



AdSAÚDE - Série Temática 4

A Dimensão da Ética em Saúde Pública

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

Universidade de São Paulo

Reitor: Prof. Dr. Flávio Fava de Moraes

Vice-Reitora: Prof^ª Dr^ª Myrian Krasilchik

Faculdade de Saúde Pública

Diretor: Prof. Dr. Arnaldo Augusto Franco de Siqueira

Vice-Diretor: Prof. Dr. Aristides Almeida Rocha

Comissão de Biblioteca e Documentação

Presidente: Prof. Dr. Pedro Manoel Leal Germano

**Rede Brasileira de Informação Bibliográfica na Área de
Administração de Serviços de Saúde - Rede AdSAÚDE**

Centro Coordenador:

Serviço de Biblioteca e Documentação (SBD/FSPUSP)

Diretora: Prof^ª Dr^ª Teresinha Dias de Andrade

Organizadora da Série: Benedita Silveira Campos Sadi

Patrocínio: *Fundação W. K. Kellogg*

DIMENSÃO DA ÉTICA EM SAÚDE PÚBLICA

Volnei Garrafa

Diretor da Sociedade Brasileira de Bioética e
Professor Titular da Faculdade de Ciências
da Saúde da Universidade de Brasília

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

São Paulo
1995

AdSAÚDE : SÉRIE TEMÁTICA

1. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos, por Jairnilson Silva Paim
2. Educação em administração de saúde na América Latina: a busca de um paradigma, por Marcos Kisil
3. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização, por André Cezar Medici
4. Dimensão da ética em saúde pública, por Volnei Garrafa

FICHA CATALOGRÁFICA

Garrafa, Volnei

Dimensão da ética em saúde pública. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1995.

72 p.

1. Bioética. 2. Ética. 3. Saúde Pública. I. Título

Copyright: © 1995 Faculdade de Saúde Pública/USP
Todos os direitos reservados

Proibida a reprodução total ou parcial por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias, microfilmagem, gravação, ou por qualquer armazenamento ou recuperação da informação, sem a permissão do editor.

Tiragem: 1.200 exemplares

Distribuição: SERVIÇO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO/FSP/USP
Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715 - 01246-904 - São Paulo - SP
Telefone: (011) 851 5233 - Ramais: 2211/2245
Tel. e Fax: (011) 280 9163
E. mail: adsaude@org.usp.br

AGRADECIMENTOS

* Para Stella Christina Silveira Cruz - a companheira que, com carinho, ajudou-me pacientemente na revisão do texto.

* Para Fermin Roland Schramm - o amigo que, com total disponibilidade, revisou o capítulo 3 e proporcionou-me valiosas sugestões.

* Para Rejane Xavier - que contribuiu com muita amabilidade na revisão do capítulo 2.

APRESENTAÇÃO

Conheci Volnei Garrafa há cinco anos em Roma. Ele tinha vindo à Itália estimulado pela inquietude científica, por compromisso social e pela vontade de explorar novos campos de pesquisa, qualidade que sempre caracterizaram sua intensa atividade. Seu projeto de pesquisa de pós-doutorado objetivava estudar comigo o processo da reforma sanitária, no qual me encontrava envolvido há muito tempo. Exatamente naquele período eu estava mudando de caminho e direcionando meus estudos mais para a bioética do que para a saúde pública. Propus, então, seguirmos conjuntamente nessa estrada, alegrando-me muito que ele tenha prontamente aceito a idéia com entusiasmo. Trabalhamos juntos durante dois anos, produzindo artigos e comunicações principalmente sobre a relação entre ética, propriedade e mercado do corpo humano, e aprofundando a crítica ao direcionamento e às orientações que hoje prevalecem no debate bioético internacional.

De imediato, encontramos uma plena sintonia entre nossas idéias. Frequentemente me pergunto, não creio que por narcisismo biográfico, que motivações nos teriam impulsionado (e a muitas outras pessoas) na direção desse desafio. Um motivo pode ser imputado à dificuldade encontrada para a implantação dos processos de reforma sanitária na Itália e no Brasil, depois de muitas esperanças e ilusões. Desta realidade nasceu não só a exigência em avaliar e confrontar as oposições e atualizar os conceitos, mas também de aprofundar os fundamentos ético-políticos do direito a

saúde e assistência, isto é, dos valores que estão na base dos processos das reformas. Outra razão, esta mais relacionada com a bioética, é a preocupação (darei também: a indignação) de ver que prevalecem nessa disciplina orientações "nortistas", filosoficamente estimulantes, mas estranhas e até mesmo hostis à cultura e necessidades de outras partes do mundo, além de direcionamentos "micro", que ignoram os macrofenômenos da vida e da saúde.

O trabalho que produzimos em comum tendo como base estas motivações, foi desenvolvido por ambos de forma autônoma nos anos subseqüentes, no Brasil e na Itália, e encontrou um terreno de confluência no estudo da relação entre ética e saúde pública: uma encruzilhada onde as escolhas morais se encontram com as decisões políticas e os comportamentos individuais. Não é por acaso que, além da sintonia, tenha se verificado uma singular sincronia nas nossas últimas publicações: eu editei este ano na Itália um pequeno livro intitulado *Ética della Salute*, e Volnei publica agora esta *Dimensão da Ética na Saúde Pública*, o que me deixa especialmente feliz.

Na Introdução, Volnei escreve que seu livro não contém grandes descobertas, nem fórmulas que possam ter aplicação imediata. Eu penso que existem descobertas (grandes ou pequenas, o futuro dirá...); e que a ausência de fórmulas seja um ótimo sinal, uma prova de sabedoria e de tolerância em um mundo onde freqüentemente os usos e os costumes (palavras que em grego e latim se relacionam com a ética e a moral) são impostos com a força e com a prepotência. Entre as descobertas e redescobertas cito em primeiro lugar um fato muito estimulante enfatizado por Volnei: o interesse crescente dos jovens pela dimensão ética e humana da ciência, do direito, da política. É importante, por outro lado, a distinção entre ética e deontologia, e a crítica muito firme que ele faz à tendência, na prática profissional, em transformar os códigos de ética médica em etiqueta, em regras formais ou em normas de boas maneiras.

Acrescento, ainda, que apreciei muito a interpretação da política sanitária como meio para tornar menos desiguais as pessoas e mais equânime a sociedade. No entanto, estas observações permanecem ainda na superfície, ao passo que o mérito fundamental da obra está, muito além das afirmações individuais que contém, na sua organicidade. Este livro representa substancialmente a primeira tentativa, bem sucedida, de abordar o assunto com uma ótica que parte da experiência de um grande país do Hemisfério Sul do mundo, rico em movimentos populares e experiências culturais, e atormentado pela pobreza e pela injustiça, sem ficar aprisiona-

do às fronteiras ou limites mas, ao contrário, ligando-se às tradições filosóficas europeias e ao debate bioético internacional.

O livro tem todas as qualidades necessárias seja para ser utilizado como instrumento de ensino-aprendizagem, seja para levantar amplas discussões e para proporcionar outras elaborações. Existem diversos pontos com relação aos quais valeria a pena que nos detivéssemos um pouco, por exemplo: o tema da neutralidade da ciência; a relação entre o profissional de saúde e o paciente, que é necessariamente pessoal mas não deve ser isolada do contexto social; o confronto ou a convivência entre a idéia de sacralidade e a idéia da qualidade da vida, e de uma forma geral entre a ética laica e a ética religiosa; a concepção da "saúde como direito de todos e dever do Estado", que representa uma conquista moral e social; a diferença e a ligação entre direito à saúde e direito à assistência médica.

Na última parte, que é uma das mais estimulantes, Volnei insiste justamente, reportando-se à Hans Jonas, sobre a relação entre direitos e deveres e sobre a ética da responsabilidade científica e social. Além disso, salienta o valor prático e ético da prevenção como exigência fundamental da saúde pública (e privada, isto é, de cada indivíduo). Enfim, um livro valiosíssimo; e não creio estar sendo guiado, neste juízo, somente pela amizade, profunda embora recente, que me liga a Volnei.

GIOVANNI BERLINGUER

Professor Titular da Universidade de Roma
Diretor da *International Association of Health Policy*
Vice-presidente do Comitê Italiano de Bioética
Deputado e senador do Parlamento Italiano (1978-93)

" No final deste século dominado pela economia e pela política, está ressurgindo a ética... A temática da saúde, no entanto, nem sempre está presente nesta discussão, embora faça parte de um campo universal de experiência e reflexão cotidiana. Frequentemente lhe é negado o título de nobreza como objeto da ética, lhe é atribuído somente o valor (considerado plebeu) de 'questão social', ou lhe é imposto - quando se apela à ética para dar suporte ao fundamentalismo monetarista - unicamente o quesito de 'como alocar os escassos recursos disponíveis'.

Por isso surge a exigência - mas também a dificuldade de uma ética da saúde que não signifique somente deontologia médica atualizada ou reflexão sobre os limites extremos da vida e da morte, mas que esteja também relacionada aos princípios e à prática de todos atores e temas da saúde cotidiana... Peço apenas, acima de tudo, que a bioética não se preocupe somente com aqueles casos extremos que têm sabor de novidade para a reflexão filosófica ou com as situações colocadas na ordem do dia das restrições monetárias impostas pelos governos. Que se ocupe, portanto, também daquilo que acontece à maioria das pessoas, cada dia; e que não deveria acontecer."

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. O RETORNO DA DISCUSSÃO ÉTICA - A ÉTICA PRÁTICA..	5
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
Antecedentes: a deontologia ou ética médica	11
O surgimento da bioética	14
Bioética, pluralidade e complexidade.....	17
Moral, ética e os códigos profissionais.....	20
3. BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA	25
Ampliação do paradigma ético em saúde: bioética cotidiana e bioética de fronteira	25
A ética na produção social da saúde	28
Promoção de saúde, cidadania e direitos humanos.....	32
Prioridade no investimento em saúde, distribuição dos re- cursos e aplicação das verbas	35
4. ONTEM E HOJE.....	41
Da defesa da "honra" ao exercício do "compromisso".	41
A "ética médica" dos currículos universitários.....	44
A ética e a fragmentação da ciência - as "especialidades"	47
Limitação dos conteúdos acadêmicos aos códigos de ética profissional	50

5. PERSPECTIVAS FUTURAS	53
A ética da responsabilidade: científica e social	53
A ética da prevenção.....	57
O princípio da sacralidade da vida e o princípio da qual- dade vida.....	60
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65

INTRODUÇÃO

A **ética** andou durante muito tempo esquecida. Chegou a haver uma época, em que falar ou escrever sobre ela era algo "fora de moda", anacrônico. Repentinamente, no entanto, eis que a discussão ética ressurgiu com todo vigor, provavelmente a partir das inquietudes que os anos 60 semearam pelo mundo e da perplexidade política e social que o contexto histórico dos anos 80 nos colocou. Hoje, a ética voltou "à moda"; está no auge da atualidade. Contudo, ao lado de um considerável número de filósofos e cientistas das mais diferentes áreas do conhecimento que têm procurado contribuir com seriedade no seu aprofundamento e atualização, uma representativa quantidade de "estudiosos" (e mesmo políticos e outros "interessados") que jamais haviam demonstrado preocupação com o assunto e que faziam pouco uso dele em suas práticas cotidianas, trataram imediatamente de retirar a novidade da prateleira e adaptá-la aos seus interesses pessoais. Além de difícil, portanto, o tema requer do autor além de natural seriedade científica, uma boa dose de aplicação e, principalmente, coerência histórica pois, afinal de contas, este livro trata de **ética**. Por todas estas razões, o desafio de abordá-lo individualmente talvez chegue a beirar as margens da irresponsabilidade. Devo confessar que, frente ao honroso convite, o desafio e a vaidade acadêmica (não posso esconder...) acabaram prevalecendo diante do medo.

Talvez o prezado leitor fique um pouco decepcionado ao constatar que o livro não contém grandes descobertas ou fórmulas acabadas que possam ser aplicadas diretamente aos problemas - individuais e coletivos - que a

realidade cotidianamente lhe coloca na frente e que exigem decisões. O objetivo do trabalho, aliás, não é este. A principal preocupação que tive ao aceitar a incumbência de escrevê-lo, centrou na tarefa de pensar a ética na área da saúde coletiva partindo não só dos novos referenciais teóricos proporcionados pela bioética, como também na própria dinâmica e transformação que os parâmetros morais vêm experimentando na sociedade em que vivemos.

Partindo das razões da discussão ética haver retornado ao meio acadêmico, o texto analisa o conceito de "ética prática", procurando relacioná-lo ao vasto campo da saúde pública. Para melhor sustentação das teses que procuro defender, incluí um capítulo que trata do surgimento da bioética, do seu arcabouço teórico e das diferenças que existem entre ela e a deontologia (ética) médica tradicional. Com relação à fundamentação conceitual do trabalho, abordei ainda as questões da pluralidade e da complexidade ética, além das diferenças entre moral e ética, e os códigos profissionais. Neste sentido, o texto não se prende a questões específicas - como o aborto, a eutanásia, o transplante de órgãos e tecidos humanos, a fecundação assistida e outras - por mais importância que elas tenham no contexto contemporâneo da saúde pública.

O enfoque da **dimensão da ética na saúde pública** é feito dentro de uma concepção de totalidade concreta, na busca da ampliação do paradigma ético em saúde que, no meu entendimento, vai das usuais situações cotidianas de exclusão social verificadas principalmente nos países pobres, até as situações de fronteira do desenvolvimento científico e tecnológico, comuns nos países avançados e pontuais em algumas ilhas de prosperidade de poucos países do hemisfério sul. Tendo decidido seguir por esta estrada, tornou-se indispensável falar também sobre cidadania e direitos humanos, sobre a "promoção de saúde" e a "produção social de saúde", incluindo na discussão o tema da priorização e distribuição dos recursos financeiros e da aplicação das verbas no setor.

O capítulo 4 trata do passado e do presente com relação à ética, partindo da antiga concepção de "honra" e chegando ao conceito atual de "compromisso". O processo de ensino-aprendizagem desenvolvido nas diferentes carreiras das ciências da saúde também é discutido, tomando a deontologia ou ética médica como referência e agregando ao tema o enfoque bioético hoje indispensável à sua atualização. No mesmo capítulo, debato ainda a "fragmentação da ciência" e a relação da ética com as "especialidades" da área da saúde, além de traçar uma linha crítica no que se refere à excessiva limitação dos conteúdos acadêmicos aos códigos de ética profissional.

Com relação às perspectivas futuras para o complexo tema da ética dentro do campo da saúde - e da saúde pública especificamente - direcionei os esforços no sentido da análise do princípio da responsabilidade ética (científica e social), na ética da prevenção e no delicado confronto entre o "princípio da sacralidade da vida" e o "princípio da qualidade da vida", o qual começa a delinear-se no contexto filosófico e teológico mundial e que certamente repercutirá nas formas futuras de "nascer", de "viver" e de "morrer" dos homens na sociedade.

1 O RETORNO DA DISCUSSÃO ÉTICA PRÁTICA

A discussão ética ressurgiu com todo vigor nos últimos anos. As raízes são muitas. Uma delas reside, sem dúvida, em que na plenitude da era das comunicações e dos computadores, as informações sobre os acontecimentos passaram a ser difundidas pelo planeta com muito mais rapidez, gerando perplexidade e criando apreensões. A televisão, por exemplo, invade diariamente milhões de lares de todo mundo com imagens relacionadas à violência e corrupção. Esta massificação informativa e unidirecional, origina uma conseqüente desagregação de certos valores que de alguma forma vinham conduzindo a maioria das pessoas e grupos humanos nos seus posicionamentos morais básicos.

A sociedade mundial sentiu necessidade de reagir contra esta avalanche invasiva : "contemporaneamente a recuperação da experiência moral mostra-se como a perspectiva mais promissora para um novo modo de abordar a questão do fundamento ético."¹⁰¹ O resgate da reflexão moral e a retomada da discussão ética são alguns dos mecanismos encontrados pela sociedade na tentativa de reequilibrar determinados juízos e valores caros e/ou indispensáveis à sobrevivência e manutenção de uma certa estabilidade dos (e entre os) povos.

Uma segunda razão pode ser encontrada nos freqüentes escândalos políticos registrados em diferentes países após a II Guerra Mundial (além

das conseqüências inerentes ao próprio conflito), que foram causando exasperação e mexendo de modo crescente com a dignidade e com os brios das pessoas. Passando por **Watergate** e pelos constantes episódios envolvendo altas figuras dos parlamentos japonês e inglês, e seguindo os sinuosos caminhos dos favorecimentos ilícitos - em quase todos os níveis - verificados na antiga União Soviética e pelo exemplar desencadeamento da "Operação Mãos Limpas" na Itália, chegamos ao Brasil do **impeachment** do ex-presidente Collor de Mello e da "CPI do Orçamento".⁴⁷

Não é por acaso que os jovens brasileiros de hoje incorporaram posturas críticas muito mais rigorosas que as gerações precedentes com relação ao poder e a gestão pública. Cresce cada ano o número de estudantes de medicina, odontologia, nutrição, enfermagem e outras carreiras do setor de saúde, por exemplo, que cursam disciplinas optativas das áreas de direito, ciência política, sociologia... com conteúdos estreitamente vinculados aos campos da justiça, da ética e da moral, da paz e dos direitos humanos. É interessante registrar que essas demandas não são originárias de transformações ocorridas ao interior das universidades, mas como produto de um sentimento mais global que acontece no seio da própria sociedade e que se reflete também na juventude.

Outro motivo para explicar o súbito interesse dedicado às questões éticas pode ser imputado às conseqüências negativas da liberalidade descontrolada com relação aos direitos e obrigações, aos costumes e aos hábitos que foram se espalhando pelos cinco continentes, trazendo em decorrência situações indesejáveis como a destruição do meio ambiente, a crescente exclusão social dos cidadãos pobres, a difusão internacional das drogas, a promiscuidade sexual, a AIDS...

As três situações acima expostas originam-se de razões **reacionais**, pois nascem da **reação** moral das pessoas contra circunstâncias e contextos que não estão mais dispostas a aceitar. Trata-se, em outras palavras, de uma espécie de movimento ou resposta inorgânica ("não organizada") e natural de resgate de determinados valores morais que vinham sendo sucessivamente bombardeados. Existem outras razões, no entanto, de natureza **conseqüencial** e que surgem como fruto da necessidade de serem estabelecidos parâmetros referenciais no que diz respeito às novas descobertas decorrentes do acelerado desenvolvimento científico e tecnológico. Refiro-me às mais diversas situações cotidianas que exigem tomadas de posição, relacionadas com as inseminações artificiais, aos transplantes de órgãos e tecidos, ao patenteamento de seres vivos, às pesquisas com seres humanos e de outras circunstâncias e fatos que têm referência

com os limites ou fronteiras da vida e da morte das pessoas. Entre outras, o estudo dessas situações passou a fazer parte de uma área de estudos criada no início dos anos 70 e que foi chamada de bioética.

Diferentemente do que muitos pensam, a **BIOÉTICA** não surgiu como uma nova disciplina acadêmica que tenha sido especialmente criada para dar respostas às dúvidas e dilemas gerados a partir dos novos rumos percorridos pela ciência ou pelas novas técnicas que passaram a ser utilizadas nas diversas especialidades do setor biomédico. Não surgiu, tampouco, como uma tentativa de dinamização da deontologia médica, que tinha seu conteúdo ancorado há décadas em currículos de estudo que se tornaram obsoletos e em códigos éticos profissionais que foram sendo paulatinamente ultrapassados.

Neste particular, quando a bioética começou a difundir-se, expressiva parte dos seguidores da ortodoxia deontológica foram tomados de surpresa, pois estavam acostumados a receitar velhas fórmulas acabadas a respeito de condutas éticas a serem obedecidas em certas situações específicas da relação dos profissionais de saúde com seus pacientes. Entre outros aspectos - e este evoluiu independente da bioética - o reconhecimento da autonomia e da emancipação do paciente constituiu uma vitória sobre o poder da classe médica profissionalmente exercido ao longo da história.²⁴ A abordagem ética, portanto - como teoria e como prática (neste último caso através da chamada "ética aplicada") - passou a receber novos posicionamentos históricos determinados pelos fatos de uma realidade concreta e, através da bioética, renovou-se, atualizou-se. Uma discussão mais pormenorizada sobre o assunto será desenvolvida no próximo capítulo.

Não há dúvida, portanto, que a discussão ética retomou o lugar de importância que vinha gradativamente perdendo no espaço médico das últimas décadas. A confirmação prática dessa afirmação é a multiplicação de comitês éticos (continentais, nacionais, regionais e hospitalares) nos últimos anos, a organização de novas disciplinas específicas nas universidades, a fundação de entidades específicas da área, a criação de revistas científicas especializadas, o interesse repentino dos governos e das mais diferentes instituições públicas e privadas, religiosas ou leigas, com relação ao tema.⁵⁰ Da mesma forma, praticamente como uma necessidade vital decorrente do próprio desenvolvimento da humanidade, a saúde pública (coletiva) foi se firmando cada vez mais neste século. Em determinados momentos chegou a ser atropelada pelo grande número de especialidades surgidas ao interior da área médico-biológica e relegada a

posição secundária nos contextos curriculares. Mas, com o passar do tempo foi se reafirmando, tornando-se cada vez mais indispensável para os países que realmente tenham interesse em proporcionar níveis sanitários justos, adequados e decentes, de forma equânime aos seus cidadãos.

A ênfase que estou tentando dar à retomada do debate ético, não quer dizer que as discussões e o interesse pelo assunto estavam "mortos". Pelo contrário, diversos autores isoladamente e em diferentes momentos, dedicaram-se ao seu estudo: Sartre e o existencialismo colocaram de forma aguda os dilemas morais propostos pelo conflito entre os valores políticos e os pessoais; Max Weber também estudou a relação entre a "ética protestante e o espírito do capitalismo", no campo acadêmico; isso sem falar de que muito do que o marxismo colocava sob a rubrica de "política" ou "ideologia", hoje seria enquadrado dentro do que se denomina de questões ou compromissos éticos (justiça social, igualdade, libertação da alienação, entre outros).

No que se refere à saúde pública, especificamente, apesar de toda evolução conceitual, acadêmica e prática, além da sua inquestionável importância político-social, não avançou suficientemente nas discussões sobre sua verdadeira **dimensão ética**. Não pretendo dizer com isso que não tenham acontecido ou sido publicadas reflexões éticas adequadas ou pertinentes nestes últimos anos com relação à saúde pública. Pelo contrário, é significativo o número de intervenções sanitárias estabelecidas a partir de determinadas bases ético-morais que proporcionaram sustentação à ações que foram sendo implementadas. Quero crer, portanto, que diversas iniciativas práticas no campo da saúde pública produziram um representativo número de experiências que, por sua vez, foram construindo uma espécie de "roteiro ético" nem sempre documentado (ou até mesmo que tenha sido objeto de uma reflexão voluntária mais detalhada) mas que, pelo seu uso e aplicabilidade, foi pavimentando no dia-a-dia o caminho básico que hoje está sendo percorrido. Alguns aspectos, no entanto, precisam ser melhor dimensionados e aprofundados. Esse, aliás, é um dos objetivos do presente estudo.

A palavra **dimensão**, que consta do título deste livro, é de origem latina e dá a idéia de tamanho, em extensão ou em área. Sem querer superdimensioná-la neste texto, creio ser oportuna uma breve discussão sobre o sentido da mesma. Seu significado matemático, por exemplo, exprime o número de variáveis necessárias à descrição analítica de um conjunto; em geometria analítica quer dizer "num espaço, o número mínimo de coordenadas necessárias à determinação unívoca de seus pontos."³⁷ Todos estes

conceitos, portanto, envolvem uma variável numérica, quantitativa. Uma vez que estamos tratando neste trabalho da "dimensão da ética", a idéia que pode passar inicialmente ao leitor é de que a ética pode ser medida e que nosso objetivo é determinar seu espaço dentro da saúde pública. Como a bioética é acima de tudo ética prática ou aplicada, a dificuldade conceitual pode ficar ainda maior. Por isso é indispensável procurar esclarecer um pouco este ponto.

Singer¹⁰² entende a ética prática como "a aplicação da ética à abordagem de questões práticas, como o tratamento dispensado às minorias étnicas, a igualdade para as mulheres, o uso de animais em pesquisas e para a fabricação de alimentos, a preservação do meio ambiente, o aborto, a eutanásia e a obrigação que têm os ricos de ajudar os pobres". Na sua concepção de ética, o autor citado critica o relativismo e defende o papel da razão e do argumento, reforçando que a base que dá solidez à ética prática é exatamente o raciocínio ético. Nesta linha de idéias, argumenta (ainda que provisoriamente, segundo suas próprias palavras) em favor do utilitarismo, diferenciando-o, no entanto, do **utilitarismo** clássico que significa a escolha das "melhores conseqüências" dentro de um quadro comparativo em que todas as alternativas são examinadas. O sentido de utilitarismo, para Singer, significa algo que simplesmente aumenta o prazer e diminui o sofrimento com relação a alguma coisa, fato ou atitude, constituindo apenas uma posição mínima, uma base inicial à qual se chega ao universalizar a tomada de decisões.

Mesmo levando-se em consideração os avanços internacionais com relação a uma melhor compreensão de alguns conceitos fundamentais relacionados com a ética, como aqueles dos "direitos humanos", "cidadania", "liberdade", "autonomia" e outros - que geraram avanços de certa forma "mensuráveis" no que diz respeito à qualidade de vida de pessoas e povos em todo mundo - cair na tentação de estabelecer o que seja "dimensão da ética na saúde pública" no sentido quantitativo, seria um equívoco. **A dimensão da ética na saúde pública é qualitativa.**

A bioética, assim, não possui receituário nem pode ser quantificada: tendo como base a ética prática (aplicada), ela abre discussões, analisa casos, confronta idéias, argumenta com base na razão. **A dimensão da ética em saúde pública**, por sua vez (no sentido bioético exposto), *é entendida como a resultante moral do conjunto de decisões e medidas políticas e sanitárias - individuais e coletivas - que proporcionam aumento da cidadania e diminuição da exclusão social.*

2

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ANTECEDENTES: A DEONTOLOGIA OU ÉTICA MÉDICA

Até o final dos anos 50 deste século, a medicina não havia avançado muito no que diz respeito à relação dos profissionais da área com seus pacientes. Desde os tempos do médico grego Hipócrates de Cos, a base desse relacionamento estava assentada em critérios que diferenciavam o bem do mal e o certo do errado, de uma forma simplista e direta. O dever do médico era fazer o bem, ao passo que a obrigação do doente era acatar passivamente as decisões e prescrições. Durante muito tempo esses princípios permaneceram lineares e unilaterais, com o médico ordenando e o paciente obedecendo. Qualquer dúvida que por acaso o paciente viesse a levantar, era considerada subjetiva frente ao benefício ou verdade objetiva a ele proporcionada por quem dominava com exclusividade técnica e legal os conhecimentos sobre as doenças.

Para que essa condição houvesse permanecido por tanto tempo inalterada, contribuiu muito a contrapartida profissional através do chamado "segredo médico", que vinculava (e ainda vincula...) os dois atores em uma espécie de relação mônada intocável. Com tudo isso, o médico acabou tornando-se não somente um agente técnico e científico, mas também moral, e o enfermo passou a representar apenas uma pessoa que necessitava de ajuda técnica, até mesmo quando as medidas adotadas fossem contrárias à sua opinião; o "paternalismo" foi uma constante em toda ética médica daqueles tempos.⁵⁴

Um paralelo interessante foi traçado por Gracia⁵³ entre a **República** de Platão (o livro que configurou a ciência política ocidental por mais de um milênio) e o poder do exercício médico; ele compara os monarcas que impõem suas vontades soberanas aos súditos, aos médicos na relação com seus pacientes. Para Platão, a justificativa moral para o absolutismo político se baseava em que os governantes deveriam ser escolhidos entre os melhores representantes da categoria do que ele chamava de "homens perfeitos"; a ordem moral era uma decorrência da percepção privilegiada que o soberano tinha do mundo das idéias e dos homens, caracterizando-se não pela livre aceitação das idéias mas pela sua imposição.

Gracia⁵³ é especialmente feliz ao falar de certas modificações que passaram a acontecer no mundo moderno a partir da progressiva construção e afirmação dos direitos humanos. Na medida em que esta nova mudança ética teórico-prática foi sendo difundida, as antigas concepções hierárquicas verticais, monárquicas e paternalistas passaram a ser substituídas por alternativas de caráter horizontal e democráticas, com responsabilidades recíprocas e bilaterais. Deste modo, surgiu a era do respeito ao pluralismo não só político e religioso, como também moral, cuja essência é o direito à individualidade e à autonomia. Para Gracia, dentro do enfoque da filosofia grega da ordem natural, não existiu ao longo dos séculos uma verdadeira "ética médica" - entendida como a moral autônoma dos médicos e dos doentes - mas uma "ética da medicina", em princípio heterônoma, unilateral, autoritária.

A evolução da teoria ética e da ética prática obedecem a um processo que é lento e gradual, mas dinâmico; tanto no que diz respeito às questões individuais como naquelas situações que se referem ao coletivo, guarda estreita relação com o desenvolvimento da democracia, dos direitos humanos e dos princípios da cidadania. A ética prática, assim, consiste em uma forma de reflexão sobre a prática ética dos indivíduos e das instituições sociais e políticas. Este novo conceito passou a se refletir diretamente no campo da deontologia médica; e foi no referido contexto que surgiu a **bioética**.

Uma significativa observação de O'Rourke, citado por Anguissola³, que teve como objetivo traçar uma linha de orientação para todas as escolas médicas da Europa com relação à questão ética, define de certa forma um dos vetores que, neste particular, vêm preocupando o mundo acadêmico: "Muitos pesquisadores e médicos oscilam culturalmente entre o aspecto científico e o humanístico... Esse é, de fato, um

equilíbrio muito difícil de ser estabelecido porque enquanto a preparação científica vem sendo desenvolvida de forma adequada, a humanística e a moral têm se baseado essencialmente sobre exemplos e símbolos transmitidos sem a reflexão ética pertinente... Muitos pesquisadores acabam seguindo uma moral adolescente, ao mesmo tempo que estão à procura de uma ciência adulta".

A Organização Pan-Americana da Saúde, em uma publicação em titulada **Bioética - temas e perspectivas**, não afirma exatamente a mesma coisa, mas menciona que apesar dos médicos de uma forma geral estarem se mostrando competentes em questões de **ética**, têm recebido insuficiente formação **ascética** (como formar o médico bom ou o médico virtuoso) e de **etiqueta** (quais normas de correção e urbanidade devem presidir o exercício da medicina)⁵⁴.

O extraordinário progresso técnico-científico constatado na área médico-biológica nos últimos anos, não foi acompanhado com a mesma velocidade por um pertinente embasamento ético que desse sustentação às novas situações que se criaram. As razões de tal disparidade têm relação com a própria velocidade do processo, mas dizem respeito também à abertura indiscriminada de novas faculdades na área das ciências da saúde, sem condições mínimas de formar um bom profissional seja no sentido técnico-científico, seja no que se refere a uma formação ética adequada e atualizada. A aguda crise de qualidade e de valores que ataca o setor de saúde brasileiro há vários anos, também é responsável por um sem número de distorções éticas no que se refere ao exercício profissional propriamente dito. Alguns profissionais se acomodam ou sucumbem frente às dificuldades operacionais do dia-a-dia, deixando-se arrastar por uma avalanche de subterfúgios e casuísmos que fazem crescer a burocracia e diminuir a qualidade final da atenção em saúde, passando a exercer (consciente ou inconscientemente) princípios incompatíveis com os valores que anteriormente eles próprios julgavam corretos à justa convivência humana.

Desta forma, já se fazia sentir há alguns anos a necessidade de retomar a discussão ética no setor saúde em base a novos parâmetros e levando-se em consideração a atual realidade concreta. O próprio respeito contemporâneo à pluralidade sociocultural, requer que as ações médicas passem a observar conotações morais mais flexíveis com base nos princípios do respeito, da compreensão, da tolerância e da solidariedade. Este novo direcionamento, que tem na **bioética** seu instrumento mais vigoroso, exige abordagens multidisciplinares e multiprofissionais para a adequada formação ética dos atuais e futuros trabalhadores de saúde.

O SURGIMENTO DA BIOÉTICA

Todo o conhecimento novo - seja ele científico, filosófico, jurídico ou social - gera grandes discussões com relação à definição dos seus limites teóricos, objetivos, linhas de trabalho e ação. Com a bioética as coisas não aconteceram de modo diferente. Apesar de significar um estímulo ao pluralismo e à tolerância, a definição de normas e comportamentos válidos para sua prática requer o confronto de várias tendências e exigências. O pluralismo dos valores e o princípio da tolerância - entre outros indicadores essenciais à uma nova abordagem ética - são necessários mas não suficientes, pois podem favorecer procedimentos que respeitem todos os pontos de vista, mas, com relação ao conteúdo, torna-se necessário introduzir outros critérios e princípios. Também a responsabilidade, a justiça e a solidariedade são conceitos que podem ajudar na busca de diretrizes e na formulação das normas de interesse bioético, embora, da mesma forma, necessitem ser reavaliados e reinterpretados.¹³

Como já foi dito no capítulo passado, no início dos anos surgiu de forma inesperada nos Estados Unidos e na Europa um súbito interesse pela ética aplicada. Dessas discussões, nasceram três novas disciplinas: a **ética ambiental**, que passou a merecer a atenção do mundo pelo temor das consequências nefastas das crescentes agressões sofridas pelo meio ambiente; a ética dos negócios, na qual o lucro desenfreado e abusivo passou a ser questionado com muito mais vigor; e a **bioética**. O neologismo bioética tornou-se internacionalmente reconhecido apenas em 1971, após uma publicação do cancerologista norte-americano Van Ressenlaer Potter.⁸⁹ Anteriormente, essa mesma palavra já havia sido mencionada por outros autores, mas pela sua imprecisão conceitual inicial fora vítima de duras críticas e de alguns comentários pouco lisonjeiros.

O filósofo e bioeticista italiano Maurizio Mori⁸² considera que o renascimento da ética aplicada, aliado ao novo interesse pela moralidade do tratamento dispensado aos animais e pelos problemas da ética normativa em geral, constitui um dos aspectos mais significativos da reflexão cultural dos últimos anos: "Nesse sentido, os anos 70 parecem constituir um daqueles períodos históricos nos quais nasce alguma *coisa de novo* e a história se encontra diante de uma encruzilhada que pode levar a mudanças significativas".

Segundo a **Encyclopedia of Bioethics**⁹⁰ a bioética abarca a ética médica mas não se limita a ela, estendendo-se muito além dos limites tradicionais que tratam dos problemas deontológicos que decorrem das

relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes. Apesar da conceitualização da jovem bioética ainda estar em constante evolução especialmente no que se refere aos aspectos experimentais e de "situações-limite ou de fronteira", está claro que ela não significa apenas uma moral do bem e do mal ou um saber universitário a ser transmitido e aplicado diretamente na realidade concreta, como a medicina ou a biologia.⁴⁸

Atualmente a bioética se apresenta como "a procura de um comportamento responsável de parte daquelas pessoas que devem decidir tipos de tratamento e de pesquisa com relação à humanidade... Tendo descartado em nome da objetividade qualquer forma de subjetividade, sentimentos ou mitos, a racionalidade científica não pode - sozinha - estabelecer os fundamentos da bioética... Além da honestidade, do rigor científico ou da procura da verdade - pré-requisitos de uma boa formação científica - a reflexão bioética pressupõe algumas questões humanas que não estão incluídas nos currículos universitários".⁵⁴

No sentido amplo do conceito que se pretende dar à bioética, seus verdadeiros fundamentos somente podem ser encontrados através de uma ação multidisciplinar que inclua, além das ciências médicas e biológicas, também a filosofia, o direito, a teologia, a antropologia, a ciência política, a sociologia, a economia. Autores como Schramm^{96,97} vão ainda mais longe ao concluir que, na sua gênese, a ética (que ele chama de "ética natural") tem um fundamento biológico: "A legitimação do agir ético só seria uma elaboração secundária de algo que de fato pertence à biologia humana... Podemos afirmar, portanto, que toda ética é, antes e fundamentalmente, uma bioética". Essa incisiva reflexão está distante do naturalismo ingênuo proposto há alguns anos atrás pelos teóricos da sociobiologia, pois inclui também a questão da competência para a comunicação humana. Para Schramm,⁹⁸ "a ética natural reúne os motivos da complexidade do real interagindo com a hipercomplexidade humana; da crise das representações-construções da realidade sócio-cultural; da responsabilidade individual e coletiva para com o fenômeno da vida como um todo e o processo saúde/doença em particular". Ele conclui dizendo que a ética natural reflete a relação existente entre a problemática da filosofia prática da ética **strictu sensu** e aquela, metodológico-epistemológica, delineada pelas assim chamadas "ciências da complexidade", que têm por objeto os processos auto-organizadores e incluem, portanto, as ciências da vida e a ciências da saúde.

A rapidez já referida dos avanços científicos e tecnológicos, exigiu que as diversas áreas de conhecimento envolvidas com os fenômenos

da vida e da morte das pessoas se adequassem à nova realidade. A filosofia, por exemplo, teve que avançar além dos antigos limites relacionados com o bem e o mal e se tornar mais dinâmica e prática na procura de uma nova racionalidade ética. O retorno da filosofia prática sob a forma da ética aplicada à vida concreta, no entanto, não significa o abandono da problemática bem/mal na filosofia, mas: a) a relativização das discussões filosóficas trazidas pela filosofia analítica, onde a preocupação básica era a abordagem do estatuto epistemológico da linguagem moral; b) a relevância do problema do "agir moralmente justo" (neste sentido o bem deve ser 'bom' para a qualidade da vida), do bom viver em âmbito público e uma 'boa' ordem política. Em suma, o problema do bem/mal torna-se o problema da exigência de uma recuperação da competência crítico-normativa, por parte da filosofia, com relação aos problemas concretos do agir pessoal, social e político, isto é, ao mesmo tempo pessoal e público. Dentro desse novo contexto, a filosofia viu-se repentinamente obrigada a caminhar com agilidade compatível à evolução dos conceitos e das descobertas e com as conseqüentes mudanças que passaram a ser verificadas no cotidiano das pessoas e coletividades. Parâmetros morais secularmente estagnados passaram a ser questionados e transformados, gerando a necessidade do estabelecimento de novos princípios éticos que, por sua vez, requerem da sociedade também ordenamentos jurídicos pertinentes à nova realidade.⁴³

Dentro de todo esse contexto, estão se tornando cada dia mais freqüentes e delicados os conflitos gerados entre o progresso biomédico e os direitos humanos. Em alguns momentos já tem sido rompido, até de forma inescrupulosa, o frágil limite que separa as duas situações. Com tudo isso, cria-se uma série de distorções, como nas questões relacionadas com a mercantilização de óvulos, esperma e úteros nas fecundações artificiais⁶⁴ e a compra-venda de órgãos humanos em casos de transplantes^{14,15,44}. Nestes casos, invariavelmente, cidadãos pobres são os vendedores e pessoas com poder aquisitivo são as compradoras. Incontáveis exemplos também acontecem no campo da saúde pública, onde recursos financeiros indispensáveis de projetos que visam a sobrevivência de milhares de pessoas são freqüentemente desviados por políticos ou técnicos, para atividades de importância secundária que não guardam nenhuma relação com as finalidades originais dos referidos projetos.

Todos estes variados temas, portanto, que vão desde os dilemas éticos que se colocam ao administrador de saúde frente a repartição de verbas insuficientes para atividades sanitárias impostergáveis, até problemas gerados a partir da aplicação da tecnologia de ponta, são hoje objeto da bi-

oética que, em poucos anos de vida, ampliou substancialmente seu campo de estudo, ação e influência.

A discussão bioética surge, assim, para contribuir na procura de respostas equilibradas ante os conflitos atuais e os do próximo milênio. Já tendo sido sepultado o mito da neutralidade da ciência, a bioética requer abordagens pluralistas. Para os países do hemisfério sul, no entanto, não são suficientes a aceitação acrítica das propostas, tampouco as amarras (ou limitações) conceituais sobre bioética vindas dos países do Primeiro Mundo, onde as discussões giram preferencialmente em torno de avançadas situações-limite decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico. **Temos o compromisso de aproveitar a abrangência e oportunidade que a bioética proporciona em se tratando de um movimento que estuda a ética das situações de vida, ampliando seu campo de influência teórica e prática "desde as situações cotidianas" (como a fome, o abandono, a exclusão social, a má distribuição de recursos escassos, o racismo...) "até as situações-limite ou de fronteira".⁸**

BIOÉTICA, PLURALIDADE E COMPLEXIDADE

O extraordinário progresso alcançado pela biologia e pela clínica nos últimos anos, ocasionou profundas transformações no próprio modo de viver e de sobreviver da humanidade. No entanto, o triunfalismo das novas conquistas não pode desestabilizar o frágil equilíbrio de relações que, a duras penas, durante séculos e séculos homens e mulheres vêm conseguindo manter entre si e com a natureza. Nas suas famosas **Lições de ética** proferidas na Universidade de Königsberg entre os anos 1775 e 1780-81, o filósofo alemão Immanuel Kant,⁶² ao falar sobre o princípio supremo da moralidade, já dizia que qualquer ação individual deve estar sempre de acordo com a regra universal do desejo livre de cada pessoa. Não se pode deixar de mencionar que Kant agregava ao princípio de "autonomia" também o de "justiça" (ou equidade), isto é, do agir de tal modo que o princípio que guia a forma de agir de cada pessoa seja válido universalmente. Na atualidade, com a diversificação cada vez maior de costumes e dos princípios sociais, religiosos, políticos, jurídicos e outros, fica cada dia mais estreito o caminho e delicado o equilíbrio entre a ética da liberdade individual, a ética das aspirações coletivas e a aplicação democrática e equânime dos avanços proporcionados pela ciência e pela tecnologia. A procura deste equilíbrio - impossível de ser estabelecido em determinadas ocasiões, é bom que se diga - é o objetivo maior de quem pretende aprofundar-se no estudo da saúde pública no que se refere ao seu papel ético.

Em uma sociedade na qual a maioria dos indivíduos são agentes morais autônomos, com critérios diferentes sobre o que é o bem e o mal, a relação dos profissionais de saúde, no sentido de relação interpessoal ou mesmo no interior do coletivo, pode ser já não só **eventualmente** conflitiva, mas **essencialmente** conflitiva.⁵³ No que se refere especificamente às necessidades e aspirações coletivas, há que ressaltar nos dias atuais a variedade de nuances existentes ao próprio interior de uma mesma realidade. Mesmo dentro do contexto de classes sociais formadas por representantes que guardam entre si rigorosas semelhanças culturais e econômicas, por exemplo, começam a surgir flagrantes diferenças. Em um grande encontro internacional promovido em dezembro de 1992, em Turim, na Itália, o cientista político norte americano Michael Walzer (citado por Bosetti¹⁹) chamou a atenção para o fato que o social é composto por diversas esferas que configuram no seio da sociedade uma conotação sócio-política característica do que ele denomina de "igualdade complexa", a qual vem desenvolvendo teoricamente há alguns anos.¹⁰⁹

Nesta linha de idéias, entre cidadãos teoricamente (e biologicamente...) "iguais", na maioria das vezes as responsabilidades, competências, papéis, necessidades e anseios são também bastante diversos. É papel da saúde pública atuar exatamente dentro da presente diversidade e "complexidade" constatada na sociedade contemporânea. Não é suficiente e, parece-me, nem mesmo desejável, que se saia a busca de um padrão moral equilibrado que possa ser compartilhado por pessoas que - mesmo pretensamente iguais - exerçam e defendam padrões de moralidade diferentes. A complexidade hoje constatada, requer enfoques éticos também pluralistas, que respeitem a diversidade do coletivo mas que, ao mesmo tempo, contemplem também a especificidade do individual. Trata-se, em outras palavras, do que eu ousaria chamar de "equilíbrio instável".

Este "ideal" (sem cairmos no idealismo abstrato...) não é fácil de ser alcançado. Contudo, a ética deve procurar aproximar-se o mais possível dele, com o objetivo de se preparar adequadamente para o enfrentamento dos dilemas que o novo milênio certamente apresentará. Diante da complexidade e heterogeneidade atualmente constatadas na sociedade e no conseqüente comportamento diversificado dos seus representantes, é cada vez mais temerária a prescrição de receitas éticas acabadas. A realidade ensina-nos com exemplos freqüentes que condutas consideradas "padrão" em dado momento histórico, vêm constantemente transformando-se a ponto de, em determinadas situações, nos depararmos com um verdadeiro arquipélago de exceções. Nessas oportunidades, o

mais prudente é o profissional de saúde tratar as situações com as quais se defronta, excepcional ou cotidianamente, tendo como base a máxima que "cada caso é um caso".

A solução para a superação das "situações essencialmente conflituosas" citadas anteriormente, talvez esteja na busca de uma espécie de "ética mínima" que, ao invés de procurar uma inalcançável beneficência, se preocupa com a não-maleficência, uma espécie de denominador comum básico (estabelecido em cada situação particular) e não maximalista. Da dialética entre os princípios da "beneficência" e de "não-maleficência" nascem as principais questões da qualidade em saúde que, na maioria dos casos, "são questões de conflito que só podem ser resolvidas pelo consenso (ou ética mínima) após as previstas mediações entre a exigência do respeito recíproco (fornecida pelo princípio da autonomia) e a necessidade do bem-estar comum que constitui uma generalização do princípio de beneficência e que deságua no princípio de justiça ou de equidade".⁹⁹

Tudo isso não significa, no entanto, que não devam ser estabelecidos certos princípios éticos gerais que permitam uma linha básica de orientação. Toulmin¹⁰⁷ já disse que a medicina salvou a vida da ética por haver introduzido no debate ético a **vexata questio** dos "casos particulares". Ele se apegava ao conceito aristotélico da reflexão prática segundo a qual, nas questões éticas, deve-se usar sobretudo o raciocínio em lugar de insistir sobre um tipo de exatidão que a própria natureza dos casos não permite. Isso quer dizer que as decisões práticas no campo da ética não podem ser tomadas com base em princípios universais e fixos, mas acima de tudo as decisões devem se basear - como acontece na prática médica - sobre a observação clínica de detalhes significativos, característicos de cada caso particular.¹⁰⁶

Apesar de ser ampla e variada a gama de situações que resultam do contexto acima discutido, contudo, no que se refere ao processo saúde-doença (e de extremo interesse para a saúde pública/coletiva), os conflitos podem ser reduzidos didaticamente a quatro sujeitos essenciais: o doente, a comunidade (coletividade), o profissional de saúde e o Estado. O doente atua (ou pelo menos deveria atuar, dentro de uma sociedade democrática...) guiado pelos princípios do direito e da autonomia; a comunidade funciona a partir do princípio de justiça; o profissional de saúde deve atuar pelo referencial da beneficência (benéfico); e o Estado pelo do dever ou responsabilidade. A bioética deve fazer o possível para respeitar concomitantemente todos esses princípios, embora na prática muitas vezes isso não seja nada fácil.

Engelhardt³⁵, ao falar das implicações bioéticas na assistência sanitária e assistência médica, faz uma reflexão sobre os limites imprecisos de responsabilidades e obrigações entre as diversas profissões do setor saúde, concluindo que estas estão envolvidas em dificuldades gerais da nossa cultura, compartilhando uma série de incertezas que confundem seus limites profissionais particulares. Para ele, levando em consideração tais incertezas, a bioética vai muito além dos limites estritos do setor médico-sanitário e é filosofia empenhada em um dos seus principais papéis: aquele de ajudar uma cultura a esclarecer a própria visão da realidade e dos valores.

MORAL , ÉTICA E OS CÓDIGOS PROFISSIONAIS

Há pouco tempo, durante uma aula prática desenvolvida no ambulatório do Hospital da Universidade de Brasília uma aluna perguntou-me qual era a diferença entre "moral" e "ética". Antes de procurar resolver sua dúvida, interoguei sobre a razão da mesma, uma vez que se tratava de pergunta pouco comum nos cursos de graduação regulares das ciências da saúde. Ela satisfaz minha curiosidade, dizendo que estava cursando uma disciplina optativa da área de estudos sociais aplicados, chamada "Introdução ao Direito"; havia feito a mesma interrogação ao professor da matéria e a resposta recebida não tinha esclarecido suficientemente suas dúvidas.

Este pequeno episódio traz à tona dois fatos interessantes. Um deles, já mencionado no capítulo anterior, refere-se ao interesse espontâneo e crescente nestes anos 90 - dos jovens estudantes da área de saúde em expandir seus conhecimentos aos campos da justiça, da cidadania, da paz e dos direitos humanos. O segundo diz respeito exatamente à dificuldade em se diferenciar moral de ética. Há autores que confundem as duas coisas. Já outros, no entanto, usam indiferentemente as duas expressões nos seus textos^{83,102}, o que é compreensível pois a moral e a ética de fato se equivalem quando não se trata de estabelecer o estatuto epistemológico (como era o caso da filosofia analítica). De qualquer forma, existem alguns aspectos pouco precisos que nos estimulam a analisar um pouco mais este assunto, com o objetivo de procurar pelo menos diminuir algumas dúvidas com relação ao mesmo.

A palavra **moral** deriva etimologicamente do latim **mos** ou **mores** ("costume" ou "costumes") e significa "alguma coisa que seja habitual para um povo". O termo **ética** vem do grego **ethos** e quer dizer "modo de ser" ou "caráter", no sentido similar ao de "forma(s) de vida(s) adquirida

(s) pelo homem". Historicamente, no entanto, existe uma diferença entre as duas. Na verdade, a moral é a tradução latina de ética, mas com uma conotação formal e imperativa (o código do bem/mal), que direciona ao aspecto jurídico e não ao natural. Para os gregos, **ethos** indica o conjunto de comportamentos e hábitos constitutivos de uma verdadeira "segunda natureza" do homem. Na **Ética à Nicômacos**, Aristóteles interpretava a ética como a reflexão filosófica sobre o agir humano e suas finalidades. É a partir da visão aristotélica, que a ética passou a ser referida como a "ciência" da moral. Em resumo, a ética é algo consubstancial ao humano, por assim dizer, **natural**^{96, 97, 98}. Com relação à ética médica, da época dos escritos hipocráticos até hoje mudaram muito os "costumes", os "hábitos", o "modo de ser" das pessoas e dos povos. Desta forma, os significados etimológicos de **moral** e de **ética** acima apresentados, não correspondem ao significado atual das duas palavras. Para Engelhardt³⁵ o termo **ética** é ambíguo, provavelmente por significar algo que seja costumeiro, usual, repetitivo, com o que o crítico pesquisador não concorda.

Sánchez Vázquez⁹³ dá uma conotação dialética ao seu conceito de moral. Para ele a moral representa um sistema de normas, princípios e valores, segundo o qual são regulamentadas as relações mútuas entre os indivíduos ou entre estes e a comunidade, de tal maneira que estas normas, dotadas de um caráter histórico e social, sejam acatadas livre e conscientemente, por uma convicção íntima, e não de uma maneira mecânica, externa ou impessoal. Neste sentido, a moral possui um caráter, verifica-se somente na sociedade, em correspondência com necessidades sociais e cumprindo uma função social; no entanto, "ainda que a moral possua um caráter social, o indivíduo desempenha um papel essencial, porque exige a interiorização das normas e deveres de cada homem individual, sua adesão íntima ou reconhecimento interior das normas estabelecidas e sancionadas pela comunidade".

Dentro dessa linha de raciocínio, o filósofo mexicano desenvolve seu argumento no sentido de procurar comprovar o caráter histórico da moral, da existência do que ele chama de "progresso moral" e da relação desses aspectos com as mudanças histórico-sociais que acontecem na sociedade. O progresso histórico-social cria as condições necessárias para o progresso moral o qual, por sua vez, como movimento ascensional no terreno moral, manifesta-se também como um processo dinâmico de negação e de conservação de elementos morais anteriores. Assim, para ele a ética parte do fato que existe uma história da moral, isto é, toma como ponto de partida a diversidade moral no tempo, com seus respectivos valores, princípios e normas, significando, em resumo, "a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade".

Um estudo feito por Cohen & Segre²⁶ contribui para a discussão do tema, ao incorporar a teoria psicanalítica ao estudo das diferenças existentes entre os conceitos de moral e de ética. Para eles, a grande diferença está em que para que a moral funcione ela deve ser imposta, enquanto a ética, para ser atuante, deve ser sentida e percebida pelo indivíduo. Essa argumentação pressupõe três características para a moral: 1) seus valores não são questionados; 2) eles são impostos; 3) a desobediência às regras pressupõe um castigo, "uma vez que em todos os códigos de moral as proibições vêm sempre precedidas de um não (não matar, não causar dor...), ficando implícito que todos possuem esses desejos, e que eles devem ser reprimidos, caso contrário haverá castigo".

Existem diferenças entre o estudo de Sánchez Vázquez⁹³, e o de Cohen & Segre²⁶. O enfoque apresentado pelo primeiro, como já foi mencionado, toma como base o materialismo histórico, contemplando a questão do "individual no coletivo e vice-versa". Enquanto ele afirma que embora a moral tenha um caráter social, o contexto moral somente é reconhecido após a adesão íntima do "homem individual" (com a pertinente interiorização das normas e deveres de cada um) às normas estabelecidas e sancionadas pela sociedade, o segundo texto defende que somente a ética trabalha com valores individuais e, para ser atuante, deve ser sentida e percebida pelo indivíduo. Vista de um determinado ângulo, a análise de Cohen & Segre está de acordo com Kant⁶², que entendia a ética como uma doutrina da virtude, considerando a intenção como seu argumento exclusivo. A intenção, no caso, reflete um caráter individual.

Outra questão que surge, em forma de interrogação, refere-se ao "progresso moral": é correto afirmar que a moral avança por dinâmica própria da sociedade, induzindo, assim, as transformações que lentamente passam a acontecer no que se refere às formas éticas de proceder dessa mesma sociedade?

Está longe dos objetivos deste pequeno livro ter a pretensão de apresentar conclusões sobre a questão, mas um aspecto pelo menos parece-me claro: sob o ponto de vista temporal ou histórico existe uma possível diferença entre moral e ética. Os espaços de tempo registrados nas mudanças dos padrões ou códigos éticos são sempre bem maiores que aqueles que decorrem entre as mudanças que acontecem com relação aos aspectos morais de uma mesma questão, problema ou situação. O processo de transformação dos conceitos éticos é lento, vagaroso, levando algumas vezes até séculos ou mesmo milênios; segundo Engelhardt³⁵, influenciado por Kant, a moral tem uma condição **transcendental** restando para a ética,

no caso, uma condição **objetiva (factual)**. Engelhardt chama de transcendental qualquer conhecimento que se ocupa não do objeto, mas do modo de conhecimento do objeto. De fato, as modificações experimentadas pela moral são mais rápidas, dinâmicas, pois devem responder com a agilidade pertinente, por exemplo, frente aos novos fatos que exigem das pessoas e da sociedade posicionamentos que pelo menos possam servir de parâmetro para a maioria.

É ainda necessário, dentro do presente tópico, falarmos um pouco sobre os chamados **códigos de ética**, os quais são usados para identificar as regras de conduta que devem ser seguidas por grupos profissionais específicos (advogados, engenheiros, médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos...). A Associação Médica Americana, por exemplo, adotou seu primeiro código de ética²⁵ em 1847; até então, a partir de regras relacionadas ao decoro, os critérios próprios de correção para o exercício médico profissional se concentravam na **etiqueta**⁶⁶, que na sua maior parte não tratava de problemas morais no seu senso estrito e imediato mas de questões relacionadas com a publicidade profissional, honorários e relação com os chamados "práticos". Tais regras não são fúteis; os códigos de etiqueta delineam de modo formal uma dimensão importante dos costumes de um grupo ou profissão: são similares às leis.³⁵

Neste sentido, os critérios de postura e conduta profissionais estabelecidos pelo direito são muitas vezes considerados equivalentes aos critérios da ética. Como se sabe, para que sejam processadas mudanças no ordenamento jurídico já estabelecido, há necessidade de exaustivas deliberações formais que fazem com que, muitas vezes, as leis mudem mais lentamente que os costumes sociais, tornando-se anacrônicas. Engelhardt³⁵ relaciona este exemplo do campo da justiça, com os códigos de ética profissional, que também são muitas vezes ultrapassados pelo tempo e permanecem apresentando visões éticas que refletem concepções morais já largamente suplantadas.

A necessidade de atualização constante é um dos maiores desafios enfrentados pelos códigos de ética profissional, principalmente nos dias atuais em que a velocidade das descobertas científicas produzem mudanças tão rápidas e profundas em temas que dizem respeito não só aos pacientes individualmente considerados, como à sociedade e até ao próprio futuro da humanidade em alguns casos. Cohen & Segre²⁶ afirmam que a simples criação de códigos de ética não torna as instituições éticas pois: por um lado, freqüentemente, as pessoas encarregadas da elaboração dos códigos são extremamente moralistas, dando ao documento um caráter

predominantemente punitivo; pelo outro, os códigos são habitualmente retrógrados com relação ao pensar ético, pois na maioria das vezes referem-se a experiências passadas. Para eles, com toda razão, o que mais se aproxima de um verdadeiro "código de ética" é a Declaração Universal dos Direitos do Homem.

Estas reflexões parecem mostrar, também, que tomando-se como referência os códigos de ética profissional vigentes no Brasil, as posturas éticas por eles recomendadas (ou exigidas...) nem sempre refletem o comportamento moral da sociedade no mesmo momento histórico. Tratando-se do campo da saúde, especificamente, esta contradição pode ser grave, uma vez que o tema é legalmente de interesse público e coletivo de acordo com a nossa Carta Constitucional²⁰. A saúde, como bem público e um direito inalienável de cidadania ("saúde, direito de todos, dever do Estado"), não pode ter suas ações e parâmetros éticos decididos unilateralmente pelas categorias profissionais que militam no setor, por mais competentes e atualizadas que estas sejam. A pluralidade, mais uma vez, tem condições de refletir de forma mais equânime o equilíbrio de forças da sociedade e os delineamentos morais que esta, na sua maioria, deseja seguir. Este polêmico tema, no entanto, faz parte de outro estudo, em cujo desenvolvimento estou ainda na fase inicial de elaboração.

3 BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA

AMPLIAÇÃO DO PARADIGMA ÉTICO EM SAÚDE: BIOÉTICA COTIDIANA E BIOÉTICA DE FRONTEIRA

A bioética não é simplesmente uma nova versão em alta tecnologia da tradicional "ética médica", como já foi mencionado; o termo engloba uma extensa lista de problemas para homens e mulheres, com interesses distintos mas superpostos, referentes aos direitos e obrigações dos profissionais, dos pacientes e da sociedade, e que se relacionam com a saúde¹¹⁰. Na verdade, a bioética surgiu e estabeleceu-se em poucos anos como um verdadeiro paradigma, entendido esse como um conjunto de elementos culturais, de conhecimentos e códigos teóricos, técnicos e metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica⁶⁸.

Na medida que o **paradigma bioético** foi sendo gradativamente aceito pela comunidade científica internacional, estudiosos norte-americanos e europeus que dedicaram-se ao assunto desde seu nascimento, trataram de relacioná-lo imediatamente aos problemas sanitários e morais que mais afligiam seus países. Como os países desenvolvidos já têm resolvidas (ou pelo menos bem encaminhadas...) suas questões mais básicas de saúde, acabou por se estabelecer uma interpretação errônea, parcial e equivocada que a bioética fora criada apenas para cuidar dos novos dilemas decorrentes do desenvolvimento da ciência.

Todo paradigma deve proporcionar àqueles que trabalham com sua estrutura e conteúdos, a liberdade de ampliação dos conhecimentos a ele

relacionados, bem como estímulo à expansão dos seus limites teóricos e práticos. Neste sentido, os pesquisadores interessados em melhorar as condições de vida nos países pobres, deveriam assumir o compromisso de trabalhar na adaptação do rico conceito de bioética à realidade sanitária dessas nações. Uma radical reordenação moral e ética não só das posturas individuais mas, principalmente, das formas como os governos e a própria estrutura política internacional vêm tratando as questões relacionadas com a saúde pública principalmente nos países do hemisfério sul, tem condições de proporcionar substanciais melhorias nos quadros epidemiológicos indesejáveis que hoje são constatados.

Neste final de século, que desnuda contradições poucas vezes constatadas na história da humanidade apesar das maravilhas proporcionadas pelo "progresso", torna-se indispensável a revisão das posturas públicas das nações do terceiro mundo frente ao compromisso ético de proporcionar condições mínimas de vida digna para seus cidadãos necessitados. E também, é oportuno dizer, trata-se de uma questão de poder político: já é hora dos países ricos prestarem um pouco de atenção ao que acontece em seu redor; até mesmo porque devem preocupar-se e responsabilizar-se com o futuro das suas próprias seguranças e também com a segurança ambiental do agredido planeta em que todos vivemos⁶³.

A ampliação teórica do paradigma bioético, acima requerida, foi desenvolvida com notável lucidez pelo cientista italiano Giovanni Berlinguer, em oportuna conferência apresentada no Instituto Gramsci, em Roma, em março de 1988. Nessa comunicação, que três anos mais tarde foi ampliada e transformada em livro na Itália⁷ e traduzido para o português em 1993⁸, ele introduziu a distinção entre o que chamou de **bioética cotidiana e bioética das situações limites ou de fronteira**, como uma "tentativa de chamar a atenção sobre a ligação entre o presente e o futuro, entre aquilo que esperamos ou tememos das descobertas e das técnicas da biologia e o que já podemos fazer para melhorar a vida humana e os equilíbrios ambientais".

Na verdade, ao falar sobre bioética da vida cotidiana, Berlinguer refere-se de forma até certo ponto restrita "aos comportamentos e às idéias de cada pessoa". Isso não significa, no entanto, que não se possa alargar e adaptar sua proposta às situações de exclusão social que se refletem de forma direta e dramática no campo sanitário. Entendo que constituem questões de bioética cotidiana, por exemplo, o racismo, as desigualdades de gênero (com a discriminação da mulher no setor laboral, por exemplo), a fome, a miséria, a disseminação das drogas, as situações de completo

abandono às quais são submetidas milhões de crianças e idosos em todo mundo, a questão indígena e tantas outras circunstâncias que ocupam diariamente grande parte do espaço da imprensa de todo mundo.

Acredito que, como eticistas (termo utilizado por Mori⁸⁰) envolvidos com a saúde pública, o compromisso é aproveitar a abrangência que o paradigma bioético nos proporciona. *Devemos trabalhar a dimensão da ética aplicada na saúde pública, debruçando-nos principalmente sobre alguns conceitos que dizem respeito diretamente às duas questões propostas - cotidianas e das situações limite - como: justiça, cidadania, direitos humanos, liberdade, participação, autonomia, igualdade e complexidade, responsabilidade, beneficência, equidade, qualidade e excelência, radicalidade, tolerância.*

Nesta linha de idéias, convém refletir que a criação das leis e códigos, apesar de trazer avanços, também originaram limitações e cerceamentos, pois nem sempre a legislação e a ética acompanham o processo do desenvolvimento da ciência e da própria sociedade. As leis e os códigos foram criados para regular a liberdade e a autonomia. No entanto, caso seu emprego - ou mesmo a omissão na sua aplicação - tragam danos ao coletivo, devem eles deixar de ser respeitados, caracterizando-se aqui uma forma de desobediência civil através do exercício democrático do princípio da radicalidade. Para o sociólogo alemão Jürgens Habermas, o exercício da radicalidade, em circunstâncias determinadas, configura-se como uma forma legítima de pressão democrática, no que ele não deixa de ter razão.

No Brasil, por exemplo, por um longo período a corrupção pública e a impunidade foram exercidas livremente, favorecendo alguns setores políticos e financeiros privilegiados (e quantitativamente minoritários); o que aconteceu e que se reflete negativamente até hoje do norte ao sul do país, foi uma forma de radicalização destrutiva, para o lado do mal, pois os desvios de verbas destinadas à implementação de ações sociais prioritárias contribuíram diretamente na (des)construção da baixa qualidade de vida da população. O lado sadio (e sabidamente majoritário) da sociedade brasileira tem todo o direito de desencadear um **processo de radicalização construtiva**, para o lado do bem, no sentido não só que a legislação passe a ser mais rigorosa na proteção dos bens públicos, mas também que a legislação em vigor seja convenientemente cumprida, com os usurpadores sendo obrigados a prestar contas à justiça por seus atos nefastos à coletividade.

A ética tradicional cuida muito do **normativo**, esquecendo-se frequentemente do **vital**. Devemos nos precaver, portanto, para não con-

fundir abordagens éticas com abordagens legais; nem sempre o que é legal é ético e, igualmente, nem sempre o que é ético é legal. De certa forma, a bioética veio também para resgatar ou reforçar o exercício humanístico da questão ética. No sentido puramente prático, para que ela funcione, seu equilíbrio instável deve oscilar entre a prudência e a ousadia. É neste pêndulo que deve funcionar o processo de radicalização proposto.

O conteúdo acima foi introduzido de propósito para proporcionar a possibilidade de meditarmos com um pouco de mais contundência sobre a questão da bioética cotidiana, onde as injustiças campeiam muitas vezes de forma desenfreada e sem que se avistem soluções satisfatórias a curto e médio prazo. Mesmo para que se estabeleçam procedimentos legais para determinar certas condutas clínicas nas situações de limites - como nas feundações assistidas, transplantes de órgãos, eutanásia ou aborto - existem enormes dificuldades que vão do jurídico ao ético e vice-versa, tanto no que se refere à elaboração de normas adequadas, como para sua própria aprovação legal. Para as situações cotidianas, que hoje vitimam um número muito maior de pessoas no mundo em comparação com as situações de fronteira, a legislação é freqüentemente dúbia e, pior, em muitas ocasiões é simplesmente omissa. Desta maneira, determinados aspectos de importância vital na vida cotidiana e que julgamos moralmente corretos, são muitas vezes inexecutáveis sob o ponto de vista legal ou não estão presentes nos capítulos e parágrafos dos áridos códigos de ética.

A ÉTICA NA PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Tentando avançar no esforço para melhor compreensão dos aspectos bioéticos até aqui apresentados, poderíamos dividi-los didaticamente em dois grupos que apresentam diferentes linguagens em se tratando de teoria ética: a **linguagem dos princípios**, que é aplicada aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde; e a **linguagem da virtude** (que inclui a generosidade, o desprendimento, o "fazer o bem"), aplicada à atenção primária.

A linguagem dos princípios aplica-se a situações específicas (prevenção das doenças e de acidentes; atenção curativa), enquanto a linguagem da virtude se relaciona com questões mais gerais (promoção de saúde). A primeira, portanto, refere-se mais aos quadros clínicos nos seus diferentes momentos (preditivo, preventivo e curativo), dimensões e repercussões; tem nas leis e códigos uma sustentação mais explícita e palpável. A segunda diz respeito ao coletivo, às condições e situações de vida das

peçoas na sociedade e do meio onde elas trabalham e vivem, à cidadania; esbarra com freqüência na abstração ou na incompreensão de certos fatos e fenômenos que, apesar de amplos e genéricos, são agudamente concretos pois repercutem diretamente na forma e qualidade de vida das pessoas. Neste ponto, creio ser oportuna a introdução e discussão do conceito de "totalidade", pois a linguagem da virtude não pode perder de vista a questão da globalidade e da integralidade, sob pena de cair em abstrações inócuas às situações devida que desejamos analisar.

A **totalidade concreta**, segundo Kosik⁶⁷, não é a soma isolada de partes, mas "...um processo dinâmico de adição constante de novos fatos que fazem o pensamento humano trabalhar de uma forma espiral hipotética... É precisamente neste processo de correlação em espiral que todos os conceitos entram em movimento recíproco e se iluminam mutuamente, alcançando a concreção... O conhecimento da realidade como um todo dinâmico e integrado, significa um processo em espiral de compenetração e esclarecimento mútuo dos conceitos."

Para se entender melhor o que significa a totalidade concreta (e sua relação com a produção social da saúde) é necessário compreender o significado de **realidade**, pois a compreensão da primeira está intimamente ligada à globalidade que a segunda expressa. O entendimento da totalidade inclui não só os aspectos fenomênicos da realidade como também a sua essência, não só as partes como o todo, não só as doenças (quadros clínicos, formas de ocorrência, causas biológicas, tratamento) como as razões intimamente relacionadas com sua deflagração (econômicas, sociais, culturais...)^{40, 41}. No contexto sanitário, portanto, podemos perfeitamente utilizar o conceito de totalidade concreta no apoio ao estudo da epidemiologia social.

Trazendo o raciocínio de volta ao campo da ética, o que toda essa argumentação tem a ver com a "linguagem da virtude"? Apenas tratei de introduzir o conceito de totalidade e sua relação com a realidade, na tentativa de reforçar a concretude ética que deve ser procurada na produção social da saúde e mais especificamente no campo da promoção de saúde. Qualquer aproximação ética aos quadros sanitários detectados em uma dada realidade, não deve ser reduzida apenas a mais uma adição inorgânica dentro de um somatório infinito de possibilidades, o que nos levaria a uma interpretação idealista da questão e ao empobrecimento do seu conteúdo⁴². A ética deve ser vista na promoção da saúde como algo palpável, que interatue com as demais facetas ou fatos de um quadro sanitário dinâmico onde todos os *conceitos se iluminem* através de movimentos orgânicos e recíprocos, alcançando a concreção.

Há quase duas décadas os pesquisadores e trabalhadores da área de saúde pública lutam pela implantação de um Sistema Unificado de Saúde no Brasil (SUS). A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, trouxe um alento especial ao movimento, que teve suas principais bandeiras referendadas na Carta Constitucional promulgada pelo Congresso Nacional, em 1988. Princípios básicos como regionalização, hierarquização, descentralização, integralidade e participação, passaram formalmente a fazer parte da lei maior que rege o país²⁰. De lá para cá, aconteceram incontáveis escaramuças que envolveram o processo da institucionalização do SUS, passando por questões complexas como a descentralização político-administrativa e financeira, a municipalização e a criação dos distritos sanitários e, principalmente, a falta de vontade política do governo para que tudo isso funcionasse. Em toda esta longa caminhada, que passou por um sem-número de discussões, reuniões, congressos, negociações, estudos e teses, o tema da ética apenas tangenciou o debate através de um discurso até certa forma abstrato sobre "cidadania". De concreto, contudo, pouco se produziu com relação à questão ética que, como já se viu neste trabalho, tem muito de ou "prática" ou "aplicada".

Na medida em que novas reflexões foram sendo produzidas, ficou cada vez mais clara a importância, para o SUS, da implantação dos distritos sanitários, entendida como um verdadeiro processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema⁷⁴. Qualquer processo dinâmico que procure mudanças substanciais e envolva diferentes interesses e pessoas, exige dos seus executores e beneficiários alguns câmbios atitudinais e até mesmo culturais. Colocado dessa maneira, esse processo é substancialmente ético e deve passar por profundos estudos e reavaliações nas posturas, nos direitos e nas obrigações dos atores com ele comprometidos; no caso, refiro-me aos políticos e técnicos que manejam os recursos para a saúde, aos trabalhadores da área e aos usuários.

Em estudo recente, ao qual incorpora e substancia o conceito de "produção social da saúde no município", Mendes⁷⁵ propõe uma nova agenda para o setor, acrescentando alguns aspectos que merecem destaque em nossa discussão pois dizem respeito à questão ética. Para ele, o processo de distritalização - cujo papel é estratégico na procura de transformações efetivas nas ações sanitárias - "tem uma dimensão ideológica, uma vez que ao se estruturar na lógica de atenção às necessidades de saúde da população, implicitamente, opta por uma nova prática sanitária, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural." Fica explícito que as mudanças culturais requeridas no referido es-

tudo, entre outros pontos, centram também em dois aspectos relacionados com o campo da ética: um que diz respeito ao campo profissional (trabalhadores de saúde e empresários do setor) e outro que se refere à própria população.

Com relação ao primeiro aspecto, apesar de considerar a crise da saúde como um fenômeno estrutural mais do que econômico ou ético, reconhece a ética profissional como instrumento indispensável para controlar o sistema e a expansão do corporativismo empresarial e também profissional: "A opção de uma terceira via" (que exclua as opções neo-liberal e construtivista), "...para reforma dos sistemas de saúde... tem entre suas principais idéias organizadoras... o profissionalismo renovado, a partir de uma nova ética, de uma formação pós-flexneriana e da garantia das liberdades profissionais." ⁷⁵

No que diz respeito ao segundo ponto, ao falar sobre a operacionalização da distritalização, Mendes⁷⁵ cita, entre outros espaços táticos de mudança, o espaço da vigilância à saúde, o espaço de regulação do sistema e o espaço da cidadania. Para a consecução dos três, é indispensável a adequada preparação dos participantes, sejam eles profissionais, membros dos conselhos de saúde (municipais, distritais e locais), lideranças comunitárias ou simples usuários. A forma de intervenção proposta se dá através de oficinas de trabalho ou "oficinas criadoras" que visam capacitar as pessoas para o exercício das suas funções e para a compreensão dos seus direitos e deveres. A introdução de noções acessíveis sobre moral e ética aplicada nestas oficinas, parece-me indispensável para que se alcance a participação consciente e transformadora pretendida.

O tema da "participação popular" tem sido freqüentemente usado no processo de construção do SUS de forma abusiva, demagógica ou corporativa, seja pela esquerda, seja pela direita. Estas distorções devem ser evitadas a todo custo, pois são tremendamente nefastas à construção democrática da cidadania. Eliminando tais distorções se estará prevenindo o difícil problema de uma assistência sanitária que reduz o cidadão a súdito, ao invés de emancipá-lo⁶¹. O súdito é o vassalo, aquele que está sempre submetido à vontade de outrem, seja do rei ou dos seus opositores; esta peculiaridade é absolutamente indesejável em um processo no qual se pretende que a participação consciente da população adquira papel de relevo. A ética é um dos melhores antídotos conhecidos contra o paternalismo, a manipulação, o comodismo, a submissão, a apatia.

PROMOÇÃO DE SAÚDE, CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS

Como já foi dito no capítulo 2, a retomada da preocupação mundial com as questões morais nos anos 60, movimentou três setores essenciais: a) a ética dos negócios, através da qual diversos países passaram a atacar de forma mais dura a corrupção e outros abusos verificados no setor econômico-financeiro; b) a ética ambiental, que se estabeleceu principalmente através de avanços com relação às leis de proteção ao meio ambiente e aos movimentos que se disseminaram pelo mundo em defesa da ecologia; c) e a bioética.

Em consequência, a partir da década de 70, a maioria das declarações internacionais relacionadas com o *welfare state* e outras questões mundiais relacionadas com melhores condições de vida e com a cidadania, passaram a contemplar sistematicamente todos estes três aspectos. Em 1986, por exemplo, representações de nada menos que 38 países estiveram reunidos por vários dias em Ottawa, Canadá, produzindo o que se considera um dos documentos mais importantes da saúde pública do final do século²⁸. Nessa reunião, que teve por título "I Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde", as preocupações éticas acima expostas estão manifestas no documento final através de frases afirmativas como: "a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a justiça social e a equidade são requisitos fundamentais para a saúde".

Os três pilares do paradigma ético contemporâneo (prefiro a palavra "contemporâneo" em substituição a "moderno", que considero hoje atemporal e ultrapassada) estão explícitos de modo ainda mais forte e claro em outra Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde promovida em 1992, na Colômbia²⁹. Através da Declaração de Santa Fé de Bogotá, assinada por representantes de 21 países, ficou explícita a necessidade do estabelecimento de uma cultura para a saúde e a constatação (mais uma vez...) da relação indissolúvel que existe entre saúde e desenvolvimento. Além de destacar a importância do desenvolvimento da solidariedade e da igualdade social para o alcance da promoção de saúde, o documento ainda tachou como inaceitáveis as doenças resultantes da desigualdade, da marginalidade e da destruição do meio ambiente.

Nos anos 90, portanto, a promoção da saúde passou a ser cada vez considerada como de maior importância dentro das políticas de saúde, inclusive na América Latina⁷⁵. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) ampliou significativamente sua interpretação, definindo-a

como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva⁸⁵. Dois aspectos chamam imediatamente a atenção nesta declaração: a abertura do leque de atores co-responsabilizados pela saúde pública; e o fortalecimento da questão do individual e do coletivo, provavelmente como consequência da expansão dos movimentos emancipacionistas das (erroneamente) chamadas "minorias": mulheres, negros, índios, homossexuais, deficientes físicos...

De fato, pouco se tem trabalhado no campo da saúde pública, por exemplo, com relação aos papéis e às responsabilidades éticas dos diversos personagens envolvidos nas mais diferentes atividades que dizem respeito ao SUS. Como se pode mensurar o compromisso ético (e a responsabilidade...): de um simples funcionário administrativo do centro de saúde que trata grosseiramente os usuário? Do médico que atende desleixada e desinteressadamente seus doentes? De um maqueiro que faz "corpo-mole" na portaria do pronto socorro? Do motorista da ambulância que questiona "desvio de função" ao ser solicitada sua ajuda para acomodar um acidentado grave no carro? Da moça da lavanderia ou da cozinha que descuida dos princípios indispensáveis de higiene e limpeza? Do político responsável pela adição de suspeitas "emendas" ao orçamento público? Do burocrata que retarda propositadamente a liberação de verbas dramaticamente aguardadas em locais próximos ou muitas vezes distantes? Ou do ministro que se julga senhor e dono absoluto da verdade e da "chave do cofre"?

Além de não ser o objetivo central do presente trabalho dar respostas a todas essas inquietantes interrogações, seria exaustivo desenvolver um estudo específico sobre cada uma delas e de tantas outras situações que sabemos acontecer diariamente nos hospitais, nas unidades sanitárias, nos gabinetes. Analisando com pertinência a responsabilidade ética dos administradores de saúde, por exemplo, Fortes³⁹ assinala que as decisões desses profissionais, por afetar tanto indivíduos como a coletividade, são atos de natureza ética, diversificados em razão do posicionamento do administrador dentro da estrutura organizacional de uma determinada instituição: "Múltiplos dilemas, resultantes de conflitos entre diferentes valores e princípios éticos, permeiam as decisões tomadas nas atividades administrativas cotidianas." Dilemas e responsabilidades éticas similares podem ser estendidas a todo o sistema formador de recursos humanos para o SUS, principalmente às universidades que, com sua unidirecionada viseira flexneriana não conseguiu vencer um dos seus compromissos mais elementares, qual seja suplantando o prosaico desafio de somar organicamente a

educação (entendida aqui como processo de ensino-aprendizagem) com a saúde pública e coletiva⁴⁶.

Nos parágrafos acima, referi-me principalmente à ética das responsabilidades individuais; sobre a ética da responsabilidade político-social e coletiva falaremos mais adiante, no capítulo sobre "perspectivas futuras". É indispensável, no entanto, ao tratarmos neste subtópico sobre os diversos papéis dos atores sociais no elenco da promoção da saúde, traçarmos um paralelo entre esse tema e a questão maior da cidadania e dos direitos humanos.

Do alto dos seus 86 anos de idade quase integralmente dedicados à defesa da liberdade, Norberto Bobbio¹⁸ é otimista com relação ao futuro. Durante uma conversa sobre as características dos tempos atuais que despertam preocupação para o futuro da humanidade, um jornalista perguntou-lhe se, em meio a tantas causas previsíveis de infelicidade, via algum sinal positivo. Ele prontamente respondeu que sim, via pelo menos um desses sinais: a crescente importância atribuída, nos debates internacionais, entre homens de cultura e políticos, em seminários de estudo e em conferências governamentais, **ao reconhecimento dos direitos do homem**(o grifo é meu).

Apesar do imenso respeito à figura do notável pensador italiano, arrisco discordar da sua previsão. Não por pessimismo, mas por precaução e realismo pois, embora espere viver ainda alguns anos mais, não creio que alcançarei ver um mundo justo e equilibrado. Segundo o relatório **Desenvolvimento Humano, 1992**, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o quadro das desigualdades sociais no mundo é crescente e alarmante: os 20% mais ricos da população mundial são donos de 82,7% do Produto Bruto Mundial, de 81,2% do comércio mundial, de 94,6% dos empréstimos comerciais, de 80,6% da poupança interna e de 80,5% do investimento interno.⁶⁵ O relatório alerta que as distâncias entre os 20% mais ricos e os 20% mais pobres da população do planeta duplicaram nos últimos 30 anos. Com esses números, somos obrigados a ser previdentes com relação a qualquer previsão. É difícil que mude nos próximos anos a presente situação mundial no que se refere à atenção aos direitos mais básicos da pessoa humana (moradia, alimentação, saúde, educação...), a não ser que medidas surpreendentes sejam tomadas no sentido de mudar o atual estado de coisas o que, no atual contexto político e econômico internacional, é muito pouco provável.

A questão dos direitos humanos está tão relacionada com a saúde pública e a cidadania, que há pouco tempo o Conselho da Europa enco-

mendou um estudo especial sobre o tema ao Instituto Internacional da Estudos sobre os Direitos Humanos, de Trieste. Um volume intitulado **Le médecin face aux droits de l'homme**, traz, ao longo de suas 1.485 páginas, uma série de estudos e problemas concernentes à ética dos profissionais e pesquisadores da saúde frente ao assunto. Seu editor, em publicação posterior e patrocinada pela mesma entidade⁵¹, analisa que "os direitos do homem nascem com o homem e, naturalmente, quando se fala de direitos da pessoa humana, se pensa na pessoa na sua integridade e, em consequência, se pensa também na sua dignidade, na sua liberdade, na sua saúde... O direito à vida faz parte integrante dos direitos fundamentais." Na mesma obra, Metrot⁷⁶ escreve que "o homem agredido pela doença continua a ser, em primeiro lugar, homem e cidadão." A questão da ética está tão intimamente ligada à questão dos direitos humanos, que esse livro inteiramente consagrado a ela e produzido com esmero pela secular **Enciclopedia Italiana**, omite a palavra "ética" no seu título. A omissão é sem dúvida intencional, uma vez que os autores procuraram alargar o campo da problemática, evitando propositadamente cair na tentação (fácil) que hoje torna possível confrontar toda e qualquer questão com a ética, o que tem contribuído, muitas vezes, para a vulgarização do seu conceito.

PRIORIDADE NO INVESTIMENTO EM SAÚDE, DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS E APLICAÇÃO DAS VERBAS

Na discussão da ética na saúde pública, não podemos deixar de enfocar com especial atenção a questão das prioridades definidas nos investimentos públicos. Conjuntamente, é indispensável também o estudo da distribuição e da aplicação dos recursos financeiros alocados no setor. Embora o assunto possa ser estudado a partir de diversas variáveis, em uma primeira análise proponho dividi-lo em três aspectos mais gerais e outros dois específicos.

O primeiro aspecto geral, refere-se ao fato que nos países ricos a esperança de vida ao nascer é geralmente 20 ou 30 anos maior que nos países pobres⁸⁴. Como já foi dito, os problemas de diferenças distributivas e que se manifestam no nível de vida (e saúde) das pessoas, ao invés de diminuir estão aumentando e, infelizmente, essa situação tende a acentuar-se nos próximos anos apesar dos incontáveis encontros diplomáticos internacionais de "boa vontade" contra a fome, a marginalização e a miséria. A divisão norte-sul está cada dia mais marcante, confirmando os escritos de Josué de Castro²² que observou que o mundo estava dividido em

dois diferentes grupos de cidadãos insones: os que não dormem de fome e aqueles que não dormem com medo daqueles que têm fome.

Outro aspecto geral, diz respeito a uma insólita situação que se verifica nos países pobres com relação aos países ricos: nas nações menos desenvolvidas, onde o Produto Nacional Bruto (PNB) já é reduzido e os problemas sanitários mais gritantes e dramáticos, os percentuais dedicados à saúde são em média três vezes menores do que nos países avançados¹⁰⁶. Sabemos que no Brasil estes percentuais oscilam entre 3 e 4% do PNB - com ditadura ou sem ditadura, com a direita ou com a esquerda no poder - o que nos coloca entre os países menos aquinhoados proporcionalmente em saúde, mesmo dentro do contexto da América Latina. As implicações éticas são ainda mais graves se dirigirmos a análise para as contradições internas dos próprios países do "terceiro mundo", pois seus cidadãos ricos vivem bem e muito mais tempo do que seus cidadãos pobres, desnudando de forma crua as discrepâncias decorrentes não só da própria exclusão social mas também do processo crescente de mercantilização estabelecido com relação à saúde¹⁶: quem tem dinheiro, compra-a; quem não tem, adoce e fica esperando a morte chegar ...

A terceira situação guarda relação com a sofisticação tecnológica, com os altos preços dos novos tratamentos (incluindo inúmeras provas de laboratório e outros exames delicados e caríssimos) e a conseqüente inacessibilidade dos mesmos à maioria das pessoas. Alguns dos principais pesquisadores do mundo estão começando a levantar inquietantes interrogações sobre o futuro, no que diz respeito ao enfoque das descobertas como um bem comum ou como um privilégio para poucos.

Neste sentido, atualmente as discussões já não estão mais centradas "nos efeitos que a presença do mercado está produzindo para a saúde ou para a medicina em si, mas no estabelecimento do mercado como valor absoluto"⁹¹. A mercantilização da saúde tem uma origem muito complexa. Em termos **morais** ela deriva da tendência típica do século XX, de mercantilizar qualquer coisa: não somente os produtos como também a natureza, o conhecimento, os sentimentos, o próprio corpo^{14,15}. Em termos **científicos** deriva do alto custo econômico das descobertas, que não permite que nem mesmo os países mais ricos as incluam nas suas ofertas públicas de serviços.

Analisando as coisas como estão, as perspectivas futuras não são muito animadoras neste particular, constatando-se o risco dessa tendência vir a ser ainda mais acelerada. Montagnier⁷⁹, o descobridor do vírus HIV

agente da AIDS, aponta uma perspectiva de difícil solução: "A investigação médica nos levará sem dúvida a soluções extraordinárias mas que serão tão caras que ocasionarão tremendas dívidas sociais. As terapias preventivas que poderão ser aplicadas antes do aparecimento de lesões irreversíveis talvez cheguem a prolongar a vida média por mais vinte anos... Mas as consequências sociais desta revolução biológica serão imprevisíveis. É claro que não poderão beneficiar dez bilhões de indivíduos e que os benefícios tocarão somente àqueles que tiverem meios para pagá-los".

Berlinguer¹¹ também manifesta-se preocupado com o modo como as coisas estão caminhando, pois a impossibilidade de conciliar fins contraditórios entre si - como a contenção de custos, a qualidade da assistência, a igualdade ao acesso aos serviços de saúde, a livre escolha de quem presta e de quem recebe o tratamento - exige uma reflexão mesmo daquelas pessoas que sempre defenderam o direito à saúde e à prestação de assistência sanitária. Para o autor, seja sob o ponto de vista cultural e moral, seja com relação aos seus efeitos práticos, estes direitos constituíram teses vencedoras durante grande parte deste século, onde a teoria do **welfare state** foi tema corrente em diversos países; "no entanto, arriscamo-nos a assistir sua erosão e enfim seu cancelamento, se não conseguirmos afrontar e superar os fatores irreconciliáveis acima mencionados, que alguns pesquisadores chegam a julgar absolutos e impossíveis de serem eliminados." Mas apesar de tudo, ele não se rende frente a tantas e difíceis evidências propondo que, a partir de alguns exemplos concretos, procuremos delinear alguns pontos fundamentais de uma ética que nos conduza a estabelecer **prioridades na medicina**.

A questão aqui tratada, portanto, guarda relação direta com as grandes decisões que determinam as prioridades de investimento do Estado e quanto ele destinará do seu orçamento global para a saúde pública e coletiva, decisões que são inevitavelmente políticas. Além dessa questão, deve ser analisado também o cumprimento do que a lei determina no que se refere aos percentuais destinados à saúde e à prioridade que algumas iniciativas ou medidas devem receber relativamente a outras. Em tese, por exemplo, a prevenção merece atenção preferencial com relação ao atendimento curativo-reparador. Todos esses assuntos, no entanto, não vêm sendo discutidos com seriedade e responsabilidade pelos sucessivos governos brasileiros.

O tema acima vem gerando discussões intensas mesmo nos países desenvolvidos. O filósofo inglês John Harris^{55,57} diz que quando os recursos são escassos, é possível proceder mudanças particulares nos níveis de

escassez, seja através de estratégias que permitam fazer frente à mesma ou por meio de aumento nas cotas orçamentárias destinadas à assistência sanitária. A partir dessa premissa ele questiona se, uma vez que o aumento dos recursos destinados à saúde significa a possibilidade imediata de salvar vidas de pessoas, a atenção à saúde não deva passar a ser considerada como uma questão de defesa (ou segurança) nacional: "Como o fato de existir um certo número de vidas em risco por falta de recursos financeiros é real e imediato, ao passo que as ameaças colocadas por inimigos estrangeiros é futura e teórica, devemos adotar o sadio princípio que define que os perigos reais e imediatos sejam enfrentados antes do que aqueles futuros e teóricos." Para exemplificar, o autor diz que é exatamente esse princípio que justifica a manutenção de caros serviços de pronto-socorro e a destinação imediata de recursos após um desastre aéreo ou em uma companhia mineradora.

Nesse ponto, Harris⁵⁶ - um polemista habilidoso - abre outro debate ao afirmar que as prioridades coletivas devem ser prioridades públicas e essas últimas, por sua vez, precisam ser estabelecidas não somente a partir das indicações populares, mas também da moralidade. Para ele, é responsabilidade do Estado e das instituições públicas dirigir a opinião pública quando esta é manifestamente injusta ou moralmente defeituosa, não simplesmente segui-la; uma prioridade importante é aquela de individualizar soluções morais com as quais se possa enfrentar a escassez, soluções que não comportam nem a discriminação injusta nem a tirania da maioria.

· Além de fazer uma defesa ética dos direitos das minorias (discurso atualíssimo nos países do primeiro mundo), a argumentação abre espaço para outros questionamentos. São moralmente justas as pressões econômicas feitas por determinados setores industriais contra o Estado (por exemplo, a liberação de impostos - indispensáveis ao escasso orçamento público - para os carros populares), com o argumento de proporcionar mais alguns empregos aos trabalhadores e bens de consumo mais baratos para as classes menos abastadas? Ou são eticamente corretas certas regalias corporativas exigidas por sindicatos fortes em favor dos seus associados, mesmo em prejuízo de outros setores menos organizados da população, como no caso da luta de algumas entidades de trabalhadores da saúde pela diminuição da jornada para 30 horas semanais? Nos países onde a taxa de desemprego é alta, essa última reivindicação só tem respaldo ético se ancorada no princípio maior que estabelece que a diminuição dos turnos de trabalho se efetivaria unicamente para proporcionar um aumento do número de empregos, de acordo com o princípio de "trabalhar menos, para que trabalhem todos".

Mesmo dizendo que devemos ser cuidadosos com a noção de igualdade, que "poderia ser confusa e perigosa em uma sociedade pluralista", Wildes¹¹¹ tenta acomodar os conflitos decorrentes da destinação dos recursos propondo "o desafio moral e prático de criação de um pacote básico de atenção à saúde". Resta saber, no entanto, se o "pacote sanitário" do tipo proposto deverá respeitar as mesmas regras que criaram a "cesta básica alimentar", já que as duas coisas se assemelham como idéia central, embora a segunda seja bem mais antiga. Em princípio, parece-me que o feijão, o arroz ou o sabonete não podem ser analisados no mesmo diapasão ético do infarto, da tuberculose ou da diarreia. Mas esta é outra questão, que merece estudos futuros mais pormenorizados.

Para não deixar o assunto inconclusivo, apenas recorde que o pacote acima foi proposto em um encontro realizado no Chile, em 1994, merecendo reparos educados mas imediatos de outros conferencistas presentes. Montt⁷⁷ disse que via dificuldades para concretizar a sugestão pois: a) o incremento da tecnologia na prática médica introduz diariamente novos conceitos e expectativas; b) existem dificuldades para se estabelecer os limites na definição dos "pacotes básicos de atenção" pois, assim como as pessoas, também as sociedades têm diferentes visões do que deva ser a atenção médica. Já Mansilla⁷¹, contra-argumentou com base nos problemas éticos que surgem da ausência de compatibilidade absoluta entre os objetivos de eficiência, equidade e liberdade individual.

Entre os aspectos específicos mencionados no início do presente tópico e que necessitam ser levantados, está a consolidação da tendência que tira a responsabilidade de identificação das prioridades sanitárias das mãos de profissionais e especialistas da área de saúde, transferindo-a para gerentes, economistas ou contabilistas com pouco conhecimento ou familiaridade com o setor. "É bem difícil que atitudes e procedimentos apropriados à administração de uma rede de negócios sejam adequados em um serviço sanitário onde, ao contrário, é necessária uma certa dose de sentimento humano unido a uma capacidade profissional específica que não pode ser substituída por transações de tipo puramente financeiro, nem de imposições de um gerente ou de um político."¹⁷

O segundo aspecto específico a ser mencionado, é aquele que trata da distribuição desigual dos recursos destinados às necessidades sanitárias de grupos humanos especiais como os idosos, as crianças, os homossexuais, os índios. Como deve ser tratada sob o ponto de vista financeiro-orçamentário, a questão da AIDS ? A decisão por acaso tomada, tem correspondência ética com a alocação de recursos destinada para um pro-

grama preventivo dirigido à meninos de rua, a um programa massivo de vacinação ou a um projeto que diminua os acidentes de trabalho? Estas situações e tantas outras que podem ser imaginadas, merecem estudos particularizados, além de análises equilibradas de todo o contexto em termos da quantidade de recursos existentes e disponíveis, prioridades, repercussões, grau de risco individual e coletivo, e outros. O tema da saúde pública, portanto, é da maior complexidade ética; as decisões financeiras nessa área devem ser tomadas em bases concretas, levando-se rigorosamente em consideração a totalidade do conhecimento científico acumulado e relacionado com o(s) assunto(s) em pauta.

4

ONTEM E HOJE

DA DEFESA DA "HONRA" AO EXERCÍCIO DO "COMPROMISSO"

As mudanças que aconteceram neste século foram profundas. Certos preceitos e preconceitos, dogmas, posturas e "códigos" secularmente estacionados, começaram a ser postos em dúvida, questionados e, em diversas situações, suplantados e modificados. Alguns deles, de uma hora para outra, outros mais lentamente. As duas Grandes Guerras Mundiais, a bomba atômica, Nuremberg, o Vietnã e outros registros históricos contundentes tiveram grande peso nas transformações que passaram a acontecer. Todos esses fatos específicos e tantos outros que se verificaram nos últimos 100 anos, ocasionaram severas alterações nas formas de vida no planeta através de agressões não só à biosfera, à flora e fauna, como, principalmente, mexeram nas profundezas da mente das pessoas. Juntaram-se a todos esses acontecimentos, notáveis avanços nos transportes, nas comunicações, nas ciências biomédicas, na informática..., descobertas que trouxeram mudanças radicais na qualidade e modo de vida dos povos dos cinco continentes; algumas para melhor, outras para pior. Uma coisa, porém, é inquestionável: em nenhum século anterior havia sucedido tanta coisa em tão curto espaço de tempo!

A perplexidade e o inconformismo dos anos 60, portanto, não aconteceram por acaso. A nova situação ficou bem caracterizada através de uma sucessão de acontecimentos que imediatamente adquiriu simbologia internacional, como o surgimento dos **Beatles**, **Woodstock**, os hippies,

a explosão caótica e surpreendentemente orgânica proporcionada pela juventude de todo mundo em maio de 1968. A opinião pública mundial detectou naquele momento que representativa parte dos cidadãos do planeta, composta na sua maioria por jovens, além de se mostrar profundamente preocupada como próprio futuro da humanidade, transbordava seus sentimentos contra velhos parâmetros morais que até então vinham justificando politicamente um sem-número de agressões, guerras, lutas por poder, destruição. Instalou-se, enfim, um sentimento generalizado de rompimento com os padrões até então estabelecidos na sociedade tradicional. E tudo isso, queiramos ou não, refletiu-se direta ou indiretamente nos setores que tratam com a sociedade e com o cotidiano das pessoas. A área de saúde não escapou à essa influência e as transformações (morais e éticas) dela decorrentes exigem nossa atenção. Neste sentido, procurarei analisar brevemente o passado e o que está sucedendo no presente com referência ao assunto, tentando desenhar, ainda, algumas perspectivas futuras.

O imortal cavaleiro **Don Quijote de la Mancha**, lendária figura criada por Cervantes, talvez seja o personagem que melhor personifica até hoje a intransigente defesa da honra. Em um rápido passeio pelo raciocínio, não é difícil perceber as imensas diferenças existentes entre o que se entende por honra hoje e o que ela significava há mil anos, há 300 anos ou há 50 anos. Antigamente, os cavaleiros duelavam pela honra até a morte: por uma simples palavra, por uma mulher, pela religião e pela fé, pelos seus soberanos e deuses. Embora algumas dessas situações ainda aconteçam residualmente em alguns países ou regiões atrasadas, as coisas mudaram substancialmente. Raramente se escuta falar, por exemplo, que pais de filhas "desonradas" sexualmente pelo namorado exijam a mão (ou a vida) do "agressor", mesmo porque as próprias filhas já não mais aceitam esse tipo de tutela paterna em nome de uma crescente autonomia. No campo religioso, o fundamentalismo islâmico e sua radicalidade destrutiva também constituem exceção.

É pertinente mencionarmos ainda que a questão da honra já se prestou aos mais diferentes objetivos ou interesses, em tempos passados e até hoje, desde o Antigo Testamento, percorrendo a Idade Média e a Inquisição, atravessando a Revolução Francesa e chegando à sangrenta máfia siciliana com seus **código d'onore** e **uomini d'onore**. Não creio, no entanto, que apesar de suas diferentes nuanças e de tantas mudanças históricas, a questão tenha ficado completamente afastada do foco da modernidade. Confessando certo temor de escorregar em alguma imprecisão conceitual, arrisco-me a sugerir que nos tempos atuais a honra continua viva, tendo apenas recebido nova dimensão que se manifesta, de certa forma, através

da ética. Acredito que a ética tenha incorporado determinados aspectos positivos do complexo arco-íris da honra, humanizando-a e democratizando-a. O que não é mais adequado no presente estágio da civilização, é mantê-la atrelada aos velhos conceitos autoritários e unilaterais. De certa forma, a honra deixa paulatinamente de ser um "princípio" para ir se configurando como adjetivo; em lugar da "honra de um homem ultrajado", entram em cena "os direitos do cidadão honrado".

Tentando encontrar uma resposta substitutiva no presente momento histórico para o antigo conceito de honra, perguntei a uma jovem de 13 anos que ainda cursa o primeiro grau escolar, que palavra poderia aproximar-se hoje ao que no passado se entendia por honra e ela contestou-me de imediato : "compromisso", agregando em seguida, "alguma coisa assim como responsabilidade, dever, obrigação". Esta resposta afirmativa me levou a pensar que a atualidade, no que diz respeito a questão da honra, caminha na direção dos conceitos de liberdade e autonomia, direitos e deveres, expressos pelas legislações modernas. A partir do aperfeiçoamento e da melhor aplicação do sistema jurídico, homens e mulheres passaram a se sentir mais protegidos pela lei contra as injustiças e agressões, desistindo (ou desobrigando-se) de resolver por iniciativa própria, inclusive pela via física, suas pendências. Mas o que tudo isso tem a ver com a ética em saúde ou mais precisamente com a ética na saúde pública?

A questão da honra, na sua versão medieval e punitiva, tornou-se residual entre cidadãos modernos que procuram atuar sobre a igualdade, equidade, universalidade, cidadania, direitos humanos e outros conceitos abrangentes e dinâmicos. A visão contemporânea do indivíduo honrado, significa o cidadão honesto, probo, correto, que exerça na vida uma postura ética coerente com seus princípios e com os princípios da sociedade pluralística na qual vive e da qual participa. A visão de honra, hoje, segue privilegiando o individual, mas teve acrescentada uma razoável quantidade de relações com o coletivo, inclusive no campo da saúde, onde o concurso de profissionais íntegros - desde os níveis elementares de escolarização até os mais especializados - é pré-requisito indispensável para o bom desenvolvimento de qualquer programa sanitário. Para esses profissionais, os princípios de "compromisso", "responsabilidade", "solidariedade" e outros da mesma linha, fazem naturalmente parte do cotidiano das suas tarefas. A honradez e a integridade não constituem para eles virtudes excepcionais, mas apenas características indispensáveis ao desenvolvimento digno das suas obrigações.

Com relação ao contexto da saúde dentro do Estado, a palavra "responsabilidade" adquiriu uma denominação diferente na Carta Constitucion-

al de alguns países, apesar da manutenção do seu significado original. No Brasil, a expressão que substitui "responsabilidade" é "dever". O artigo 196 da nossa Constituição²⁰ diz que: "Saúde é direito de todos e **dever** do Estado..." (o grifo é meu). Nessa redação, o termo "dever" traduz obrigação, compromisso e, ainda, responsabilidade. O chamado "estado de bem-estar social" (**welfare state**), implantado em diversos países europeus e nos Estados Unidos depois da 2ª Grande Guerra e que hoje passa por agudos problemas de várias naturezas para se manter ativo, traduziu de forma concreta esse **compromisso de honra** e responsabilidade do Estado frente à saúde e outros aspectos sociais indispensáveis ao desenvolvimento integral da vida cotidiana dos cidadãos. A sociedade brasileira luta há muitos anos para que seja realmente implantado o SUS (o que efetivamente ainda não aconteceu, se considerarmos rigorosamente com os fundamentos essenciais que determinaram sua criação); com um SUS equânime, universal, acessível, participativo, integral e descentralizado, o Estado brasileiro estaria cumprindo de forma honrada com suas responsabilidades constitucionais, o que, infelizmente, parece estar ainda distante de acontecer.

A "ÉTICA MÉDICA" NOS CURRÍCULOS UNIVERSITÁRIOS

Como não poderia deixar de ser, a direção seguida pelo ensino da ética nas diferentes carreiras da área de saúde através dos anos, teve como sinalizador o próprio caminho percorrido pelo processo evolutivo do seu conceito. Dessa maneira, as dificuldades que os mais diversos setores de atividades - jurídicos, políticos, religiosos, entre outros - tiveram (e ainda têm) para adaptar-se às transformações experimentadas pela concepção de ética através dos tempos, refletem-se também nos currículos universitários. Em alguns trabalhos que tive oportunidade de revisar, essa dificuldade é visível. Neste sentido, tomei como base determinadas referências bibliográficas sobre o ensino da ética na medicina, onde a situação não é diferente daquela encontrada em outras áreas da saúde como enfermagem, odontologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, e outros.

Um estudo recente que procurou mapear a realidade do ensino da Ética Médica em nível de graduação nas faculdades de medicina do Brasil, concluiu que: existe falta de unidade na compreensão e na localização do seu estudo nos processos de ensino-aprendizagem; as disciplinas responsáveis pelo assunto recebem variadas denominações e localizam-se em diferentes semestres ou anos da vida acadêmica do estudante; o conteúdo se inclina fundamentalmente para o lado deontológico da profissão; entre

os tópicos considerados mais importantes a serem abordados, destacaram-se a "responsabilidade profissional", o "segredo profissional", a "relação médico-cliente" e o "código de ética vigente"⁷³. Além dessas, existem ainda outras conclusões do referido trabalho que merecem uma análise mais cuidadosa.

Muito embora 95% das faculdades tenham o conteúdo programático de ética incluído nos seus programas acadêmicos, 66,7% delas não apresentam o tema como uma disciplina autônoma nos currículos. As denominações das disciplinas onde a ética é ministrada, são as mais variadas: "Medicina Legal e Deontologia Médica", "Deontologia Médica", "Ética Médica", "Medicina Legal e Ética Médica" e outras. Essa constatação reforça a crítica que o seu ensino é sempre colocado em posição secundária com relação às chamadas áreas de concentração nas faculdades de medicina; partindo dessa premissa, Coura³⁴ propôs que o assunto seja tratado em dois diferentes momentos curriculares: na disciplina de Farmacologia, no ciclo pré-clínico; e na "Introdução à Medicina", no ciclo clínico. Um estudo anterior já havia denunciado que a maioria dos cursos de medicina confundem o ensino da ética, com a inclusão de alguns temas de Deontologia Médica como complemento da Disciplina de Medicina Legal⁶. Como se pode perceber, existem muitos pontos indefinidos, além de que as opiniões são também bastante controversas.

Apesar de tudo, não me parece que a denominação da disciplina responsável pela abordagem da ética na medicina ou em qualquer outra carreira das ciências da saúde seja o ponto mais importante da questão. Da mesma forma, não creio indispensável a existência de uma disciplina específica para tratar do assunto (muito menos duas...), toda vez que o mesmo seja realmente abordado, de forma apropriada e com conteúdo pertinente e atualizado, de acordo com a pluralidade e complexidade que o momento histórico exige. Quando a pesquisa mais recente sobre o tema foi desenvolvida⁷³, já haviam transcorrido mais de 20 anos do surgimento formal da bioética. No entanto, nenhuma das 79 escolas consultadas parecia haver incluído o enfoque específico da bioética nos seus processos de ensino-aprendizagem; pelo menos, a investigação aqui referida não faz nenhum comentário neste sentido. Todos esses aspectos demonstram a lentidão e a resistência para que certos avanços consagrados em outras partes do mundo sejam incorporados aos programas acadêmicos das universidades brasileiras.

Outro item que chama a atenção no contexto do ensino da ética médica, refere-se a algumas manifestações baseadas em um formalismo acadêmico que vem sendo pouco a pouco abandonado em outras áreas de

conhecimento, inclusive na própria área de saúde. Um exemplo: "o ensino da ética médica deveria ser feito predominantemente de forma doutrinária e exemplar por professores-médicos entre os mais experientes, principalmente aqueles com o carisma de Chefe de Escola"³⁴. Nas pesquisas bibliográficas sobre ética médica, chama a atenção o representativo número de artigos publicados por antigos professores titulares das mais diferentes especialidades (ex-"catedráticos"), a maioria deles com idade avançada, mas com notável experiência clínica e que certamente tiveram e ainda têm muito a ensinar sobre ética, principalmente no que se refere à relação específica profissional-paciente.

Representativa parte desses artigos, no entanto, além de se mostrarem excessivamente rígidos nos seus "conselhos", "receitas", princípios e recomendações, acabam deixando escapar um certo saudosismo, e em algumas oportunidades até mesmo algum rancor, incompatíveis com a dinâmica dos acontecimentos, aspecto que limita a evolução de determinados conceitos que já se tornaram indispensáveis nesta altura da história. Algumas conclusões emitidas nos anos 70 sobre "o anunciado declínio do preparo ético, humanístico e técnico do médico", não conseguiam esconder ressentimento ao falar sobre "a troca do reduto familiar pelo reagrupamento substitutivo dos indivíduos em torno de lideranças improvisadas que desloca os alicerces da estrutura social mas não altera o eterno fenômeno do domínio de uns sobre os outros, dos fortes sobre os fracos, nem impede a formação de novas classes de oráculos e crentes, de opressores e oprimidos, de exploradores e explorados"²³. Embora expressando amargura, o mesmo artigo cita um pouco mais adiante que "os conceitos éticos mudaram mas não morreram".

Não acredito que os jovens de hoje tenham simplesmente jogado fora os caros valores éticos que nossos antecessores com tanto empenho defenderam, muito menos que a sociedade contemporânea esqueceu as referências morais que balizaram as relações e o comportamento dos nossos antepassados. Na verdade, esses valores não estão perdidos nem deixaram de ter sua representatividade: apenas transformaram-se, adaptaram-se às novas necessidades e exigências históricas. E, acima de tudo, estão requerendo empenho acadêmico desapaixonado e virtuosa compreensão por parte daquelas pessoas dedicadas ao seu estudo, visando principalmente evitar conflitos desnecessários que venham desviar o foco de atenção investigativa dos aspectos mais importantes que dizem respeito ao progresso do processo ético.

Diversos pesquisadores brasileiros podem ser incluídos no grupo daqueles que compreenderam com mais clareza (e aceitaram) os tempos

atuais e as buscas éticas dos mais jovens, principalmente dos estudantes universitários. Apesar de em vários casos esses professores já se encontrarem além da metade das suas carreiras, interagem harmonicamente com as novidades, contribuindo ao aperfeiçoamento das mesmas através das suas valiosas contribuições no campo da ciência e suas relações com os fenômenos vitais, assim como com suas ricas experiências de vida^{70,72} Hossne⁵⁹, ao focar as inquietações e indagações éticas na relação professor-aluno, diz que não existe receita pronta e acabada para que ela seja adequada e sadia; dentro dessa relação - que para ele deve ser dinâmica e bilateral - destaca como ponto fundamental o "ter consciência da responsabilidade e assumí-la, com humildade, franqueza, sinceridade, dentro do mais amplo clima de liberdade e com profundo respeito pelos valores humanos". Também dedicando-se à questão da ética para os estudantes, Siqueira¹⁰⁴ escreve que estes não podem aceitar a existência de patamares diferenciados de cidadania nas escolas médicas (entre professores, alunos e demais servidores) e que os verdadeiros preceitos da ética - médica e social - devem ser apreendidos na prática dos serviços de saúde, procurando melhorar a equidade, a resolubilidade, a eficiência e a eficácia.

O comportamento moral que se espera dos profissionais de saúde, no entanto, não depende de transformações na forma de ensinar, e sim, da busca de um novo paradigma para a medicina (nas suas diversas ramificações) e para a sociedade.⁴ O processo de ensino-aprendizagem da ética nas faculdades de ciências da saúde deve ter como base a bioética, entendida como um movimento empenhado em procurar o equilíbrio (instável, como já foi explicado) dos conflitos atuais e futuros entre os indivíduos e a natureza, além de contribuir na melhoria das condições de vida, cidadania e dos direitos humanos. O enfoque educacional da bioética deve contemplar principalmente os princípios da **autonomia** dos diversos atores da vida social, a **pluralidade** sócio-cultural das pessoas e do conhecimento científico (através da soma interativa das diversas áreas de interesse), a definição dos conteúdos tendo como referência a **responsabilidade** científica e social das áreas da saúde. Aos três pontos acima referidos, devem ser agregados, ainda, os princípios da **beneficência**, da **justiça**, da **excelência (qualidade)** e da **virtude**.

A ÉTICA E A FRAGMENTAÇÃO DA CIÊNCIA: AS "ESPECIALIDADES"

Algumas descobertas efetuadas no campo médico-biológico no final do século passado e no início deste, contribuíram para a aceleração

de mudanças profundas na forma de ensinar (e aprender) as ciências relacionadas com a saúde. Achados como as bactérias (Pasteur), bacilos (Koch) e um pouco mais tarde os vírus, ao lado dos primeiros passos dados pela biologia molecular e pela genética, trouxeram enormes benefícios à vida humana. Dentro desse contexto, no entanto, o entusiasmo com as novas descobertas acabou reduzindo o enfoque da causalidade das doenças exclusivamente a simples confrontos biológicos (microrganismos versus homem), com o "esquecimento" das imensas contradições existentes entre o biológico e o social (o mundo biológico e a realidade e os interesses sociais das sociedades humanas) ^{40,41}. O movimento para institucionalizar a teoria microbiana, no início do século XX, foi abraçado com grande vigor principalmente pelos institutos privados de investigação que tinham interesses financeiros. Na prática operativa desses laboratórios de pesquisa, a relação entre as doenças, a natureza e a sociedade foi praticamente excluída.

Dentro de tal contexto é que se consolidaram a partir dos Estados Unidos para todo o mundo, as conclusões apresentadas pelo conhecido Relatório Flexner, publicado em 1910 pela Fundação Carnegie³⁸. É importante registrar que essa instituição tinha relação direta com os interesses comerciais dos laboratórios anteriormente referidos. Entre os anos 1910 e 1930, nada menos que 300 milhões de dólares (uma verdadeira fortuna para aquela época) foram aplicados pelas fundações privadas norte-americanas na implementação das teorias flexnerianas²¹. As principais recomendações do relatório foram as seguintes: a duração dos cursos médicos foi aumentada para quatro anos, além de ter sido definida a forma de ingresso nos mesmos; o ensino clínico foi ampliado, focalizando especialmente a prática hospitalar; instituiu-se o ensino laboratorial e o regime de trabalho docente em dedicação exclusiva; as escolas médicas foram vinculadas às universidades; foi dada especial ênfase à pesquisa biológica, tendo sido estabelecida uma estreita relação entre ela e o ensino; a especialização médica foi estimulada.

Com a aceitação entusiástica de todos estes princípios, no entanto, o processo de ensino-aprendizagem da saúde nas universidades norte-americanas acabou fragmentando o estudo do homem, dividindo-o em partes isoladas (muito embora devam ser ressaltados os benefícios que a transformação também ocasionou). O homem-forma passou a chamar-se anatomia; o homem-função, fisiologia; o homem-tecido, histologia; o homem célula, citologia; o homem-pulmão, pneumologia, o homem-coração, cardiologia; o homem-dente, odontologia; e assim por diante... A partir dessas rubricas, foram criando-se outras e outras, todas elas com carac-

terísticas crescentemente reducionistas, como a periodontia (estudo das gengivas), a endodontia (estudo do canal dos dentes) e a endodontometria (estudo da medição do comprimento dos canais dentários). Desta forma, os novos núcleos de conhecimento científico tornaram-se proporcionalmente tão reduzidos (no seu conteúdo e campo operacional) quanto associados (no que se refere à equidade), pelo distanciamento crescente do objeto clínico com relação à unidade social do homem na sua totalidade.

Todo esse discurso, no entanto, não pretende ser dogmático muito menos obscurantista. Ninguém pode de sua consciência criticar os avanços que a especialização médica trouxe para a melhoria das condições de vida das pessoas, muito embora esses avanços curativo-reparadores tenham acarretado aumentos muitas vezes insuportáveis nos custos dos tratamentos com conseqüente inacessibilidade social aos seus benefícios. Como o objeto do nosso estudo é a ética, interessa-me analisar este aspecto dentro do contexto das especializações, as quais, numa dimensão ideológica, derivam do mecanicismo que impôs a parcialização abstrata do objeto global, segundo um esquema contraditório que aprofunda o conhecimento específico e ao mesmo tempo diminui a compreensão da totalidade; em outras palavras, é a troca da globalidade do sujeito pela profundidade do conhecimento de suas dimensões específicas⁷⁵. Apesar das inegáveis vantagens que a criação das especialidades trouxe, dois fenômenos passaram a acontecer com freqüência após sua chegada: a) o profissional adquire grandes conhecimentos sobre dimensões específicas e reduzidas do corpo humano, acabando muitas vezes por não ver ou não compreender o ser social (indivíduo) no qual os fenômenos estão acontecendo; b) com a divisão do corpo humano em partes (especialidades), a responsabilidade ética também foi dividida, dispersou-se: cada especialista passou a ser responsável por um fragmento da história clínica do doente, ninguém é responsável pelo todo.

No que diz respeito às advertências éticas formuladas com relação à fragmentação que acontece nas diferentes especialidades da saúde, a saúde pública fica de certa forma favorecida. De um modo geral, seu objeto de estudo não está relacionado com partes específicas do corpo humano e sua essência tem como objetivo principal o enfoque do coletivo na sua complexidade e globalidade. No entanto, seus variados matizes administrativos, organizativos, preditivos, preventivos e até mesmo terapêuticos, também não podem ser subestimados, pois a fragmentação à qual nos referimos algumas linhas acima pode dar-se também nesse contexto, favorecendo a divisão em partes e a artificialização de processos que devem sempre ser analisados, interpretados e atacados de forma integral e integrada.

LIMITAÇÃO DOS CONTEÚDOS ACADÊMICOS AOS CÓDIGOS DE ÉTICA PROFISSIONAL

Em um texto publicado em 1992, a OPAS⁸⁶ fala sobre a necessidade de se criar um novo estatuto de valores para a área sanitária. Tal estatuto deve "transcender a influência das mudanças verificadas nos padrões da prática e reconstruir a ética das relações básicas do exercício profissional e da função social de atender as necessidades de saúde, considerando as dimensões da relação médico/paciente, as relações entre 'os trabalhadores coletivos' e entre educação e prática médica". Para a OPAS, a relevância social do **ensino médico** como critério ético entra em contradição com o critério de qualidade da atenção dominante, definido na sua essência pela incorporação tecnológica, e que tende a ser assumido nos mesmos termos no processo de formação. Este interesse em relacionar a ética com o ensino médico é colocado na mesma linha das preocupações manifestas no tópico anterior no que diz respeito à especialização. Ainda segundo a OPAS, "nesse resgate de seu compromisso com sua sociedade, as Escolas não poderão nem deverão ficar marginalizadas do debate sobre a equidade e a busca de formas organizativas da atenção que combinem mecanismos solidários com a qualidade necessária para atender às necessidades sociais e superar as diversas formas de segmentação e exclusão social".

Todavia, parece que isso não vem acontecendo nas nossas instituições públicas, onde geralmente se verifica uma verdadeira separação entre os organismos encarregados das políticas de saúde (ministérios, secretarias, prefeituras...) e aqueles responsáveis pelas políticas educacionais. Em campos como o da saúde pública, nos quais deveria obrigatoriamente acontecer uma interface cooperativa e integrada entre os setores sanitário e educativo, há muito pouco diálogo prático^{45,46}. Essa falta de comunicação é extensiva aos programas acadêmicos desenvolvidos nas universidades, onde os currículos de estudo e os conteúdos programáticos disciplinares raramente contemplam conhecimentos sobre o que acontece efetivamente na prática sanitária do país (as ações do SUS, por exemplo). No que diz respeito ao ensino da ética em saúde, o panorama é semelhante. Independentemente da disciplina na qual o conteúdo de ética é desenvolvido, o que se constata é a desvinculação do mesmo com a prática cotidiana desenvolvida no setor sanitário público.

O Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos no Brasil (acordo firmado entre os Ministério da Educação, da Saúde, da antiga Previdência e Assistência Social e a OPAS), obteve dados de 51 esco-

las de medicina do país com relação ao ensino da Deontologia.¹⁰⁵ Vale ressaltar que na época em que a pesquisa foi realizada, a bioética ainda não fazia parte dos currículos regulares no Brasil; mesmo nos dias atuais, ainda é mínimo o número de universidades que a incluem nos seus programas acadêmicos. Esse estudo, além de constatar que "os poucos livros-textos que possam ser úteis para o ensino da Deontologia apóiam a conclusão de que parece haver uma apatia e desinteresse acentuados pela área de ética médica nas Escolas de Medicina", apresentou duas outras conclusões que merecem ser melhor analisadas.

Uma delas refere que o ensino da *Ética Médica*, como disciplina isolada, tem sido contestado por alguns docentes, sob a incompleta alegação de que a ética não se aprende, mas se apreende a partir dos exemplos dos docentes e supervisores médicos. Ou seja, parece que esses professores limitam a ética exclusivamente aos aspectos afetivos ou atitudinais da relação profissional-paciente, esquecendo todas as demais interconexões cognitivas (e mesmo psicomotoras) exaustivamente comentadas neste livro e que envolvem a compreensão e exercício do amplo universo da bioética, incluindo ainda aqueles aspectos legais e penais indispensáveis ao entendimento e enfrentamento de determinados problemas. O surgimento da bioética indicou que os aspectos epistemológicos e morais da prestação de assistência sanitária já não podiam mais ser descritos exclusivamente em função dos parâmetros da relação profissional-paciente.⁹⁵ A bioética abarca um campo muito maior do que aquele da estrita relação médico-paciente, e inclui a responsabilidade profissional por todas as formas de vida e pelo *ethos* particular que deve prevalecer nas formas modernas da medicina organizada e institucionalizada.²⁷

A segunda conclusão refere-se ao fato que os conteúdos programáticos das disciplinas de Deontologia da maioria das escolas médicas brasileiras seguem predominantemente a seqüência formal do Código de *Ética Médica*, aspecto esse até mesmo recomendado em alguns estudos.⁹⁴ Assim, são privilegiados os seguintes assuntos: introdução à ética médica; responsabilidade profissional; segredo médico; honorários profissionais; relação profissional-paciente; relacionamento com colegas e entidades médicas; charlatanismo e curandeirismo; deveres fundamentais do médico. Ora, além da constante dificuldade de atualização que os códigos profissionais enfrentam devido a rapidez do desenvolvimento científico e tecnológico, ao invés de seguir uma receita estática e pré-estabelecida, é preferível que as disciplinas passem a focar e analisar problemas e casos práticos que poderão acontecer na realidade concreta da vida profissional dos futuros médicos.

A excessiva preocupação educacional no sentido de que sejam formal e rigorosamente acatados e respeitados os códigos de ética profissional, acarreta outras distorções, principalmente relacionadas ao fato de que as propostas programáticas disciplinares ficam excessivamente "amarradas" a valores absolutos, restringindo a possibilidade dos estudantes levantarem discussões (e mesmo contestações) frente aos aspectos que entendem incorretos, inadequados ou ultrapassados. A liberdade, que é um dos valores éticos mais importantes a ser transmitido aos futuros recursos humanos da área de saúde, desta maneira, fica com sua abordagem prejudicada, podendo gerar limitações e distorções na própria formação ética do estudante.

5

PERSPECTIVAS FUTURAS

A ÉTICA DA RESPONSABILIDADE: CIENTÍFICA E SOCIAL

Algumas semanas antes de falecer, em Nova York, o pensador alemão Hans Jonas concedeu uma extraordinária entrevista ao filósofo Vittorio Hosle⁵⁸. O alvo de suas declarações era o fato que nos dias de hoje sentirmos freqüentemente que o progresso moral não avançou proporcionalmente ao progresso intelectual (científico e tecnológico): "O conhecimento que temos sobre o homem, sobre a sociedade e sobre a história, ficou atrasado com relação que sabemos sobre a natureza. O progresso é até agora unilateral e desequilibrado, e esse aspecto exprime um total desconhecimento do fenômeno humano e particularmente daquele ético". Fazendo uma prospecção sobre o futuro da humanidade, ele refere-se ao fato que na "sociedade planetária da tecnologia de alto risco" não pode ser privilegiado o bem-estar deste ou daquele grupo social, mas a sobrevivência, a qualidade da vida e a integridade do gênero humano.⁸⁸ Para Jonas, neste momento o homem está aberto à responsabilidade e ao risco, é chamado a dar-se conta de si e da sua descendência, a mostrar respeito pela totalidade do mundo natural e a tornar-se, por tudo isso - não no idealismo da consciência, mas na escolha do agir -, guardião do próprio ser.

É prudente que a humanidade - e especificamente o setor das ciências da saúde - reflita com cuidado sobre as sinalizações apontadas por Jonas a respeito do princípio da responsabilidade científica e social e da aparente impotência da ética e da filosofia contemporâneas frente ao homem

tecnológico, possuidor de tantos poderes não só para desorganizar como também para mudar radicalmente os fundamentos da vida, de criar e destruir a si mesmo.⁶¹ Ao mesmo tempo em que gera novos seres humanos através do domínio de complexas técnicas de fecundação assistida, o homem tecnológico agride e desequilibra, diariamente, o meio ambiente do qual depende a manutenção futura da sua espécie. A AIDS, o crescente número de acidentes com mortes no trânsito, a difusão internacional das drogas, assim como diversos tipos de câncer, ou a silicose (que continua absurdamente atingindo os trabalhadores brasileiros), são "invenções" desse mesmo homem tecnológico, que oscila suas ações entre a criação de novos benefícios e a insólita destruição de si mesmo.⁴⁸ O Brasil carrega há muitos anos esta insustentável contradição ética: ao mesmo tempo em que alguns hospitais do país alcançam desenvolver cirurgias da maior complexidade técnico-científica, como transplantes múltiplos de órgãos ou intervenções intra-uterinas em coração de fetos, dezenas de adultos e crianças continuam morrendo diariamente de problemas que poderiam ter sido evitados através de corriqueiras medidas sanitárias.⁴⁹

Principalmente com relação aos problemas e contradições que a humanidade se vê hoje obrigada a enfrentar, para Jonas é necessário que a racionalidade ética caminhe com a mesma velocidade do progresso científico e tecnológico. Apesar de não usar a expressão "ética prática", manifesta que a filosofia pode dizer várias coisas concretas: que tipos e formas de vida são melhores do que outras, que coisas trazem benefícios ou danos. Segundo ele, o progresso moral coletivo pode ser evidenciado de três formas: a) através da legislação dos Estados modernos; b) em certos valores que são incorporados nos códigos das leis; c) nos comportamentos públicos.

O Brasil experimentou avanços significativos nos últimos anos com relação aos dois primeiros pontos acima. No que se refere aos aspectos legislativos do setor saúde, evoluímos muito mais que a nossa emperrada prática coletiva, que está longe de acompanhar os progressos proporcionados pela lei. Depois de uma grande luta de toda sociedade civil brasileira e canalizada principalmente pela Plenária Nacional de Saúde, nossa Carta Constitucional tornou-se uma das mais avançadas do mundo quando dispõe sobre a saúde e as questões médico-sanitárias. Da mesma maneira que a nossa Lei Orgânica de Saúde está assentada sobre os modernos princípios teóricos da descentralização, universalização, equidade e outros, a 9a. Conferência Nacional de Saúde reafirmou, em 1992, todas essas decisões constituindo-se num forte veículo de argumentação e mobilização política, no sentido da municipalização das ações, criação dos distri-

tos sanitários, estímulo à participação popular e capacitação da população para gerenciar o processo.³⁰

A maior dificuldade reside na implementação prática dessas conquistas legais. Trata-se, assim, de passar das disposições constitucionais à prática: do fazer e do transformar, para voltarmos a ter esperança de quadros epidemiológicos mais dignos no que se refere à saúde dos brasileiros. De acordo com o terceiro princípio acima mencionado, significa "adicionar aos comportamentos públicos o progresso moral já verificado na legislação". Os governantes brasileiros pós-ditadura militar (e já estamos no quarto...) não captaram a amplitude ética da expressão "saúde, direito de todos, dever do Estado", muito menos a responsabilidade e compromisso público que significa sua efetiva implementação. Também nas universidades não entenderam suficientemente esse contexto, pois resistem a incluir em seus currículos de estudos da área de saúde e afins, disciplinas e/ou conteúdos programáticos relacionados com o SUS e seus desdobramentos concretos; a preferência continua com as disciplinas de aplicação clínica direta que privilegiam as doenças em detrimento da saúde, estimulam prematuramente a especialização e favorecem o crescente processo de intervenção (com finalidades lucrativas) da iniciativa privada no setor.

Os desvios éticos produzidos pelo Estado, pela maioria do aparelho formador (principalmente as universidades) e até mesmo por algumas corporações profissionais da área de saúde que defendem privilégios absurdos para seus representantes (por exemplo, a questão da jornada de trabalho semanal de 30 horas...), mostram a inexistência de uma racionalidade ética no sentido da aplicação das medidas que a legislação já comprometeu em proporcionar aos cidadãos do país.

Analisando as responsabilidades do Estado no contexto bioético, Gonçalves⁵² deixa as macro-questões de lado e dedica-se ao estudo pontual das obrigações públicas diante das pesquisas biológicas - também de grande importância para nosso futuro - analisando três argumentos principais : a) a necessidade do país desenvolver vacinas indispensáveis à nossa realidade (contra a malária e para controlar os vetores da doença de Chagas e da esquistossomose), uma vez que os países desenvolvidos dificilmente investirão economicamente nestes problemas ; b) a defesa contra a pretensão das empresas multinacionais em patentear plantas naturais dos países subdesenvolvidos e o risco ainda maior dessa investida ser estendida aos seres vivos ; c) a criação urgente de um Código Nacional de Bioética visando a defesa dos direitos do cidadão em relação às conquistas e aquisições recentes da biomedicina.

Procurando sintetizar o que foi dito nos parágrafos anteriores, encontramos-nos frente à necessidade de mudanças não somente dos antigos paradigmas técnico-científicos, como também dos compromissos e responsabilidades sociais, o que não significa obrigatoriamente a dissolução de todos os valores já existentes, mas sua transformação. "Devemos avançar de uma ciência eticamente livre para outra eticamente responsável, de uma tecnocracia que domina o homem para uma tecnologia que esteja a serviço da humanidade do próprio homem, ... de uma democracia jurídico-formal a uma democracia real que concilie liberdade e justiça."⁶⁹

Há uma tradição na sociedade brasileira, no entanto, que certos segmentos hegemônicos são os que têm estabelecido e determinado unilateralmente os direitos do indivíduo e os rumos a serem seguidos pela sociedade. Esta tradição não só é geradora de desigualdades cada vez mais profundas, como também limita e condiciona o exercício dos próprios direitos (individuais e coletivos). O direito, que é elemento fundante da ordem da cidadania, não deve ser atribuído, ao contrário, o princípio ético-político que rege a noção mais elementar de direito é aquele decorrente da própria existência humana, pois na medida em que a pessoa nasce já se configuram direitos: "Assim, mais do que configurados, os ditos direitos necessitam ser acessíveis e materializáveis, para que se alcance a cidadania política."⁵ No caso brasileiro, é necessário que a sociedade passe a exigir o cumprimento das conquistas legais nas quais esteve empenhada através das vigorosas manifestações que aconteceram na época da última Assembléia Nacional Constituinte. Com relação ao SUS, somente será possível a materialização dos seus princípios, com o conseqüente acesso dos usuários aos benefícios por ele proporcionados, quando o conteúdo já existente na legislação seja realmente cumprido de forma ética e responsável pelo Estado.

Estas transformações, no entanto, são de difícil execução, pois a resultante moral da modernização não tem conseguido articular a agenda moderna da autonomia com o ideário aristotélico da felicidade, colocando em perigo a própria sobrevivência do planeta no seu conjunto, como já foi dito. As conseqüências da aliança entre ciência, técnica e economia em um contexto de liberalismo político e capitalismo trouxeram progresso, desenvolvimento, riqueza e liberdade política somente em uma parte do mundo, gerando pobreza, subdesenvolvimento e desigualdades nas suas outras 2/3 partes.⁹⁵ Salvat⁹², mesmo traindo seu desencanto frente as dificuldades presentes, tentou dimensionar o problema entre "a necessidade e a impossibilidade de fundamentar a ética na era da ciência e da técnica". Deste diagnóstico sombrio, nasce a preocupação ética de Apel^{1,2}, de que as morais dependentes da racionalidade estratégico/instrumental, do decisionis-

mo, do irracionalismo subjetivista ou do pragmatismo, se mostram incapazes para fazer frente aos desafios, isto é, para fundamentar as bases de uma macro ética da responsabilidade solidária.

Segundo alguns autores que mostram-se preocupados com a situação atual de uma "ética sem moral"^{32,92}, as perspectivas futuras direcionam à necessidade de radicalização da democracia a partir de um novo sujeito moral (indivíduo), que tem com base de atuação a **participação** e a **autonomia**. De certa forma, esse contexto guarda relação com o conceito de "democracia radical", a qual significa: a) a idéia do sujeito autônomo que exerce sua autonomia nos diferentes âmbitos da vida social (político, médico, ecológico, pedagógico, econômico, etc.) levando em consideração suas peculiaridades; b) que defende no plano individual um novo humanismo contra o neo-individualismo; c) que prega no plano coletivo a democracia participativa em lugar do antigo poder centralizado.³³ Com relação ao "princípio da radicalidade", vale lembrar que o problema central da bioética não é o do "limite ético", mas aquele das razões que justificam um dado juízo moral. No caso brasileiro, portanto, um processo de radicalização política e social que venha objetivar o cumprimento das leis que determinaram a Reforma Sanitária, é perfeitamente justificado e amparado pelas teorias éticas.

A ÉTICA DA PREVENÇÃO

Embora a prevenção seja uma forma de intervenção antecipatória às doenças, com ampla repercussão positiva no contexto dos processos sanitários que acontecem nas sociedades humanas, sua utilização tem sido desproporcional aos benefícios que ela produz. A subutilização das diferentes medidas preventivas, pelos mais variados motivos, nos levam a refletir sobre as razões disso acontecer. E mais, transportam o pensamento a questionar sobre sua melhor utilização futura. Deixando de lado algumas poucas situações sanitárias específicas onde a prevenção não seria eletiva e procurando visualizar a problemática médico-sanitária na sua historicidade e globalidade, é praticamente impossível apontar razões éticas que justifiquem o privilegiamento de ações curativo-reparadoras em detrimento das intervenções preventivas: seja sob a argumentação econômico-financeira relacionada com razões de custo-benefício; seja através do seu caráter democrático que proporciona maior acessibilidade aos usuários de um sistema universalizado de atenção; ou ainda pela eliminação (ou diminuição) dos conflitos que afligem profissionais de saúde, familiares e demais pessoas envolvidas com o enfermo quando uma determinada doença grave já se instalou no seu organismo.

É muito representativo o número de estudos conceituais ou aplicados desenvolvidos sobre a prevenção na área de saúde. Uma afirmação tida como óbvia, mas que merece ser melhor discutida, refere-se à economia que representa para os cofres públicos a execução adequada de programas preventivos de amplo alcance. Em termos exclusivamente monetaristas, esta não é uma verdade absoluta pois, se por um lado a prevenção pode afastar e atenuar as doenças, pelo outro não consegue evitar a velhice nem os processos que antecipam a morte, isto é, as fases da vida nas quais as despesas terapêuticas tornam-se mais elevadas⁹. Numa perspectiva essencialmente humana, no entanto, quanto mais tempo se pode postergar as mutilações, a dor ou o sofrimento através de intervenções preventivas, mais se estará sendo coerente com o princípio ético básico da beneficência.

Além das justificativas acima apresentadas em defesa da prevenção, deve ser lembrada ainda a escassa eficiência da medicina curativa nos casos de doenças crônico-degenerativas, que juntamente com os acidentes de trânsito estão se tornando os grandes **killers** da sociedade industrial. Diversos tipos de câncer e certas doenças do sistema circulatório, por exemplo, podem ser perfeitamente prevenidas; quando isso não acontece, essas doenças passam a evoluir de forma insidiosa, causando não só enormes transtornos físicos e morais para os pacientes e suas famílias, como exigem enormes gastos com medicamentos, cirurgias, internações hospitalares, e outros. Um antigo escrito do século IV A.C. já ensinava que o melhor médico não é aquele que sabe curar as pessoas doentes, mas aquele que sabe ensinar o modo de conservar a saúde.

Por outro lado, é necessário analisar a crescente utilização da prevenção, nos diferentes campos da saúde, como mais uma forma de obtenção de lucro financeiro. Em um artigo publicado em 1991, cunhamos a expressão "preventivismo" para as insólitas situações em que as ações preventivas passaram a ser exploradas pela iniciativa privada com objetivos mercantís.³¹ A prevenção tem nos princípios da equidade e da universalidade seus mais preciosos argumentos; transformá-la em mais uma mercadoria sujeita às leis da oferta e da procura não é somente vulgarizá-la, mas, principalmente, alijar as camadas carentes da população do instrumento mais acessível (e em muitas ocasiões o único...) que dispõem na defesa contra as doenças. Deste modo, a estratégia mercantilista parece caminhar no sentido de reduzir as ações preventivas a simples medidas técnicas. Diferentemente do preventivismo verticalista que privilegia o atendimento individual em detrimento do coletivo e o lucro no lugar do direito, a **prevenção** tem um sentido moral universal, que corresponde a uma verdadeira filosofia de compromisso público com o benefício coletivo e a justiça.

Com a alta assombrosa registrada nos custos da atenção médica nos países desenvolvidos em decorrência do progresso científico-tecnológico e da sofisticação dos métodos de diagnóstico e de tratamento, no entanto, a prevenção voltou a ocupar lugar destacado no cenário sanitário internacional. Até mesmo instituições tradicionalmente conservadoras como a **British Medical Association** e o **British Medical Journal**, modificaram sua linha de ação, tomando a iniciativa de promover em maio de 1994 um congresso de âmbito europeu intitulado "As desigualdades sociais na saúde", o que, para a Inglaterra, representou "um verdadeiro salto para fora da era Thatcher".¹² Nesse encontro, três aspectos emergiram como referenciais no sentido da promoção de articulações sanitárias futuras: a) classes sociais e grupos de renda; b) problemas do trabalho e do desemprego; c) grupos de pessoas de origem "extracomunitária" exilados, emigrantes e outros). Por trás desse enfoque, ficou clara a preocupação dos congressistas com o "público" e o "coletivo" através da utilização de uma metodologia que agrupa os problemas de forma a possibilitar a organização de medidas não só terapêuticas, como também preventivas.

De fato, o pouco empenho atual do setor sanitário pela prevenção primária contrasta com o grande esforço que caracterizou o final do século passado e o início deste com relação à descoberta de importantes vacinas e aos avanços verificados na execução de medidas profiláticas contra doenças infecciosas e parasitárias, acontecimentos que contribuíram de forma decisiva para o melhoramento das condições gerais de saúde no mundo. Segundo Mondella⁷⁸, instalou-se no século 20 uma espécie de "paradigma cartesiano" que considera o organismo humano (no que diz respeito às condições de saúde e doença) como uma máquina relativamente autônoma das condições psicológicas e sociais; nessa perspectiva, as atividades clínicas desenvolvidas seriam apenas uma consequência do enfoque predominantemente biológico dado ao organismo humano. Para ele, a necessidade de substituir o modelo cartesiano da medicina por um modelo biopsicosocial deriva da exigência de uma nova concepção holística do organismo como sistema integrado, do caráter plurifatorial de cada estado de saúde e de doença e também do reconhecimento dos elementos psicológicos e sociais que interagem com os estados biológicos humanos.

A questão "saúde", num país com contradições tão pronunciadas entre os diferentes estratos da população como o Brasil, tem um significado profundamente social. Trata-se, portanto, de uma questão de responsabilidade do Estado e não só do cidadão, das coletividades ou de categorias profissionais específicas, que se auto-delegam poderes morais -

desproporcionais - às suas obrigações sociais e técnicas. O Estado tem grande parcela de culpa neste cenário, pois frequentemente reduz os problemas sanitários ao enfoque médico-hospitalar, limitando a compreensão científica e social dos quadros epidemiológicos registrados e, principalmente, priorizando a doença em relação à saúde. Dentre todas as medidas necessárias para a melhoria das condições sanitárias do País, a prevenção continua sendo - e por muito tempo será - a ação prioritária.

O "PRINCÍPIO DA SACRALIDADE DA VIDA" E O "PRINCÍPIO DA QUALIDADE DA VIDA"

A conferência do presidente da Associação Mundial de Bioética, Peter Singer¹⁰³, por ocasião do encerramento do II Congresso Mundial da entidade realizado em Buenos Aires, em outubro de 1994, teve o seguinte título : "Como a morte cerebral e o estado vegetativo persistente tornaram insustentável a ética da sacralidade da vida." É quase desnecessário mencionar a grande polêmica que mais uma vez o filósofo australiano causou, com algumas posições favoráveis, e outras frontalmente contrárias vindas particularmente de eticistas católicos.

A polêmica entre Singer e a Igreja não é nova. Há algum tempo atrás aconteceu uma forte discussão entre ele e Engelhardt, contra os padres jesuítas da revista **Civiltà Catolica**. Segundo os religiosos, a forma como os dois filósofos enfocam o aborto e a eutanásia demonstra que para eles não só os fetos, mas também crianças excepcionais e idosos inconscientes poderiam vir a ser usados ou mesmo "eliminados" com objetivos experimentais⁶⁰. A discussão ficou mais acirrada quando Singer sugeriu que alguns animais que possuem uma linguagem (como os chipanzés, gorilas, baleias, delfins, porcos, cães e gatos) deveriam ser considerados como "pessoas", enquanto alguns seres humanos que não são conscientes e estão irreversivelmente incapacitados para raciocinar não deveriam ser considerados "pessoas". Para os católicos, "entre a espécie animal, unicamente os seres humanos podem ser considerados 'pessoas' porque são dotados de autoconsciência, autocontrole, senso de futuro e de passado, e possuem capacidade para relacionar-se".

Na verdade, as polêmicas entre cristãos e leigos vêm crescendo de tom na proporção que vão sendo desenvolvidos novos métodos e técnicas no campo biomédico. Muitas dessas "novidades", que apresentam relação direta com intervenções relacionadas à vida e à morte das pessoas (esterilização, anti-concepção, aborto, eutanásia, fecundação assistida, e outros),

acabam chocando-se com determinados princípios tidos como sagrados e intocáveis pelos religiosos. Cria-se, dessa forma, uma complexa discussão epistemológica sobre a "naturalidade" e a "artificialidade" de uma e da outra situação. O chamado "princípio da sacralidade da vida" (PSV) vem sendo fortemente questionado de duas décadas para cá, principalmente por representar a defesa do respeito absoluto ao finalismo intrínseco dos processos biológicos humanos .

Segundo Mori⁸², enquanto "dever absoluto", o PSV precede sempre os outros deveres, justificando uma hierarquia exata e imutável de valores que cataloga como ilícita a **substituição** que acontece nos processos artificiais, mesmo quando consequências benéficas estão envolvidas no caso. Para Mori, assim como para Singer, Harris e outros filósofos, "o abandono deste princípio implica numa profunda mudança cultural e assinala a afirmação de uma nova perspectiva ética : se passa da **ética da sacralidade da vida** (ESV) para uma **ética da qualidade da vida** (EQV), na qual o critério fundamental não é mais a obediência a um dever absoluto, mas a consideração do bem-estar dos indivíduos envolvidos e/ou do respeito a uma escolha individual".

Do ponto de vista da bioética, existe um aspecto fundamental que deve ser levado em conta, que é aquele de analisar desapassionadamente e com imparcialidade os diferentes aspectos que surgem em decorrência dos novos tipos de intervenção⁸³. Esta condição é indispensável para que se possa ter clareza com relação aos princípios éticos que estão em jogo, tais como: o respeito ao princípio da autonomia no momento de uma tomada de decisão; os princípios de beneficência e de não maleficência; a questão da responsabilidade e da solidariedade; a universalidade, a equidade e a justiça; o princípio da propriedade do corpo; e outros. O domínio e a compreensão destes princípios que fundamentam a bioética, são importantes para a escolha do caminho mais adequado (ou menos inadequado...) a ser seguido, no qual garanta-se a liberdade de escolha e dos demais direitos básicos da pessoa humana sem que haja prejuízo para com os seus semelhantes.

Na polêmica que está hoje internacionalmente colocada entre o PSV e do PQV, é muito difícil lograr a imparcialidade à qual nos referimos acima, pois a discussão já nasce de determinados posicionamentos aparentemente inconciliáveis. Enquanto a Igreja Católica não admite qualquer tipo de intervenção contrária à seqüência natural do processo de reprodução humana, por exemplo, os defensores do PQV argumentam que uma vida sem qualidade não vale a pena ser vivida. No recente lançamento da Encíclica

Evangelium Vitae, o Papa João Paulo II condenou frontalmente o aborto e a eutanásia como "crimes que nenhuma lei humana pode pretender legitimar", não deixando praticamente espaço para contra-argumentações. Falando sobre "relativismo ético", a 11ª. Encíclica elaborada pelo Vaticano posiciona-se contra a autonomia das pessoas, contra o princípio da participação democrática que caracteriza os sistemas políticos modernos e, ainda, contra o ordenamento legislativo e jurídico dos diferentes países, ao dizer que "... é preciso redescobrir os valores humanos e morais essenciais, ...valores esses que nenhum indivíduo, nenhuma maioria e nenhum Estado poderá jamais criar, modificar ou destruir."³⁶

As imensas dificuldades que se colocam no contexto dessa disputa sobre questões morais, fazem com que alguns autores tentem buscar posições intermediárias, como a de Panti⁸⁷, que propõe que na discussão bioética se deveriam procurar acordos sobre casos particulares, ao interno de uma determinada situação, e não sair à procura das razões que justifiquem e que dependam dos condicionamentos ideológicos de cada pessoa. Argumentando que a verdade e a justiça não aceitam compromissos, ele diz que nos conflitos bioéticos a tolerância e o respeito à autonomia exigem que o compromisso não somente não seja imoral, como também signifique uma boa solução prática. Com relação ao conteúdo da recente Encíclica papal, no entanto, parece que os argumentos de Panti não são aplicáveis, uma vez que o princípio da tolerância tem um significado próprio e o princípio da autonomia não é levado em consideração.

As recentes posições inflexíveis da Igreja aumentaram ainda mais as crescentes preocupações de uma grande quantidade de católicos, pois mesmo frente a situações pandêmicas que se verificam na realidade concreta, como no caso da AIDS, não há espaço sequer para discutir o direito (da mulher ou do homem) ao uso de preservativos, por exemplo. De certa forma, a desobediência civil que a Igreja prega contra as leis do Estado, na prática, estão funcionando no sentido inverso, pois a maioria dos católicos que vai à missa, não deixa de se precaver usando métodos contraceptivos. Diante de tal contexto e considerando a evidente necessidade desta complexa discussão vir a ser aprofundada, resta-me reproduzir as equilibradas palavras de Schramm¹⁰⁰, que "mesmo não refutando completamente o PSV, nas sociedades pluralistas e democráticas modernas construídas sobre o imaginário da revolução dos direitos humanos, a autonomia do indivíduo responsável pelas próprias escolhas tornou-se uma das defesas mais importantes para fugir das agressões autoritárias".

6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste livro, me referi diversas vezes ao "renascimento" (ou rejuvenescimento) da discussão ética. Na verdade, ela jamais esteve ausente do processo evolutivo das sociedades mundiais; apenas ficou afastada por algum tempo do foco principal das preocupações internacionais, principalmente como reflexo das políticas reaganianas e tatcherianas, que dominaram o contexto mundial nos últimos 20 anos. Esta afirmação está sujeita a questionamentos, no entanto, com a argumentação que mesmo que discordemos da linha ideológica recente imprimida por alguns dos principais países do Primeiro Mundo, não deixou de existir uma ética com relação à mesma - concordemos com ela ou não. Este tipo de "ética", no entanto, beneficiou unilateralmente os países ricos, aumentando ainda mais as agudas diferenças já constatadas no mundo de hoje entre os hemisférios norte e sul, principalmente naquelas questões relacionadas com as condições de saúde e de vida das populações. Com esta preocupação, o referencial teórico utilizado neste texto foi aquele que entende a ética como instrumento de consolidação e ampliação da cidadania, diretamente vinculado aos temas da liberdade e dos direitos humanos.

Nesta linha de idéias, procurei estender ao máximo possível a concepção bioética que começa a delinear-se em alguns países que estão fora do primeiro escalão técnico-industrial mundial, ampliando - na contra-mão - esta perspectiva; ou seja, partindo do universo teórico das situações nas quais o progresso da ciência e da tecnologia exigiram novas tomadas de posições, e avançando até os velhos quadros constatados desde o início da humanidade, onde um considerável contingente de indivíduos e povos é

sumariamente excluído do processo desenvolvimentista. Acredito que a utilização desta amplitude teórica e prática no campo da ética, possa vir a se configurar como elemento importante na elaboração de futuras avaliações dos diferentes quadros sanitários, na interpretação de problemas e até mesmo na elaboração de propostas sanitárias mais equânimes. Creio, portanto, que o paradigma bioético chegou ao universo científico com grande vigor teórico e com amplas possibilidades de aplicação prática, favorecendo a introdução de novos conceitos e enfoques para as velhas e atuais situações da vasta área de trabalho da saúde pública.

Com a proximidade de um novo milênio, é pertinente que as diversas entidades científicas brasileiras e a própria sociedade civil organizada, comecem a mover-se no sentido de pressionar o governo para a criação de uma Comissão Nacional de Bioética que, nos moldes dos Comitês já existentes na Europa e Estados Unidos, possa proporcionar aos poderes legislativo e judiciário, melhores elementos de juízo nos assuntos que dizem respeito à vida das pessoas. Este Comitê, para estar de acordo com seu tempo, deverá ter na pluralidade a sua base de sustentação e credibilidade, refletindo de forma justa o próprio equilíbrio de forças que existe na sociedade. Na Europa, por exemplo, estes organismos são encarados com tanta importância que - na maioria dos países - estão diretamente ligados ao gabinete do Presidente da República ou do Primeiro Ministro, além de que, todos os anos, é promovida uma reunião continental dos seus representantes. Nestes encontros, são discutidas experiências, procedimentos e recomendações, com o objetivo não só de buscar a normatização de medidas técnicas e morais, como também de avançar conjuntamente. Nos Estados Unidos a preocupação com o assunto não é menor; recentemente o Congresso Norte-Americano publicou um completo estudo intitulado **Biomedical Ethics in U.S. Public Policy**¹⁰⁸, que foi distribuído não só aos organismos sanitários públicos, tribunais e universidades, como enviado para diversas partes do mundo.

Para encerrar, não posso deixar de recordar que a bioética recém entrou na sua terceira década de vida, um período muito curto para um campo de pesquisa. Hoje já existem diversos livros e revistas especializadas no assunto, além de centenas de publicações, comissões governamentais e de associações profissionais. Seu destino é, sem dúvida, crescer: "Até agora dedicamos muito tempo e energia ao conhecimento e à aplicação técnica da bioética; agora devemos tratar de entender como tal conhecimento e tais possibilidades técnicas podem ser corretamente utilizadas"⁸¹. Esta é uma tarefa extremamente complexa que não pode ser deixada exclusivamente a cargo de poucos "especialistas", mas deve envolver uma reflexão social mais ampla, multidisciplinar e pluralista. Este foi, talvez, o principal desafio estabelecido na elaboração do trabalho que ora o leitor manuseia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. APEL, K.O. *Estudios éticos*. Barcelona, Alfa, 1986. p.94.
2. APEL, K.O. *Teoría de la verdad y ética del discurso*. Barcelona, Paidós, 1991. p.147.
3. ANGUISSOLA, A.B. [Apresentação]. In: Council of Europe. *Medicina e diritti dell'uomo*. Roma, Enciclopedia Italiana, 1991. p.1-3.
4. ARAUJO, R.W.B. A ética do ensino médico e o ensino da ética médica. In: Conselho Federal de Medicina. *Desafios éticos*. Brasília, 1993. p.88-92.
5. BANDEIRA, L. Painel sobre "Benefícios". 8p. [Apresentado ao Congresso de Previdência Social, São Paulo, 1993.]
6. BELCHIOR, M. The teaching of medical ethics in Brazil. In: CIOMS Round Table Conference, 14th, Geneva, 1981. *Proceedings*. Geneva, 1981.
7. BERLINGUER, G. *Questioni di vita: etica, scienza, salute*. Torino, Einaudi, 1991. p.vii-xvi, 3-26.
8. BERLINGUER, G. *Questões de vida: ética, ciência, saúde*. São Paulo, APCE/Hucitec/CEBES, 1993. p.19-37.
9. BERLINGUER, G. Bioética da prevenção. *Bioética*, 2(2): 117-22, 1994.
10. BERLINGUER, G. Le priorità nella medicina e la priorità della salute. *Bioetica* (Milano) 2: 215-36, 1994.
11. BERLINGUER, G. *Etica della salute*. Milano, Il Saggiatore, 1994. p. 83-106.

12. BERLINGUER, G. *La milza do Davide: viaggio nella malasanità tra ieri e domani*. Roma, Ediesse, 1994. p.40-3.
13. BERLINGUER, G. A bioética entre a tolerância e a responsabilidade. *Humanidades*, 9(4): 358-67, 1994.
14. BERLINGUER, G. & GARRAFA, V. A última mercadoria: a compra, a venda e o aluguel de partes do corpo humano. *Humanidades*, 8(3): 314-27, 1992.
15. BERLINGUER, G. & GARRAFA, V. La merce uomo. *MicroMega* (Roma), 1: 217-34, 1993.
16. BERLINGUER, G. & GARRAFA, V. *Uomo e merce*. Milano, Baldini & Castoldi, 1995. (em publicação).
17. BLACK, D. Paying for health. *J. Med. Ethics*, 17: 117-23, 1991.
18. BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro, Campus, 1992. p. 49.
19. BOSETTI, G. Il manifesto della sinistra. *L'Unità* (Itália), 9 dez. 1992. p.15.
20. BRASIL. Constituição de 1988. *Constituição: República Federativa do Brasil*. Brasília, Senado Federal, 1988. p.133-4.
21. BROWN, E.R. Who pays the piper: foundations, the medical profession and medical education reform. *Int. J. Health Serv.*, 10: 71-88, 1980.
22. CASTRO, J. *Geografia da fome*. São Paulo, Brasiliense, 1968.
23. CINTRA, A.B.U. A formação do médico de ontem e de hoje o anunciando declínio no preparo ético, humanístico e técnico do médico - realidade ou falsa impressão? *R. Bras. Educ. Méd.*, 2(3): 57-61, 1978.
24. CLOTET, J. Por que bioética? *Bioética*, 1(1): 13-9 1993.
25. CODE of Medical Ethics adopted by the American Medical Association at Philadelphia in May, 1847, and by the New York Academy of Medicine in October, 1847. New York, H. Ludwig, 1848.
26. COHEN, C. & SEGRE, M. Breve discurso sobre valores, moral, eticidade e ética. *Bioética*, 2 (1): 19-24, 1994.
27. CLOUSER, K.D. Bioethics. In: Reich, W., ed. *Encyclopedia of bioethics*. New York, The Free Press, 1978. p.115-27.
28. CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, Ottawa, 1986. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa, 1986.
29. CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, Bogotá, 1992. *Declaración de Santa Fé de Bogotá*. Bogotá, 1992.
30. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9ª, Brasília, 1992. *Relatório final*. Brasília, Ministério da Saúde, 1993.
31. CORDÓN, J.A. & GARRAFA, V. Prevenção versus preventivismo. *Divulg. Saúde Debate*, 6: 10-6, 1991.

32. CORTINA, A. *Ética sin moral*. Madrid, Editorial Tecnos, 1990. p.11-29.
33. CORTINA, A. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid, Editorial Tecnos, 1993. p.89-154.
34. COURA, J.R. Uma proposta para o ensino da ética nas Faculdades de Medicina. *R. Bras. Educ. Méd.*, 8: 38-41, 1984.
35. ENGELHARDT JR., H.T. *Manuale di bioética*. Milano, Il Saggiatore, 1991.
36. EVANGELHO da vida: Papa condena atos que legalizem o aborto e a eutanásia. *Correio Braziliense*, Brasília, 30 mar. 1995. p.20-1.
37. FERREIRA, A.B.O. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975. p.478.
38. FLEXNER, A. *Medical education in the United States and Canada; a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Science and Health*. New York, Carnegie Foundation, 1910.
39. FORTES, P.A.C. Responsabilidade ética do administrador de saúde. *AdSaúde J.*, 2 (2):2, 1994.
40. GARRAFA, V. Epidemiologia : desenvolvimento histórico do seu conceito. *Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.*, 34(3-4):196-202, 1980.
41. GARRAFA, V. Epidemiologia do câncer bucal. In: Tommasi, A.F. & Garrafa, V. *Câncer bucal*. São Paulo, Medisa, 1980. p.59-159.
42. GARRAFA, V. O processo saúde-doença. *Humanidades*, 7(1): 67-75, 1990.
43. GARRAFA, V. O mercado de estruturas humanas ("a soft human market"). *Bioética*, 1(2): 115-23, 1993.
44. GARRAFA, V. Usi e abusi del corpo umano. In: Rodotà, S. *Questioni di bioetica*. Roma, Sagittari Laterza, 1993. p.100-12.
45. GARRAFA, V. Saúde bucal e cidadania. *Saúde Debate* (41): 50-7, 1993.
46. GARRAFA, V. Desafios éticos na política de recursos humanos frente às necessidades de saúde. *Cad. RH Saúde*, 1(3):9-18, 1993.
47. GARRAFA, V. Apresentando a bioética. *Humanidades*, 9(4): 322-3, 1994.
48. GARRAFA, V. Bioética, saúde e cidadania. *Humanidades*, 9(4): 342-51, 1994.
49. GARRAFA, V. Bioética e saúde coletiva. 15p. [Apresentado ao 4º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Recife, 1994.]
50. GARRAFA, V. Aspectos bioéticos dos transplantes. In: Neumann, J. et al. *Introdução ao transplante de órgãos e tecidos*. Porto Alegre, Santa Casa de Misericórdia, 1995. (em publicação).
51. GERIN, G. Prefazione. In: Council of Europe. *Medicina e diritti dell'uomo*. Roma, Enciclopedia Italiana, 1991. p.13-5.

52. GONÇALVES, E.L. Situações novas e novos desafios para a bioética. *Bioética*, 2(1): 13-8, 1994.
53. GRACIA, D. *Fundamentos de bioética*. Madrid, Eudema Universidad, 1989.
54. GRACIA, D. La bioética médica. In: Organización Panamericana de la Salud. *Bioética: temas y perspectivas*. Washington, 1991. p. 3-7. (OPS - Publicación Científica, 527).
55. HARRIS, J. More and better justice. In: Mendus, S. & Bell, M., org. *Philosophy and medical welfare*. Cambridge, University Press, 1988. p. 75-97.
56. HARRIS, J. La biotecnologia nel 2000. Wonderwomen and Superman. *Bioetica* (Milano), 1: 25-39, 1993.
57. HARRIS, J. National health = national defense. *Issues in Focus* (Londres), Aug. 1992.
58. HOSLE, V. Per l'uomo che verrà. *L'Unità*(Itália), 7 febr. 1993. p.16.
59. HOSSNE, W.S. Relação professor-aluno. Inquietações-indagações-éticas. *R. Bras. Educ. Méd.*, 18: 75-81, 1994.
60. I GESUITI accusano i 'filosofi animalisti': nuova polemica che teme una via libera a eutanasia e aborto. *La Repubblica*(Itália), 18 febr. 1992. p.24.
61. JONAS, H. *Il principio responsabilità*. Turim, Einaudi Editore, 1990. p.3-32.
62. KANT, I. *Lezioni di etica*. Roma, Edit. Laterza, 1991. p. 49.
63. KENNEDY, P. *Verso il XXI secolo*. Milano, Garzanti, 1993. p.437-43.
64. KIMBRELL, A. *The human body shop*. New York, Harper Collins Publishers, 1993.
65. KLIKSBURG, B., org. *Pobreza, uma questão inadiável*. Brasília, PNUD/ ENAP, 1994. p. 39-123.
66. KONOLD, D.E. *A history of American medical ethics, 1847-1912*. Madison, Wis, The State Historical Society of Wisconsin, 1962.
67. KOSIK, K. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976. p. 33-54.
68. KUHN, T.S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo, Perspectivas, 1975. p. 13.
69. KÜNG, H. *Projeto de ética mundial: uma moral ecumênica em vista da sobrevivência humana*. São Paulo, Edições Paulinas, 1993. p. 39-40.
70. LOPES, J.L. A ética médica na formação do profissional de medicina. *R. Bras. Educ. Méd.*, 4: 45-52, 1980.
71. MANSILLA, C.O. Igualdad e equidad. *Persona Soc.*, 8(3): 77-83, 1994.

72. MARCONDES, E. A ética no ensino médico. *R. Bras. Educ. Méd.*, **9**: 42-6, 1985.
73. MEIRA, A.R. & CUNHA, M.M.S. O ensino da ética médica em nível de graduação nas Faculdades de Medicina do Brasil. *R. Bras. Educ. Méd.*, **18**: 7-10, 1994.
74. MENDES, E.V., org. *Distrito sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2ª ed. São Paulo, Hucitec, 1994.
75. MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1995. cap. 3. A produção social da saúde no município. (em publicação).
76. METROT, J. Il medico di fronte ai diritti dell'uomo. Introduzione medica. In: Council of Europe. *Medicina e diritti dell'uomo*. Roma, Enciclopedia Italiana, 1991. p. 23-4.
77. MONTT M. , J. Equidad en la medicina. *Persona Soc.*, **8**(3): 73-6, 1994.
78. MONDELLA, F. Ideologia della diagnosi ed etica della prevenzione. In: Di Meo, A. & Mancina, C., org. *Bioetica*. Roma, Sagittari Laterza, 1989. p. 231-44.
79. MONTAGNIER, L. Chi avrà il diritto a essere curato. Il Mondo Fra Diece Anni, Roma, 1991. [Entrevista coletiva à imprensa européia]
80. MORI, M. Profissão eticista. *KOS*, **15**: 15-8, 1985.
81. MORI, M. Introduzione. In: Mori, M., org. *Questioni di bioetica*. Roma, Editori Reuniti, 1988. p.7-18.
82. MORI, M. La novità della bioetica. In: Rodotà, S. *Questioni di bioetica*. Roma, Sagittari Laterza, 1991. p.397-420.
83. MORI, M. *La fecondazione artificiale*. Roma, Universale Laterza, 1995. p.7-24.
84. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Our planet, our health*. Geneva, 1992.
85. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Promoción de la salud en las Americas*. Washington, D.C., 1993. (Tema 5.9 do "programa provisional")
86. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *As transformações da profissão médica e sua influência sobre a educação médica*. Washington, D. C., 1992.
87. PANTI, A. Prefazione. In: Spinsanti, S., org. *Bioetica e antropologia medica*. Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1991. p.17-23.
88. PORTINARO, P.P. Etica della responsabilità. *L'Unità*(Itália), 6 febr. 1993. p.18.
89. POTTER, V.R. *Bioethics: the bridge to the future*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1971.

90. REICH, W.T., ed. *Encyclopedia of bioethics*. New York, The Free Press, 1978.
91. RELMAN, A.S. What market values are doing to medicine. *The Atlantic Monthly*, March 1992. p. 99-106.
92. SALVAT, P. Karl Otto Apel o la pretensión de fundamentar la ética en tiempos de desencanto (notas sobre la ética del discurso). *Persona Soc.*, 8 (1/2) : 211-44, 1994.
93. SÁNCHEZ VÁZQUEZ, A. *Ética*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1985.
94. SANTOS, J.O. Contribuição ao estudo dos valores, finalidades e objetivos da educação médica. *R. Bras. Educ. Méd.*, 11: 5-11, 1987.
95. SASS, H.M. La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación. In: Organización Panamericana de la Salud. *Bioética: temas y perspectivas*. Washington, 1991. p.18-24.
96. SCHRAMM, F.R. A terceira margem da saúde: a ética natural-complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário. Rio de Janeiro, 1993. [Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz].
97. SCHRAMM, F. R. Toda ética é, antes, uma bioética. *Humanidades*, 9 (4): 324-9, 1994.
98. SCHRAMM, F.R. A terceira margem da saúde: a ética "natural". *Manguinhos*, 1 (2) : 54-68, 1995.
99. SCHRAMM, F.R. & SCHRAMM, J.M.A. Vigilância e qualidade em saúde: uma questão de bioética em epidemiologia. *Saúde Debate* (46), 1995. (em publicação).
100. SCHRAMM, F.R. Bioética: quando e por que surgiu? *Punto Rosso* (Rio de Janeiro), 1(7): 4-5, maio 1995.
101. SILVA, F.L. Breve panorama histórico da ética. *Bioética* , 1(1): 7-11, 1993.
102. SINGER, P. *Ética prática*. São Paulo, Martins Fontes, 1994. p. 9-23.
103. SINGER, P. Como la muerte cerebral y el estado vegetativo persistente han hecho insostenible la ética de la santidad de la vida. In: World Congress of Bioethics, 2nd, Buenos Aires, 1994. *Program*. Buenos Aires, International Association of Bioethics, 1994. p.24.
104. SIQUEIRA, B.P. A ética do estudante de medicina. In: Conselho Federal de Medicina. *Desafios éticos*. Brasília, 1993. p.93-6.
105. SOUZA, E.G. & DANTAS, F. O ensino da deontologia nos cursos de graduação médica do Brasil. *R. Bras. Educ. Méd.*, 9(1): 7-9, 1985.
106. TOMATIS, L. Ripartizione delle risorse, saggi clinici controllati e confidenzialità. In: Rodotà, S. *Questioni di bioetica*. Roma, Saggiari Laterza, 1993. p.28-43.

107. TOULMIN, S. How medicine saved the life of ethics. *Perspect. Biol. Med.*, **25**: 736-50, 1982.
108. UNITED STATES. CONGRESS. Office of Technology Assessment. *Biomedical ethics in U.S. policy: background paper*. Washington, D. C., Government Printing Office, 1993. (OTA-BP-BBS-105)
109. WALZER, M. Liberalism and the art of separation. *Political Theory*, **12**: 315-30, 1985.
110. WILDES, K. Bioética en una sociedad secular. *Persona Soc.*, **8**(3): 51-6, 1994.
111. WILDES, K. Asignación de recursos, atención de salud y justicia. *Persona Soc.*, **8**(3): 65-73, 1994.

ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE O AUTOR

* VOLNEI GARRAFA, 48 anos, é natural de Três de Maio(RS); graduou-se em Odontologia em 1968 (PUCRS); fez residência em Cancerologia Bucal no Instituto Central da Associação Paulista de Combate ao Câncer (São Paulo, 1969-70); Doutor em Ciências pela UNESP (1971-74); Pós-Doutorado em Bioética pela Universidade de Roma (1991-93).

* Professor Titular concursado do Departamento de Odontologia (área de Semiologia Estomatológica) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (1989).

* Foi presidente da Sociedade Brasileira de Estomatologia (1976-78); presidente da Associação dos Docentes da Universidade de Brasília - UnB (1980-82); decano de Extensão Universitaria da UnB (1985-89); coordenador do Fórum Brasileiro dos Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras (1987-89); presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES (1994-96).

* É autor de seis livros (um no exterior); colaborou com capítulos em 14 livros (5 no exterior); publicou 82 trabalhos científicos em revistas especializadas (18 no exterior); publicou 134 artigos de divulgação científica; fez 282 apresentações em congressos e outros eventos científicos (conferências, simpósios, cursos, mesas-redondas, etc.)

Produzido pela
Tec Art Editora Ltda
Tel.: (011) 542-6897

"Esta publicação representa substancialmente a primeira tentativa de abordar o assunto com uma ótica que parte da experiência de um grande país do Hemisfério Sul, rico em movimentos populares e experiências culturais, e atormentado pela pobreza e pela injustiça, sem ficar aprisionado às fronteiras ou limites mas, ao contrário, ligando-se às tradições filosóficas européias e ao debate bioético internacional".

Giovanni Berlinguer



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA