clandestino acabam hospitalizadas em virtude de consequências como hemorragia, infecção, envenenamento, infecções no trato reprodutivo podendo, inclusive, tornarem-se estéreis (Art. 42).</p> <p>O aborto inseguro é um grave problema de saúde pública que afeta diferentemente as mulheres, está associado com classe social e poder econômico e, como tal, deve ser tratado (Art. 42).</p> <p>[...] há que se considerar os custos indiretos relacionados à mortalidade e morbidade da mulher, envolvendo a perda de produtividade, infertilidade, consequências sociopsicológicas e desagregação familiar, com graves consequências para o restante da prole (Art. 42).</p> <p>[...] tornam evidente a relação entre a desigualdade socioeconômica, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde e o maior estado de vulnerabilidade das mulheres ante uma gravidez não desejada (Art. 43).</p> <p>O maior número de mortes por complicação pós-aborto está presente nos países onde o procedimento é ilegal, ou seja, praticado sem as mínimas condições de segurança para a mulher (Art. 43).</p> <p>A legalização do aborto promove redução no percentual de complicações, principalmente por viabilizar a realização mais precoce do procedimento, além de permitir que seja realizado no sistema de saúde, sob padrões técnicos específicos (Art. 43).</p> <p>[...] a criminalização do aborto contribui efetivamente para a falta de distribuição igual e justa das possibilidades do controle reprodutivo entre as mulheres das diversas camadas sociais e de diferentes etnias, contrapondo-se ao</p>

<p>Impactos do abortamento inseguro na saúde da mulher e defesa da descriminalização do aborto</p>	<p>princípio bioético de justiça, bem como à equidade (Art. 43).</p> <p>O médico pode alegar objeção de consciência diante de uma situação concreta de pedido de aborto por uma mulher, desde que não o faça por desconfiança quanto ao estupro, por exemplo, mas estritamente por razões de sua moral privada, como é o caso das crenças religiosas (Art. 44).</p> <p>O direito à objeção de consciência não é absoluto, e sua solicitação deve resultar da acomodação entre direitos e valores razoáveis para uma sociedade justa, com danos mínimos para a mulher que busca atendimento médico (Art. 44).</p>
<p>Vulnerabilidade biológica masculina e necessidade de políticas específicas</p>	<p>[...] as diferenças de gênero no risco de doerem variam de acordo com o estilo de vida (fumo, álcool, estresse, trabalho), fatores genéticos ou hormonais, como também com a biologia a maior vulnerabilidade masculina, mesmo na fase intra-uterina) (Art. 46).</p> <p>Evidenciou-se, a partir dos dados de morbimortalidade, que há um desfavorecimento significativo em termos de saúde em relação aos homens (Art. 46).</p> <p>Há um maior número de homens internados em situação grave, como também à procura de serviços de emergência. Estes dados apontam para a necessidade de se atender melhor a parcela masculina da população (Art. 46).</p>
<p>Subjetividade masculina e necessidade de programas específicos</p>	<p>Poucos estudos apontam para a forma como é estruturada a subjetividade masculina e sua possível relação com a morbi-mortalidade (Art. 46).</p> <p>[...] são abordados os fatores socioculturais, referentes à construção da subjetividade masculina, que se pressupõe contribuir para a desvantagem em termos de morbi-mortalidade do homem comparativamente às mulheres (Art. 46).</p> <p>Os estudos de gênero apontam que é mais difícil “construir” um homem do que uma mulher pelas vicissitudes por que passa o gênero masculino para a construção de sua identidade e subjetividade, desde a concepção até a vida adulta viril. Os perigos começam desde a constituição biológica, perpassando a existência física, psicológica e sociocultural masculina (Art. 46).</p>
<p>Vulnerabilidade específica de transexuais e travestis e dificuldades de acesso</p>	<p>É necessário reconhecer que transexuais e travestis vivenciam situações de extrema vulnerabilidade social [...] (Art. 47).</p> <p>[...] os agravos decorrentes das precárias soluções encontradas para lidar com o sofrimento relativo ao estranhamento em relação a seus corpos biológicos ou de nascimento dizem respeito, fundamentalmente, à omissão ou restrição da ajuda médica atualmente possível em termos biotecnocientíficos (Art. 47).</p> <p>[...] o preconceito de profissionais sobre as práticas</p>

<p>Vulnerabilidade específica de transexuais e travestis e dificuldades de acesso</p>	<p>sexuais e sociais de GLBT acarreta na desqualificação da atenção dispensada a essa população, [...] as consequências dos processos discriminatórios alcançam, portanto, o próprio sistema de saúde (Art. 48).</p> <p>[...] por mais evidente que seja atualmente a existência de processos discriminatórios e de violência contra GLBT, pode-se supor que a amplitude de seu alcance e sua repercussão é ainda subestimada (Art. 48).</p>
<p>Defesa da regulamentação do processo transexualizador e seus limites em garantir acesso.</p>	<p>A regulamentação do Processo Transexualizador [...] permite afirmar que se trata de uma normatização que visa a resgatar os princípios da universalidade do acesso e integralidade na atenção, mas especificamente em relação às dimensões físicas e psicossociais implicadas no processo de transformação fenotípico e social característico à transexualidade, prioritariamente no contexto da atenção especializada (Art. 47).</p> <p>Essa ressalva é importante por permitir explicitar que, por mais que a normatização desse processo (processo transexualizador) tenha sido um ganho desse segmento populacional, não responde à questão da precariedade do acesso ao sistema de saúde quando se considera que a porta de entrada do mesmo deve ser prioritariamente a atenção básica (Art. 47).</p> <p>[...] a autonomia da pessoa transexual tem valor instrumental e é funcional à necessidade de se realizarem as intervenções médicas para adequação psíquica e social dos portadores da anomalia sexual definida na norma (Art. 49).</p>
<p>Recusa à naturalização e à medicalização da sexualidade</p>	<p>O direito à saúde integral para essa população (LGBT) requer o redimensionamento dos direitos sexuais e reprodutivos, demandando a desnaturalização da sexualidade e de suas formas de manifestação, bem como a recusa à medicalização da sexualidade, que tende a normatizar as expressões da sexualidade humana segundo a lógica heteronormativa e da linearidade na determinação do sexo sobre o gênero (Art. 48).</p> <p>Se por um lado a psiquiatrização da transexualidade instrumentaliza o acesso aos serviços de saúde, por outro engendra novos sofrimentos por meio do estigma associado ao diagnóstico psiquiátrico (Art. 47).</p>
<p>Crítica ao modelo de assistência aos deficientes físicos enquanto desrespeito aos seus direitos</p>	<p>[...] as pessoas com deficiência possuem necessidades que são abordadas por um aparato jurídico que garante vários direitos as mesmas, nas várias facetas da vida, entretanto esses direitos ainda não são plenamente respeitados (Art. 50).</p> <p>[...] o modo como vem sendo desenvolvida a assistência aos sujeitos com lesão medular pós-reabilitado demonstra que os princípios doutrinários do SUS não estão sendo, amplamente, atendidos de forma que os profissionais de saúde convivem cotidianamente com dilemas éticos, visto</p>

<p>Crítica ao modelo de assistência aos deficientes físicos enquanto desrespeito aos seus direitos</p>	<p>que eles não conseguem, como gostariam, oferecer serviços de saúde de qualidade a esses usuários (Art. 52).</p>
<p>Oposição a algumas correntes de bioética na perspectiva da deficiência física</p>	<p>O movimento das pessoas com deficiência tem manifestado sua indignação com o pensamento bioético de que, em certos casos, a vida de pessoas com deficiência não deve ser mantida (Art. 51).</p> <p>As respostas dos defensores de direitos estão mais alinhadas à perspectiva de proteção de grupos vulneráveis e minorias; ao passo que as respostas dos gestores apontam para uma alocação de recursos embasada na perspectiva utilitarista, que se aproxima do que preconizam muitos bioeticistas (Art. 51).</p>
<p>A incapacidade física como produto social e crítica à medicalização da deficiência</p>	<p>[...] identifica-se uma mudança paradigmática em que a visão preconceituosa e excludente em relação aos “deficientes” cede à percepção das competências e da participação social destas pessoas (Art. 53).</p> <p>A experiência da deficiência não resulta de lesões, mas do ambiente social adverso à singularidade. Em outras palavras, comumente tida como propriedade natural do ser, a incapacidade é um produto social (Art. 53).</p> <p>O Brasil possui legislação e políticas específicas voltadas à população com deficiência. No entanto, a caracterização da deficiência na legislação brasileira é baseada no modelo médico de deficiência, pois se relaciona a um diagnóstico definido por profissionais de saúde (Art. 51).</p>
<p>Vulnerabilidade dos portadores de doença mental e necessidade de políticas específicas</p>	<p>Caminhar para novos paradigmas partindo de uma lógica que vai da exclusão para a inclusão não é uma tarefa fácil. Contudo, o simples fechamento das instituições totalitárias por si só não tem garantido a oferta de outros dispositivos de cuidado à saúde mental cujo patamar esteja condizente com a ética do cuidar com dignidade (Art. 55).</p> <p>Há necessidade de uma proteção desigual aos susceptíveis, neste caso, o deficiente mental, por ele ser destituído de algumas de suas habilidades adaptativas (Art. 54).</p>
<p>Vulnerabilidade do idoso e necessidade e políticas específicas</p> <p>Vulnerabilidade do idoso e necessidade e políticas específicas</p>	<p>[...] o aumento da expectativa de vida tem permitido que um maior número de pessoas esteja sujeita ao adoecimento [...], o que implica muitas vezes em um processo de morrer mais prolongado e mais correlacionável à assistência médica especializada, internação hospitalar de longa duração e emprego de aparato tecnológico de alto custo para manutenção da vida. Esse conjunto de fatores delimita, destarte, uma inquestionável interface do fim da vida com a saúde pública (Art. 56).</p> <p>Sendo o atendimento domiciliar um modelo de prestação de serviços estruturado no contexto das políticas de saúde, destinado a uma população com especificidades bem definidas [...] pode-se acreditar que este campo constitui, de modo enfático, um âmbito privilegiado de políticas de proteção, que devem ser pensadas e realizadas,</p>

	<p>contemplando os grupos de maior “vulnerabilidade” (Art. 57).</p> <p>Este binômio, representado pelo aumento proporcional de idosos e uma maior prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis, [...], configura um desafio tanto às políticas de saúde, como à bioética em saúde pública. Modelos assistenciais adequados e com alta resolubilidade tornam-se cada vez mais necessários e, ao mesmo tempo, fora do alcance da maioria da população necessitada (Art. 58).</p> <p>Se considerarmos que o grupo populacional idoso é, em geral, um dos mais fragilizados de nossa sociedade, ele pode ser considerado, por isso, alvo legítimo de políticas públicas específicas que tenham em devida conta esta “susceptibilidade” sendo merecedor de amparo, garantindo proteção aos seus direitos básicos de acesso à saúde por parte dos profissionais (Art. 60).</p>
<p>Respeito à autonomia na assistência ao idoso</p>	<p>A relação entre o cuidador e o idoso dependente é complexa e, dependendo do perfil psicológico de ambos, poderá ser muito difícil, principalmente em relação à autonomia do idoso que, apesar de estar dependente e frágil, muitas vezes tem expectativas de exercitá-la tão plenamente quanto em seu passado (Art. 57).</p> <p>Alguns indivíduos ou populações de idosos podem não mais gozar da competência cognitiva para o exercício da autonomia, necessitando, portanto, de proteção, e buscando as condições para que saiam dessa situação e atuem como agentes participantes; diminuindo as restrições de uma liberdade reduzida, devido às privações, a falta de empoderamento e os padecimentos provocados pelo aumento de sua vulnerabilidade (ou vulneração) (Art. 59).</p> <p>A vulneração dos idosos incapazes de tomar autonomamente uma decisão correta que garanta a melhor qualidade de vida no tempo que lhes resta, poderia, em princípio, ser amenizada com o compromisso da equipe em fornecer todas as informações necessárias ao esclarecimento da família, lançando mão da ajuda de outros profissionais, como psicólogos e até mesmo bioeticistas (Art. 60).</p>
<p>Conflitos na assistência domiciliar</p>	<p>Os cuidados administrados no domicílio suscitam importantes questões bioéticas, visto que dizem respeito a ações que podem ter efeitos irreversíveis indesejáveis sobre os destinatários dos atos do atendimento domiciliar (Art. 57).</p>
<p>Defesa do acesso a cuidados paliativos</p> <p>Defesa do acesso a cuidados paliativos</p>	<p>Um dos pontos nevrálgicos no acompanhamento dos pacientes com doenças avançadas e em fase terminal consiste na ruptura da continuidade de acompanhamento e tratamento destes pacientes, a partir do momento em que não pode mais ser ofertado tratamento curativo; em especial, nas regiões de difícil acesso a centros de excelência (Art. 58).</p> <p>[...] é fundamental que os cuidados no fim da vida sejam</p>

	<p>pensados e estruturados dentro de um modelo que priorize, tanto do ponto de vista moral, como operacional, o não-abandono e a proteção aos pacientes acometidos por doenças avançadas e terminais (Art. 58).</p>
<p>Vulnerabilidade em saúde bucal e a necessidade de políticas específicas</p>	<p>Em uma triangulação entre saúde bucal, sociedade/economia política e a experiência de dor (dor de dente como dor da vida), o que parece posto é que a extração é uma estratégia produtora de uma nova condição de vulneração: a de não ter dentes, como consequência de plano de tratamento (Art. 64).</p> <p>Os bons resultados observados com relação à cárie dentária, para parte da população significa que o Estado efetivamente tem protegido, por meio de políticas públicas, aqueles que se encontram acima de um limiar mínimo de condições de vida (Art. 64).</p> <p>O Estado tem o papel de provedor e regulador dos serviços de saúde. Sendo assim, as ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica e da média e alta complexidade são deveres a serem cumpridos (Art. 65).</p> <p>No contexto de saúde bucal, as políticas públicas de saúde devem garantir, aos sujeitos vulnerados, o acesso à assistência odontológica integral (Art. 65).</p> <p>A responsabilidade pela implementação de políticas de saúde encontra-se com os gestores públicos que devem tomar as ações necessárias para atender às necessidades de saúde da população e protegê-los de vulnerabilidades e ameaças genuínas para a sua saúde, apesar das dificuldades que isso implica (Art. 66).</p> <p>Em geral, as disparidades existentes no quadro epidemiológico da saúde bucal refletem as diferenças de desenvolvimento socioeconômico entre as regiões. Desigualdades afetam a saúde bucal da mesma maneira que eles afetam uma ampla gama de problemas de saúde (Art. 66).</p>
<p>Pesquisa genética como contribuição aos direitos humanos</p>	<p>A nova genética caracteriza-se por uma tensão entre políticas de prevenção para doenças e promoção de direitos fundamentais, ou seja, ao mesmo tempo em que visa diminuir a incidência de doenças na população, compromete-se com princípios éticos tais como a autonomia reprodutiva e o pluralismo moral (Art.61).</p> <p>[...] os resultados destas pesquisas no campo da anemia e do traço falciformes permitirão um maior compromisso dessas ações com os princípios éticos dos direitos humanos (Art. 61).</p>
<p>Impactos negativos para a saúde coletiva de uma genômica reducionista e os riscos de uma nova eugenia</p>	<p>A eugenia, isto é, a seleção de características biológicas com base em valores morais, é um ingrediente ativo da nova genética, a tal ponto que suas implicações vêm sendo largamente discutidas pela bioética, [...] (Art. 61).</p> <p>A perspectiva de variada disponibilização de inovações provenientes do campo genômico parece demandar a</p>

<p>Impactos negativos para a saúde coletiva de uma genômica reducionista e os riscos de uma nova eugenia</p>	<p>criação de anteparos bioéticos preventivos, para que as sociedades se protejam dos potenciais efeitos desordenadores veiculados por tais objetos técnicos (Art. 69).</p> <p>Com o avanço das técnicas da biologia molecular, em geral, e das manipulações genéticas, em particular, o campo dos conhecimentos em saúde coletiva passou a ter de lidar com o surgimento de uma possível abordagem genômica reducionista, para além das influências do meio ambiente (Art. 69).</p>
<p>Injustiça na relação social doador-receptor</p>	<p>Indivíduos pertencentes a grupos da população com padrão de vida abaixo do mínimo social digno frequentemente não têm acesso ao sistema de transplante, participando somente como provedor de órgão e não como receptor (Art. 67).</p> <p>As tecnologias médicas avançadas seriam oferecidas não somente em função das necessidades médicas dos pacientes – que podem eventualmente ter os meios para satisfazê-las – mas também em função dos recursos de que eles dispõem para adquiri-los – parcial ou totalmente – e garantir, conseqüentemente, a atenção (Art. 67).</p>
<p>Crítica ao primado da tecnologia e seu uso acrítico</p>	<p>A incorporação tecnológica no campo da saúde vem sendo feita muitas vezes de forma acrítica, sem avaliar corretamente sua eficácia (pode funcionar?), sua efetividade (funciona de fato?) e eficiência (vale a pena utilizá-la?, bem como sem ponderar seus efeitos sobre os gastos públicos com os serviços de saúde (Art. 68).</p> <p>O processo de inovação tecnológica na genética traz problemas de ordens diversas: por um lado, pesquisas em consórcio, patenteamento de genes e produtos da genômica [...] (Art. 70)</p> <p>Esses problemas colocam desafios em termos de uma possível desigualdade no acesso aos benefícios das pesquisas. Por outro lado, temos a questão da informação genética e da proteção de dados individuais sobre riscos e suscetibilidades a doenças e atributos humanos (Art. 70).</p> <p>No campo ético, uma reação aos paraefeitos da inusitada incorporação tecnológica biomédica foi o aparecimento da bioética, como um novo paradigma de reflexão e discussão dos limites éticos e jurídicos da manipulação do corpo, das distorções decorrentes do primado da tecnologia ou mesmo do acesso restrito aos benefícios do uso da moderna tecnociência (Art. 73).</p>
<p>A DUBDH como documento orientador da cooperação internacional em saúde</p>	<p>A interpretação desse texto (Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos) é irrefutável quanto à responsabilidade dos Estados na cooperação internacional voltada para o compartilhamento solidário do desenvolvimento técnico e científico e seus benefícios em termos de riqueza e bem estar (Art. 71).</p> <p>[...] a Declaração aprovada por 191 países que participaram da Cúpula do Milênio das Nações Unidas em setembro de 2000 na cidade de Nova Iorque, ao expressar</p>

	<p>os compromissos de todos os estados membros em defesa da vida humana, também respalda a perspectiva bioética como um importante modulador da cooperação internacional em saúde (Art. 71).</p>
<p>A bioética como conteúdo fundamental para a formação em saúde</p>	<p>O conhecimento dos fundamentos teóricos e práticos da bioética é, assim, fundamental para a formação do profissional de saúde, pois favorece a compreensão da realidade numa perspectiva consciente, crítica e interdisciplinar (Art. 72).</p> <p>(A bioética) Corresponde a um referencial que possibilita a reflexão, que é um favorecedor da construção de uma visão crítica do mundo, em atenção aos problemas sociais, culturais e econômicos que a realidade de cada população [...] (Art. 72).</p> <p>[...] contribuindo para a formação humanística [...] e estimulando o compromisso social de intervir para melhorar a qualidade de vida das pessoas, especialmente na esfera de sua atuação profissional (Art. 72).</p> <p>O ensino da bioética deve assegurar a propagação da capacidade de análise ética e, conseqüentemente, de habilidade de tomar decisões éticas e de estímulo ao desenvolvimento sócio moral dos estudantes (Art. 76).</p> <p>Pensar a bioética ligada à constituição da identidade do profissional da saúde. Mais do que ferramentas que habilitam para um agir qualificado, ela pode também fornecer as condições para que um trabalhador se pense qualificado para tal ação (Art. 77).</p> <p>Sua formação (do Agente Comunitário de Saúde) requer o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e humanísticas, a serem expressas na capacidade de agir com reflexão crítica e de respeitar os valores, culturas e individualidades (Art. 78).</p>
<p>Confusão conceitual entre deontologia e bioética nas práticas de ensino</p>	<p>A importância dada à Disciplina, tanto entre docentes como discentes, é grande, no entanto, o conhecimento sobre o CEM (código de ética médica) pode ser considerado baixo, demonstrando a necessidade de construção de modelos de ensino em Ética Médica e Bioética, que promovam reflexão entre os futuros profissionais da área médica (Art. 75).</p> <p>Em investigação realizada com os médicos infratores do Código de Ética Médica, observou-se que vários deles desconheciam os aspectos éticos de sua profissão. Esse fato aponta para a necessidade da inserção da ética e da bioética durante o período de formação acadêmica, o que poderia contribuir para alterar o panorama atual (Art. 76).</p>
<p>Insuficiência da formação dos profissionais de saúde para lidar com os conflitos éticos das práticas</p>	<p>Uma das questões fundamentais a considerar é como educar os educadores, para que correspondam às necessidades e demandas sociais da área da saúde, trazendo para o debate o saber/fazer docente e o saber/fazer profissional (Art. 73).</p>

<p>Insuficiência da formação dos profissionais de saúde para lidar com os conflitos éticos das práticas</p>	<p>No campo da formação do profissional de saúde ainda se verifica a formação dissociada da realidade, com ênfase na especialização e práticas desintegradas de atenção (Art. 74).</p> <p>Em um contexto de crescente tecnologização do cuidado, é urgente o resgate de uma visão antropológica holística, que cuide da dor e sofrimento humanos nas suas várias dimensões (Art. 75).</p> <p>A prática da enfermagem na equipe de saúde da família tem de ser marcada pela humanização, cuidado, exercício da cidadania, respeito à dignidade e liberdade humanas e ser alicerçada na compreensão de que as condições de vida definem o processo saúde-doença-cuidado das famílias, demandando dos enfermeiros empenho para sua transformação no sentido da promoção da saúde e construção da autonomia (Art. 80).</p> <p>Problemas éticos na prática odontológica ocorrem rotineiramente e podem envolver aspectos referentes ao paciente, à organização dos serviços de saúde, ao relacionamento com os colegas e com a sociedade como um todo (Art. 81).</p> <p>Os conflitos éticos referidos pelos dentistas entrevistados são, em sua maioria, situações nas quais há divergência de pensamentos e atitudes em relação aos colegas de profissão (Art. 81).</p> <p>É fundamental aprimorar a formação profissional, para capacitar profissionais aptos a responder às necessidades dos pacientes, bem como orientá-los a atuar em equipe - o que se revela tática adequada a responder ao aumento da demanda, provendo a integralidade do acesso (Art. 82).</p>
<p>Educação ambiental como resultado da formação em bioética</p>	<p>Sinaliza a temática da educação ambiental como um elo associado aos problemas sociais, políticos, econômicos, de saúde (humana, ecotoxicológicos e biodiversidade), éticos e culturais; vindo, nesta perspectiva, a contribuir para a reflexão e proposição de novos paradigmas que possibilitem a melhoria da qualidade de vida no planeta (Art. 83).</p> <p>a Educação Ambiental foi definida como “uma dimensão dada ao conteúdo e à prática da educação, orientada para a resolução dos problemas concretos do meio ambiente, por meio de enfoques multidisciplinares e de uma participação ativa e responsável de cada indivíduo e da coletividade” (Art. 83).</p> <p>É importante refletirmos que no fundamento da Educação Ambiental estamos refletindo sobre a questão vida e morte, que são contingências físicas e fazem parte de todos os seres vivos enquanto seres vulneráveis (Art. 83).</p> <p>A preocupação com as questões ambientais, mesmo que crescente, ainda é muito incipiente no Brasil e aquém do desejável (Art. 84).</p> <p>Como era importante para Potter manter na bioética as</p>

Educação ambiental como resultado da formação em bioética	características fundamentais - ampla abrangência, pluralismo, interdisciplinaridade, abertura e incorporação crítica de novos conhecimentos - em todas as suas propostas e definições (Art. 85).
--	--

Apêndice C - Fundamentação teórica da Bioética nos artigos

<p>Bioética principialista – Beuchamp e Childress</p>	<p>[...] a influência da Bioética Principialista foi percebida em diversos artigos, demonstrando possuir grande impacto no pensamento bioético brasileiro ainda hoje (Art. 09).</p> <p>A incorporação de avanços técnicos e científicos no campo das ciências da vida e da saúde, a transição epidemiológica que afeta todas as sociedades tanto desenvolvidas como em desenvolvimento e também a emergência de uma demanda qualificada de serviços de saúde, vem paulatinamente acarretando novas questões éticas também para o campo da saúde pública (Art. 11).</p> <p>Saúde pública e biomedicina clínica apresentam cada uma sua própria especificidade teórica, prática e normativa, apesar de compartilharem a mesma categoria genérica "saúde" e terem em comum uma série de preocupações relativas ao bem-estar a partir do ponto de vista das enfermidades, seu tratamento e sua eventual cura (Art. 11).</p> <p>A redução da moralidade em saúde pública no âmbito da ética biomédica clínica é criticável porque: descuida a especificidade dos problemas que enfrenta a saúde pública, preocupada tanto com a prevenção de morbidades nas populações humanas como com a promoção em saúde e a qualidade do ambiente biológico, psicológico, social e cultural; Reduz a complexidade das relações entre biomedicina clínica e saúde pública, que implica nem tudo o que é relevante no âmbito bioética clínico o é também do ponto de vista da ética em saúde pública (Art. 11).</p> <p>Questões éticas na saúde pública não se deixam enquadrar devidamente no pensamento bioética atual inspirado no modelo principialista, além disso, a avaliação ética de políticas sanitárias, sobre tudo de caráter preventivo, podem levar a uma espécie de "tirania sanitária" e um "fanatismo preventivista", por isso é preciso uma ética específica para a saúde pública (Art. 11).</p> <p>Fazendo um movimento de continuidade, ou seja, partindo dos quatro princípios e de sua adequação à realidade brasileira, introduziremos a análise de outro princípio, aquele que, em parte, será responsável pela instrumentalização do direito à saúde: a equidade (Art. 17).</p> <p>A bioética principialista teve grande destaque na década de 70 e até hoje é adotada, porém tem sido criticada por aplicar os princípios de modo essencialmente objetivo e racional (Art. 30).</p> <p>A bioética principialista apresenta limitações frente aos problemas morais em saúde pública (Art. 30).</p> <p>Convencionou-se chamar de principialismo a tendência bioética de solucionar os casos pela aplicação dos princípios - que recebeu críticas pela pouca atenção ao contexto social e às circunstâncias concretas do caso</p>
--	---

<p>Bioética principialista – Beuchamp e Childress</p>	<p>particular. Devido à diferença entre a lógica da clínica hospitalar e a lógica da clínica ampliada da atenção primária não se pode pensar os problemas éticos dessa última no paradigma da primeira, pois ambos se caracterizam por uma especificidade própria (Art. 32).</p> <p>[...] o eixo de formação ético-humanístico agora recomendado pelo Ministério da Educação como uma das diretrizes para a transformação curricular dos cursos de saúde está longe de implantação ampla no território nacional, ressaltando-se que ainda predomina nas disciplinas de bioética o ensino do modelo principialista estadunidense – muitas vezes apontado na literatura como incapaz de dar respostas a conflitos interculturais (Art. 39).</p> <p>Usando os fundamentos da ética principialista, a criminalização do aborto contraria os quatro princípios <i>prima facie</i> que delinham esses parâmetros [...] (Art. 43).</p> <p>A bioética principialista de Beauchamp e Childress entende a ética biomédica como uma ética aplicada, isto é, consiste na aplicação dos princípios éticos gerais aos problemas da prática médico-assistencial. Dentre os quatro princípios, da autonomia, beneficência, maleficência e justiça (Art. 46).</p> <p>[...] uma das teorias bioéticas mais difundidas e utilizadas para deliberação de conflitos que surgem na prática biomédica é a teoria dos quatro princípios ou principialismo - respeito à autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. [...]. A teoria admite que, para que uma ação seja autônoma, deve-se exigir apenas “um grau substancial de entendimento e de liberdade de alguma coerção, e não um entendimento pleno ou uma completa ausência de influência” (Art. 49).</p> <p>O principialismo possui caráter de intervenção individual na pesquisa, visto que em seu contexto histórico a formulação das diretrizes e instituição do termo de consentimento livre e esclarecido são de aplicação para cada sujeito (Art. 50).</p> <p>Admite-se que em certos momentos os princípios se confrontam, resultando em antagonismos e retardo ao desenvolvimento científico, pois na tradição liberal estadunidense a autonomia é tida como um princípio <i>prima facie</i> e se posiciona em concorrência com os demais (Art. 50).</p> <p>O principialismo possui identidade estadunidense e européia o que dificulta sua implementação em países subdesenvolvidos e em fase de desenvolvimento como o Brasil. A realidade dos países periféricos difere dos desenvolvidos em vários quesitos, principalmente, na vertente socioeconômica, sendo que o enfoque nestas nações mais pobres é direcionado para resolução dos problemas sociais, abrangência da assistência à saúde e resultados de pesquisas que possam ser aplicados à população de maneira que o maior contingente de usuários sejam beneficiados (Art. 50).</p> <p>De acordo com o principialismo, o respeito à autonomia</p>
--	---

<p>Bioética principialista – Beuchamp e Childress</p>	<p>implica reconhecer a capacidade de autogoverno da pessoa (compreensão, raciocínio, deliberação e escolha independentes) (Art. 53).</p> <p>A vertente principialista de Beauchamp e Childress propunha, especificamente, um modelo baseado nos quatro princípios <i>prima facie</i> de não maleficência, beneficência, autonomia e justiça (Art. 60).</p> <p>[...] o modelo principialista, embora relevante para analisar os conflitos que ocorrem na prática clínica, não é, ainda, suficiente para o debate sobre a tomada de decisão do tratamento apropriado de idosos no CTI, pois, apesar de bastante focado na inter-relação médico-paciente e na autonomia do paciente, não dá conta de situações relacionadas à coletividade e ao impacto do envelhecimento populacional nos recursos para a saúde brasileira (Art. 60).</p> <p>[..] o principialismo é insuficiente para enfrentar as carências e a flagrante injustiça social nos países em desenvolvimento, vale dizer, nas situações de empoderamento escasso; devendo, portanto, ser substituído por uma bioética da proteção, capaz de dar conta da realidade das sociedades latino-americanas, nas quais seus cidadãos sofrem discriminações, assimetrias e desigualdades gritantes (Art. 62).</p> <p>[...] se o tratamento for efetivo para o paciente, não oferecê-lo pode provocar dano prematuro e infringir os princípios da beneficência/não maleficência; mas, se não for efetivo, mantê-lo implica em gastar recursos finitos que poderiam ser mais efetivos em outros procedimentos, infringindo o princípio da justiça distributiva (Art. 69).</p>
<p>Bioética de proteção – Schramm e Kottow</p>	<p>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” (Art. 04).</p> <p>[...] novos marcos internacionais de proteção humana, bem como voltados para melhor organização societária, devem começar a ser construídos pela comunidade de nações com o apoio da bioética e seus especialistas e representantes (Art. 05).</p> <p>O princípio da proteção está no fundamento do Estado mínimo, que reconhece sua obrigação de zelar para integridade física e patrimonial de seus cidadãos a partir do século XVIII, sendo onde também está o fundamento moral do Estado de bem-estar contemporâneo. Como se sabe, a saúde pública nasce no século XVIII com o propósito de dar proteção sanitária à força laboral. Sendo assim, o princípio básico de proteção subjaz, há pelo menos três séculos, nas ações de saúde pública, tanto políticas como sanitárias, o que é surpreendente que a bioética não tenha incorporado explicitamente esse</p>

<p>Bioética de proteção – Schramm e Kottow</p>	<p>princípio em sua agenda (Art. 11).</p> <p>Entendemos por proteção a atitude de dar resguardo e cobertura às necessidades essenciais, de decidir sobre qual delas devem ser satisfeitas para que o afetado possa atender a outras necessidades e outros interesses (Art. 11).</p> <p>Para poder falar do princípio de proteção e o distinguir de outros princípios, convém atribuí-lo as seguintes características: livre, no sentido de não existir um compromisso a priori de assumir atitudes protetoras; vinculação, no sentido de que uma vez livremente assumida se converte em compromisso irrenunciável; cobrir as necessidades entendidas desde o afetado (Art. 11).</p> <p>Vale o alerta de Schramm que lembra que mais do que a proteção aos vulnerados, a culpabilização da vítima decorre de razões econômicas e financeiras e de ideologias liberais, levando a que o cuidar da saúde se desloque do direito a ser garantido pelo Estado para o dever individual (Art. 13).</p> <p>A corrente bioética latino-americana denominada “Bioética da Proteção”, a nosso entender, é condizente com o direcionamento preferencial “nos indivíduos e populações de afetados, vulnerados e excluídos do processo de globalização em curso” (Art. 19).</p> <p>[...] (a bioética de proteção) se ocupa com as questões relativas ao fortalecimento das ações que visam a proteção da qualidade de vida e da saúde humana (Art. 22).</p> <p>Para a Bioética da Proteção, tanto a promoção da saúde como a prevenção de enfermidades são vistas como estratégias fundamentais da saúde pública, a qual é entendida como conjunto de disciplinas e práticas que têm por objeto a proteção da saúde das populações humana (Art. 22).</p> <p>Nas situações de epidemias, por exemplo, a rígida restrição das liberdades individuais pode ser legítima, valendo o “princípio da proteção do ‘corpo social’ contra as ameaças de indivíduos e grupos que possam prejudicá-lo” (Art. 23).</p> <p>Na América Latina, Schramm e Kottow apresentam uma proposta consistente de bioética da Saúde Pública como ética de proteção, entendida como “atitude de dar resguardo ou cobertura às necessidades essenciais, aquelas que devem ser satisfeitas para que o afetado possa atender a outras necessidades e interesses”. Trata-se de proteger os direitos humanossociais e econômicos de cunho prestativo que não têm como foco tanto o indivíduo, mas o coletivo. Por isso, para eles, a bioética da Saúde Pública precisa ser entendida e explicitada como bioética de proteção (Art. 26).</p> <p>A bioética da proteção toma como referência o objetivo</p>
---	---

Bioética de proteção – Schramm e Kottow

básico na Saúde Pública no contexto brasileiro, em que a saúde é um dever do Estado e um direito de todo cidadão. [...] A ação protetora do Estado deve garantir o direito social do acesso aos serviços de saúde, com qualidade e respeito aos direitos humanos fundamentais (Art. 31).

A proteção social aos grupos vulneráveis seria de responsabilidade de organizações não governamentais, cabendo a intervenção estatal quando os problemas sociais assumissem grandes proporções. Tais intervenções seriam realizadas com foco nos pobres, com o objetivo de reintroduzi-los na sociedade (Art. 34)

A proteção social aos grupos vulneráveis seria de responsabilidade de organizações não governamentais, cabendo a intervenção estatal quando os problemas sociais assumissem grandes proporções (Art. 35).

Para o princípio da justiça, centrado na ética da proteção, os mais necessitados precisam de ações sociais prioritárias a seu favor. Significa dizer que aqueles que têm menos recursos deverão receber mais proteção do Estado (Art. 52).

[...] a bioética de proteção, gerada na América Latina e pensada para a realidade dos países da região, defende o Estado como protetor dos mais vulneráveis. Basicamente, trata-se de uma ética da assimetria, na qual há dois pólos diferentes: um fraco, que necessita de apoio, incapaz de enfrentar a vida sem ajuda, e outro com poder e energia suficientes para repartir e assumir a responsabilidade de cuidar do fraco (Art. 53).

[...] sabemos que este (atendimento domiciliar) é um campo fértil para ações compassivas e acreditamos que a bioética da proteção tem aqui importante contribuição, ajudando na construção de programas de que de fato protejam esses pacientes, norteados esses programas para a construção de modelos onde as condutas dos profissionais envolvidos, em especial a dos médicos, sejam não somente corretas do ponto de vista técnico (imprescindíveis), mas também amorosas e empáticas (Art. 57).

Integrada às ferramentas da Bioética como um de seus princípios norteadores das políticas públicas em saúde, a proteção é conceituada por Schramm e Kottow como “a atitude de dar resguardo ou cobertura a necessidades essenciais, (...) aquelas que devem ser satisfeitas para que a pessoa afetada possa atender a outras necessidades ou outros interesses” (Art. 59).

[...] a bioética de proteção visa a condição humana em suas formas concretas de efetiva vulneração, podendo ser aplicada tanto às situações conflituosas das relações interpessoais entre médico e paciente como aos conflitos em saúde pública, como podem ser aqueles que surgem entre formuladores de políticas públicas de saúde, os gestores de tais políticas e os usuários do sistema, que devem ser considerados, aqui, os destinatários legítimos

<p>Bioética de proteção – Schramm e Kottow</p>	<p>da proteção, como pode ser o caso dos idosos discriminados pela idade (Art. 60).</p> <p>Na tentativa de dar conta das controvérsias morais no âmbito da saúde pública que se referem a populações de suscetíveis ou vulnerados – isto é, ameaçados (os suscetíveis) ou afetados (os vulnerados) em sua saúde – Schramm e Kottow propõem a utilização do Princípio da Proteção. Consideram-no mais adequado que o tradicional modelo principialista, desenvolvido por Beauchamp e Childress (Art. 62).</p> <p>Na década de 1990, pesquisadores latino-americanos fundaram um campo da ética aplicada para a saúde pública, conhecido como bioética da proteção, com o propósito, entre outros, de enfrentar a questão da injustiça social e de seus efeitos na saúde de povos da América do Sul e Caribe, concomitante ao investimento de desconstrução de atitudes paternalistas estatais (Art. 64).</p> <p>O princípio da proteção não pertence que o agente protetor - aqui, o Estado - assumindo suas obrigações éticas e responsabilidade social, atue sem o consentimento da população (Art. 65).</p> <p>Uma bioética de proteção é especialmente importante num contexto de escassez de recursos em que muitas pessoas não usufruem das condições sociais mínimas para satisfazer suas necessidades básicas, como nos países latino- americanos e, em nosso caso, no Brasil (Art. 67).</p> <p>As necessidades em que a bioética de proteção está prioritariamente interessada são precisamente aquelas que dizem respeito às condições sociais necessárias – tanto lógica quanto praticamente – para que sujeitos que sejam objeto de preocupação moral possam ter uma vida digna (Art. 67).</p>
<p>Bioética de intervenção – Garrafa e Porto</p>	<p>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 (Art. 04).</p> <p>[...] 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 sociedade, tal como apontam as bases da sociologia (Art. 04).</p> <p>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</p>

<p>Bioética de intervenção – Garrafa e Porto</p>	<p>em atingir essa moralidade (Art. 04).</p> <p>A Bioética da Intervenção [...] também adota uma linha de orientação utilitarista ao preconizar que “no campo público e coletivo: a priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo e que resultem nas melhores consequências, mesmo que em prejuízo de certas situações individuais, com exceções pontuais a serem discutidas” (Art. 19).</p> <p>[...] a corrente bioética brasileira, denominada “Bioética da Intervenção”, defende que a bioética em países periféricos tenha como orientação a diminuição das iniquidades existentes, protegendo os mais necessitados (Art. 19).</p> <p>[...] busca-se construir argumentos que permitam mudanças e transformações na perspectiva da bioética de intervenção, que tem como princípio o utilitarismo, ou seja, uma ação deve ser benéfica para um maior número de pessoas (Art. 27).</p> <p>A Bioética de Intervenção é uma ferramenta em construção, que busca a politização social e empoderamento dos indivíduos e participantes dos conselhos de saúde. Considera-se que uma ação é ética quando maximiza o prazer, o bem, a vantagem ou a felicidade dos indivíduos (Art. 27).</p> <p>Em relação à bioética de intervenção foi considerada a importância do pensamento sistêmico e de análise da complexidade dos fenômenos na área da saúde, bem como a necessidade do estabelecimento de referenciais éticos – equidade, proteção e justiça – para a análise das informações coletadas na elaboração de políticas e programas que priorizem as pessoas mais necessitadas e vulneráveis, visando promover maior equilíbrio na saúde, diante das desiguais condições de vida das mesmas (Art. 36).</p> <p>Ao mesmo tempo em que emerge o debate acerca de novas tecnologias em saúde, autores latino-americanos 23 desenvolveram uma corrente crítica – denominada bioética de intervenção – voltada, sobretudo, a analisar a saúde nos países de média e baixa renda, apontando para a necessidade de se ampliar ainda mais o olhar, tanto para as questões emergentes, em função dos novos conhecimentos científicos, quanto para as questões persistentes [...] (Art. 36).</p> <p>[...] a bioética de intervenção amplia a questão da justiça para um enfoque global, introduzindo na discussão as diferenças econômicas e sociais entre países “centrais” e “periféricos”. Ela está alicerçada no conceito de equidade,[...] (Art. 53).</p> <p>A discussão sobre a inclusão social na epistemologia da bioética é uma senda a ser explorada e aprofundada para analisar as dimensões bioéticas da cooperação</p>
---	--

<p>Bioética de intervenção – Garrafa e Porto</p>	<p>internacional em saúde, principalmente quando se trata de países marcados por acentuado grau de exclusão e pobreza. Nessa linha de interpretação se inclui a abordagem da Bioética de Intervenção para países periféricos no contexto de “poder e injustiça” [...] (Art. 71).</p>
<p>Bioética cotidiana – Berlinguer</p>	<p>Para Berlinguer, o fundamento ético do princípio da justiça é o de permitir e ajudar cada um dos seres humanos a ser verdadeiramente autônomo e, por meio de suas decisões livres, melhorar a si mesmo e multiplicar a riqueza moral e material da sociedade. Segundo o autor, a questão da alocação de recursos passa por três perguntas: a quem destiná-los? Quem decide? Quais recursos e para quais ações? (Art. 16).</p> <p>Seguindo a linha de tolerância e prudência apontada por Berlinguer: "...a reflexão ética obriga-nos a escolher. Obriga-nos a procurar, entre as várias soluções possíveis, quais são aquelas que correspondem não só a critérios de eficiência e de eficácia, ao equilíbrio entre custos e benefícios, mas sobretudo a exigências de prioridade, equidade, moralidade..." (Art. 17).</p> <p>[...] (a bioética cotidiana) busca refletir sobre as situações da vida cotidiana que envolvem milhões de pessoas e que são permanentemente ocultadas, omitidas ou negligenciadas (Art. 22).</p> <p>A bioética cotidiana, segundo Berlinguer, surge da necessidade de resgatar a atenção para os comportamentos e ideias de cada pessoa. Busca compreender, contextualizar e discutir as implicações da subjetividade humana no cotidiano dos serviços de saúde (Art. 31).</p>
<p>Bioética feminista e antirracista</p>	<p>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” (Art. 04).</p> <p>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 (Art. 04).</p> <p>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 campo (Art. 04).</p>

<p>Bioética feminista e antirracista</p>	<p>a questão do direito ao aborto seguro tem sido negligenciada pela bioética de abordagem feminista, uma vez que a legalização foi conquistada na maioria dos países do norte e, com o avanço das pesquisas genéticas, uma série de outros problemas bastante complexos passou a fazer parte da agenda (Art. 42).</p> <p>[...] a legalização do aborto, se não desapareceu, passou a ocupar um espaço muito reduzido na agenda feminista internacional. Isto reforça a tese de que um importante desafio para a bioética como um todo é trazer para a cena a voz dos excluídos (Art. 42).</p> <p>Muitos ativistas dos direitos das pessoas com deficiência e feministas referem-se ao aborto seletivo como a "nova eugenia" (Art. 51).</p>
<p>Bioética da Teologia da Libertação</p>	<p>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 macrosocial (Art. 04).</p> <p>[...] 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 (Art. 04).</p>
<p>Biopoder e biopolítica – Foucault</p>	<p>Mas o que parece estar se instaurando atualmente é um dispositivo biopolítico de controle que extrapola o nível razoável de proteção dos legítimos interesses da coletividade, agindo sobre comportamentos e condutas humanas que, de fato, dizem respeito ao nível privado, sem que haja qualquer justificativa razoável para subsumir este àquele (Art. 23).</p> <p>Foucault, em meados dos anos 70, referiu-se a uma nova técnica de poder chamada biopoder, não mais dirigida apenas ao corpo individual por meio da tecnologia disciplinar, mas também do conjunto de viventes chamado de população (Art. 23).</p> <p>Enquanto nos séculos XVII e XVIII havia um poder que deveria se exercer da maneira menos onerosa possível fazendo do corpo o alvo de técnicas que tentavam aumentar-lhe a força útil, na segunda metade do século XVIII surge um novo olhar que se concretiza numa biopolítica, com novos objetos: a população como um todo e o homem vivo considerado como espécie (Art. 23).</p> <p>A biopolítica é, portanto, uma prática dos governos que se destina a garantir e incentivar a saúde coletiva pelo controle da natalidade, fecundidade e mortalidade; o</p>

<p>Biopoder e biopolítica – Foucault</p>	<p>controle das enfermidades endêmicas e epidêmicas, e o controle dos eventos e fenômenos que incidem sobre a segurança e o funcionamento das sociedades (Art. 23).</p> <p>o que parece estar se instaurando atualmente é um dispositivo biopolítico de controle que extrapola o nível razoável de proteção dos legítimos interesses da coletividade, agindo sobre comportamentos e condutas humanas que, de fato, dizem respeito ao nível privado, sem que haja qualquer justificativa razoável para subsumir este àquele (Art. 23).</p> <p>[...] é fundamental estar atento ao crescente biopoder das empresas biotecnológicas que incentivam biopolíticas que identificam o direito à saúde simplesmente como direito a consumir produtos que simbolicamente vendem saúde (Art. 26).</p> <p>O exercício do direito à saúde está sempre mais determinado pelas estruturas do biopoder. Este conceito foi desenvolvido por Foucault (Art. 26).</p> <p>Para Foucault a organização do biopoder foi necessária para o desenvolvimento do capitalismo, porque era preciso, por um lado, inserir os corpos disciplinados dos trabalhadores no aparelho da produção e, por outro, regular e ajustar o fenômeno da população aos processos econômicos (Art. 26).</p> <p>[...] a biopolítica reduz o ser humano a um corpo biológico sem as características históricas, culturais e sem seus direitos [...], isto é, a vida nua, o homo sacer (Art. 43).</p>
<p>Ética da responsabilidade - Hans Jonas</p>	<p>À primeira vista, pareceria que a ética da responsabilidade de Jonas (1979) poderia dar conta de problemas morais em saúde pública, visto que o autor coloca na base de sua ética o dever de responsabilidade com a totalidade do ser, o que chamamos de responsabilidade ôntica, preservando os processos de aniquilação. Isso significa atuar de tal forma que os atos não sejam destrutivos para as futuras possibilidades de uma vida digna sobre a terra; o novo imperativo moral se refere por onde mais uma política pública que ao comportamento privado. Ao menos três considerações tornam impraticáveis essa proposta (Art. 11).</p> <p>Ao necessitar de dados confiáveis para avaliar ações sanitárias, a responsabilidade pode funcionar como um princípio moral legítimo, posto que não contamos com dados quantitativos e valores fidedignos aos quais pode-se aplicar uma análise moral (Art. 11).</p> <p>Hans Jonas foi um dos autores que mais se dedicou neste século às questões relacionadas com a ética da responsabilidade. Segundo sua linha de idéias, no que se refere ao campo da ciência, por exemplo, a liberdade de criação e de utilização de novos conhecimentos deve guardar relação com a responsabilidade _ individual e pública _ na aplicação das descobertas e em suas consequências (Art. 17).</p>

<p>Ética da responsabilidade - Hans Jonas</p>	<p>[...] necessidade de uma ética da responsabilidade pública (Jonas, 2006), em que o Estado responsável garanta aos cidadãos a liberdade que lhes é fundamental para se constituírem como sujeitos ativos e para participarem das decisões políticas, ao mesmo tempo em que garanta a justiça social, não podendo assim se confundir com um Estado paternalista (Art. 23).</p> <p>O modelo da responsabilidade, formulado por Hans Jonas, que considera a natureza um bem da solidariedade, que considera o princípio de solidariedade como principal ingrediente para se poder pensar em um medicina ao mesmo tempo equitativa e sustentável (Art. 30).</p> <p>[...] a responsabilidade está diretamente relacionada à liberdade, isto é, quanto mais liberdade a pessoa tem, maior será a sua responsabilidade para consigo, com os outros seres sencientes e com o meio ambiente. (Art. 43).</p>
<p>Teoria da Justiça – John Rawls</p>	<p>Nas últimas décadas do século XX popularizou-se o pensamento exposto por John Rawls, da justiça enquanto equidade. [...] A equidade seria uma desigualdade aplicada a uma "boa causa", tendo como função reparadora em minimizar os efeitos da loteria social, priorizando as necessidades dos mais desfavorecidos. (Art. 21).</p> <p>Rawls ao falar em justiça, concebe o artifício do véu da ignorância: somente ignorando sua própria posição e a dos demais na sociedade, e suas respectivas perspectivas, é que o sujeito pode dar sua adesão aos princípios da justiça, que doravante vai reduzir a dois: o princípio da igual liberdade e o princípio da diferença, que garante que, na ocorrência da desigualdade, esta se reverta em benefício dos menos favorecidos. A teoria da justiça como equidade transmite a idéia de que os princípios da justiça são acordados numa situação inicial que é equitativa (Art. 46).</p>
<p>Teoria das ordens – Comte-Sponville</p>	<p>[...] controle social como poder central responsável pela manutenção da ordem vigente, apareceu nas teorias clássicas da Sociologia, principalmente em Durkheim e Comte (Art. 24).</p> <p>O estudo da Teoria das Ordens de Comte-Sponville pode auxiliar na compreensão da ordem moral no papel desempenhado pelos conselhos de saúde, bem como permite avaliar os desafios que se colocam para a manutenção e para a eficácia dessa estrutura na concretização das políticas de saúde no Brasil (Art. 24).</p>
<p>Teoria das capacidades – Amartya Sen e Martha Nussbaum</p>	<p>Sen considera que o caminho na busca pela justiça passa pelo reconhecimento e respeito das capacidades (capabilities) dos indivíduos (capacidades estas muito diferentes entre si) o que incluiria a sua liberdade efetiva em realizar ou não determinada escolha. [...] “a igualdade se complexifica no repertório teórico de Sen, abrindo a possibilidade de respeito às escolhas pessoais autênticas – não “turvadas” pelas desigualdades impingidas pelas assimetrias da realidade social”. Compreende-se então que são as capacidades dos indivíduos que deveriam ser igualadas para que todos pudessem usufruir da mesma</p>

<p>Teoria das capacidades – Amartya Sen e Martha Nussbaum</p>	<p>autonomia na tomada de decisão e se expressar de forma igual (Art. 16).</p> <p>Entendendo a justiça do ponto de vista de Sen, torna-se um grande desafio fazer com que a atual proposta do Sistema Único de Saúde do Brasil resulte em assistência justa a todos os cidadãos. Como assegurar tratamento igual a tantos indivíduos com inserções sociais e capacidades (usando a terminologia de Sen) tão desiguais? (Art. 16).</p> <p>Considerando tanto a saúde como o exercício das liberdades, condições igualmente necessárias para se garantir a qualidade de vida, pode-se dizer que a bioética se ocupa com a proteção num duplo sentido, pois pretende garantir o acesso a um padrão de assistência em saúde razoável para todos e que seja congruente com o desenvolvimento das capacidades humanas, entendido como expansão das liberdades pessoais (Art. 23).</p> <p>Na opinião de seus autores (Sen e Nussbaum), pode ser utilizada (a teoria das capacidades) para prover uma base moral para princípios constitucionais que os governos de todas as nações deveriam implementar, buscando promover uma vida digna para todos os cidadãos e respeitando as especificidades de cada um, podendo, portanto, ser também pertinente e legítima para tentar fundamentar políticas sanitárias em princípio capazes de coadunar o interesse coletivo e os interesses individuais (Art. 67).</p> <p>Em outros termos, a referência ao imperativo “personalista” kantiano, endossado pela autora, permite encarar a difícil, e aparentemente insolúvel, questão de tornar compatíveis – pelo menos no plano teórico – os princípios da igualdade e da equidade, ou seja, do respeito, simultâneo, da igualdade de todas as pessoas e de cada pessoa (Art. 67).</p>
<p>Teoria da complexidade – Edgar Morin</p>	<p>A transdisciplinaridade insere-se no contexto maior do paradigma da complexidade, resposta à crise do paradigma cartesiano das ideias claras e distintas (Art. 06).</p> <p>O pensamento da complexidade propõe-se a obviar tais deficiências do cartesianismo e se caracteriza pelos desafios: não eliminar o acaso, a desordem e a incerteza da compreensão da realidade, [...]; superar a abstração universalista da ciência moderna que elimina a singularidade, a localidade e a historicidade, [...]; atentar para a complexidade da realidade, pois os fenômenos biológicos e sociais apresentam número incalculável de interações e interretroações, numa fabulosa mistura impossível de ser calculada pelo mais potente computador (Art. 06).</p>
<p>Teoria da reprodução social da saúde – Samaja</p>	<p>[...] as ciências da saúde têm por objeto “os encontros e as transações entre diversos espaços de valorações e regulações dos problemas que a reprodução social apresenta em todas as esferas da sociabilidade humana: biossocial, sociocultural, econômico-societal e a ecológica-</p>

	política” (Art. 06).
Modelo libertário ou autonomista – Engelhardt	Tem como proposta básica a defesa dos direitos do indivíduo sobre seu corpo, orientando-se pela tradição filosófica do liberalismo norte-americano (Art. 30).
Direitos humanos	<p>“seu berço (da bioética) é, inegavelmente, a área dos Direitos Humanos” (Art. 04).</p> <p>[...]a investigação da interface entre Bioética e Direitos Humanos contribui para a solidificação de ambos os saberes, bem como para estudos cujo objeto atravessa a Bioética e os Direitos Humanos (Art. 25).</p> <p>[...] quando se trata de lançar mão das normas e princípios de Direitos Humanos no âmbito da avaliação ética em Saúde Pública, busca-se, por um lado, reforçar a proteção da pessoa humana e sua dignidade inerente e, por outro lado, reafirmar a responsabilidade jurídica e moral dos Estados de prover as condições de vida digna (Art. 25).</p> <p>A relevância de se conjugar o referencial dos Direitos Humanos com a Bioética precisa ser observável quando se trata de dilemas morais em Saúde Pública. (Art 25)</p> <p>A Saúde Pública vincula-se diretamente com o direito humano à saúde, e, logo, encontra-se imbricada com seus dois desdobramentos: o direito a assistência sanitária — no que concerne aos serviços de saúde — e os Direitos Humanos relacionados aos determinantes em saúde. (Art 25)</p> <p>Saúde integral é: definida como um direito humano que resguarda o pleno exercício dos outros direitos humanos. É entendida como um desenvolvimento das capacidades humanas essenciais (Art 27)</p> <p>O direito é o elemento principal da ordem da cidadania [...] um dos principais indicadores de qualidade no planejamento e na gestão dos serviços de saúde deve ser o respeito aos direitos dos cidadãos, enquanto usuários desse serviço (Art 30).</p> <p>A justiça social é aqui compreendida na perspectiva da equidade, ou seja, pressupõe que a universalidade dos direitos humanos e sociais só pode ser assegurada mediante o reconhecimento e consideração das diferenças entre grupos sociais que se encontram em situação não apenas de distinção, mas também de desigualdade (Art. 47).</p> <p>O direito a não discriminação, bem como o direito à dignidade, são direitos humanos fundamentais, sendo sua violação determinante para a exclusão ou comprometimento do acesso a outros direitos, dentre os quais o direito à saúde (Art. 48).</p> <p>A saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, é, no entanto, um ideal, sendo a realidade brasileira atravessada por iniquidades que devem ser combatidas</p>

	<p>com ações que proponham reverter quadros de exclusão e da violação de direitos humanos fundamentais, na perspectiva da promoção da equidade para distintos grupos sociais (Art. 48).</p>
<p>Direitos humanos</p>	<p>“seu berço (da bioética) é, inegavelmente, a área dos Direitos Humanos” (Art. 04).</p> <p>[...]a investigação da interface entre Bioética e Direitos Humanos contribui para a solidificação de ambos os saberes, bem como para estudos cujo objeto atravessa a Bioética e os Direitos Humanos (Art. 25).</p> <p>[...] quando se trata de lançar mão das normas e princípios de Direitos Humanos no âmbito da avaliação ética em Saúde Pública, busca-se, por um lado, reforçar a proteção da pessoa humana e sua dignidade inerente e, por outro lado, reafirmar a responsabilidade jurídica e moral dos Estados de prover as condições de vida digna (Art. 25).</p> <p>A relevância de se conjugar o referencial dos Direitos Humanos com a Bioética precisa ser observável quando se trata de dilemas morais em Saúde Pública. (Art 25)</p> <p>A Saúde Pública vincula-se diretamente com o direito humano à saúde, e, logo, encontra-se imbricada com seus dois desdobramentos: o direito a assistência sanitária — no que concerne aos serviços de saúde — e os Direitos Humanos relacionados aos determinantes em saúde. (Art 25)</p> <p>Saúde integral é: definida como um direito humano que resguarda o pleno exercício dos outros direitos humanos. É entendida como um desenvolvimento das capacidades humanas essenciais (Art 27)</p> <p>O direito é o elemento principal da ordem da cidadania [...] um dos principais indicadores de qualidade no planejamento e na gestão dos serviços de saúde deve ser o respeito aos direitos dos cidadãos, enquanto usuários desse serviço (Art 30).</p> <p>A justiça social é aqui compreendida na perspectiva da equidade, ou seja, pressupõe que a universalidade dos direitos humanos e sociais só pode ser assegurada mediante o reconhecimento e consideração das diferenças entre grupos sociais que se encontram em situação não apenas de distinção, mas também de desigualdade (Art. 47).</p> <p>O direito a não discriminação, bem como o direito à dignidade, são direitos humanos fundamentais, sendo sua violação determinante para a exclusão ou comprometimento do acesso a outros direitos, dentre os quais o direito à saúde (Art. 48).</p> <p>A saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, é, no entanto, um ideal, sendo a realidade brasileira atravessada por iniquidades que devem ser combatidas com ações que proponham reverter quadros de exclusão e</p>

Direitos humanos	da violação de direitos humanos fundamentais, na perspectiva da promoção da equidade para distintos grupos sociais (Art. 48).
-------------------------	---