

**JULIANE BRENNER VIEIRA HARAGUSHIKU**

**INTERFACES DA BIOÉTICA E DA SAÚDE COLETIVA  
NO BRASIL**

FLORIANÓPOLIS/SC  
2009





**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

## **INTERFACES DA BIOÉTICA E DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL**

Dissertação de Mestrado  
apresentado ao Curso de Mestrado  
em Saúde Pública, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Pública,  
da Universidade Federal de Santa  
Catarina, para a obtenção do título  
de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Ciências  
Humanas e Políticas Públicas em  
Saúde.

Linha de Pesquisa: Bioética.

### **MESTRANDA**

Juliane Brenner Vieira Haragushiku

### **ORIENTADORA**

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marta I. M. Verdi

FLORIANÓPOLIS, SC  
2009



## FOLHA DE APROVAÇÃO

### **Juliane Brenner Vieira Haragushiku** **Interfaces da Bioética e da Saúde Coletiva no Brasil**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Curso de Mestrado em Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.  
Área de concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde. Linha de Pesquisa: Bioética.

Data da Defesa: 30 de Julho de 2009.

#### BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Marta I. M. Verdi (Presidente/ Orientadora)  
Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Sandra N C. Caponi  
Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Evelise Ribeiro Gonçalves  
Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna  
Professora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



*“A Bioética é solicitada a mostrar sua interface com a Saúde Coletiva a partir do momento em que esta passa a considerar o sujeito como indivíduo único, cidadão possuidor de direitos e deveres, os quais devem colaborar para que este indivíduo goze de sua humanidade plena.”*

*Juliane Brenner Vieira Haragushiku*





## AGRADECIMENTOS

A minha família,  
marido e filhos, pais e irmãos, e demais  
parentes, por seu apoio, compreensão, amor e  
alegria de viver, que dão valor e força às  
minhas escolhas na vida.

A minha avó paterna, Sra. Genet Edith Erzinger  
Vieira, que sempre serviu como meu guia e  
exemplo de vida, e que mesmo não se  
encontrando mais presente nesta dimensão,  
continua a me enviar forças e orientar meus  
passos.

Aos meus amigos,  
novos e antigos, e à melhor turma de Mestrado  
já formada pela UFSC, pelo caminhar junto  
incondicional, especialmente dos amigos Ana  
Paula Cocco, Ângela Borghi e Fernando  
Hellmann, que tiveram importante participação  
para a conclusão deste mestrado.

Aos professores  
Dra. Sandra Caponi, Dra. Flávia Ramos, Dra.  
Elma Zoboli e Dra. Cláudia M.M. Penna por  
permitir-me compartilhar de seus  
conhecimentos e suas amizades,  
acompanhando meu crescimento e  
fortalecendo minhas convicções.

A minha querida orientadora Dra. Marta Verdi,  
por sua acolhida e disposição oferecidas,  
por acreditar e confiar em mim,  
no meu trabalho e em minhas idéias,  
e por sua contribuição decisiva para alcançar minha meta,  
num caminho repleto de companheirismo e respeito.



HARAGUSHIKU, J. B. V. **Interfaces da Bioética e da Saúde Coletiva no Brasil**. 2009. 100p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

## RESUMO

Os processos de desenvolvimento da Bioética e da Saúde Coletiva brasileira possuíram caminhos paralelos, que num determinado momento, passaram a se relacionar, devido a aproximação de temas comuns como a questão da equidade em saúde e do direito à saúde. O objetivo deste estudo foi analisar as interfaces entre a Bioética e a Saúde Coletiva a partir da produção científica do campo desta última, e suas relações com a formação em Pós-Graduação *stricto sensu* da área. Analisou-se 23 artigos publicados entre 2007 e 2009, em periódicos da área de Saúde Coletiva no Brasil, cujos autores mantêm relação com a Pós-Graduação da área. Foi possível perceber algumas tendências bioéticas predominantes, como a Bioética da Proteção e a Bioética da Intervenção. As interfaces entre a Bioética e a Saúde Coletiva possuem expressões similares, capazes de proporcionar um diálogo direto entre elas, pois as duas priorizam o bem-estar do sujeito e do coletivo.

DESCRITORES: Bioética; Saúde Coletiva; Saúde Pública; Interfaces, Produção Científica, Pesquisa Qualitativa.



HARAGUSHIKU, J. B. V. **Interfaces of Bioethics and Public Health in Brazil.** 2009. 100p. Dissertation (Master of Degree) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

### **ABSTRACT**

The development of both Bioethics and Brazilian Public Health have had parallel paths, which at some moment, began to relate, because of common themes such as the issue of equity in health and the right to health. The aim of this study was to analyze the interface between Bioethics and Public Health from the field of scientific production and its relations with post-graduate education in that area. Twenty three articles published between 2007 and 2009 in journals in the area of Collective Health related to Brazilian post-graduate education in that area were analyzed. Some prevailing bioethics trends were noticed, such as Bioethics of Protection and the Bioethics of Intervention. The interface between Bioethics and Public Health is possible, since both areas have similar forms of expression. A direct dialogue between them is interesting, because both prioritize individual and collective welfare.

**DESCRIPTORS:** Bioethics, Public Health, Scientific Production; Interfaces, Qualitative Research.



HARAGUSHIKU, J. B. V. **Interfaces de la Bioética y la Salud Pública en Brasil**. 2009. 100p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

## RESUMEN

Los procesos de desarrollo de la Bioética y Salud Pública brasileños han recorrido caminos paralelos que, en ese momento, empezaron a relacionarse, debido a temas comunes como la cuestión de la equidad en la salud y el derecho a la salud. El objetivo de este estudio fue analizar las interfaces entre la Bioética y Salud Pública de la esfera de la producción científica y sus relaciones con la formación de postgrado en el sentido estricto de la zona. Se analizaron 23 artículos publicados entre 2007 y 2009 en revistas del área de Salud Colectiva en Brasil, que mantiene una relación con el Diplomado de la zona. Pudieron verse algunas tendencias que prevalecen la bioética, como la Bioética de la protección y la Bioética de la intervención. La interfaz entre la Bioética y Salud Pública tienen expresiones similares, capaz de ofrecer un diálogo directo entre ellos, porque ambos atribuyen precedencia al bienestar del sujeto y el colectivo.

Descriptores: Salud Pública, Bioética, Producción Científica, Investigación Cualitativa.





## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	19
PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO .....	20
1. INTRODUÇÃO.....	20
2. OBJETIVOS.....	25
2.1. OBJETIVO GERAL .....	25
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO .....	26
3.1. A BIOÉTICA.....	26
3.1.1. BIOÉTICA – EMERGÊNCIA E EVOLUÇÃO .....	26
3.1.2. TENDÊNCIAS BIOÉTICAS ATUAIS PRESENTES NO BRASIL.....	36
3.2. A PÓS-GRADUAÇÃO E A SAÚDE COLETIVA NO BRASIL.....	42
3.3. A BIOÉTICA EM INTERFACE COM A SAÚDE COLETIVA NO BRASIL .....	50
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	55
4.1. TIPO DE ESTUDO.....	55
4.2. CENÁRIO DA PESQUISA .....	56
4.3. UNIDADES DE ANÁLISE/ PARTICIPANTES DA PESQUISA/ AMOSTRAGEM.....	57
4.4. COLETA DE DADOS.....	58
4.5. ANÁLISE DOS DADOS .....	59
4.5.1. PROCEDIMENTOS PARA A SELEÇÃO DOS ARTIGOS E ANÁLISE DO LEVANTAMENTO DOS DADOS .....	61
4.6. LIMITAÇÕES DO MÉTODO .....	64
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	65
6. REFERÊNCIAS .....	66
7. REFERÊNCIAS DOS ARTIGOS SELECIONADOS .....	72
8. ANEXOS DA PARTE I DO PRESENTE ESTUDO.....	76
ANEXO 1- Quadro A: Cursos recomendados e reconhecidos pela CAPES divididos em Grandes Áreas, 2009.....	77
ANEXO 2 - Quadro B: Divisão dos Cursos recomendados e reconhecidos dentro da Área de Ciências da Saúde pela CAPES .....	78
ANEXO 3 - Quadro C: Programas dos Cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Brasil.....	79
ANEXO 4 - Quadro D: Distribuição dos Programas dos Cursos de Pós- Graduação em Saúde Coletiva e Bioética por Regiões no Brasil. ....	80
PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO.....	81
ARTIGO FINAL - “Interfaces entre Saúde Coletiva e Bioética: uma análise da produção científica da Pós-Graduação no Brasil”.....	82



## APRESENTAÇÃO

Estudar para mim sempre foi algo maior do que simplesmente ir à escola. Lembro-me de ter ‘devorado’ um grosso livro do professor de Biologia para o Segundo Grau, emprestado por minha tia, enquanto me recuperava de uma cirurgia na garganta aos nove anos. Na época eu já havia lido muitos livros de histórias e buscava algo diferente para ler. Por um bom tempo transformou-se no meu livro de cabeceira, o que posteriormente facilitou minha vida estudantil no segundo grau e me influenciou na escolha profissional, além de ter proporcionado muito prazer em entender coisas novas.

Minha personalidade inquieta levou a procurar por uma continuidade dos meus estudos além da formação de Enfermeira. Ao realizar buscas em sites no final do primeiro semestre de 2007, procurando ansiosamente por um Mestrado diferenciado que me satisfizesse, acabei encontrando o que procurava dentro da Universidade Federal de Santa Catarina: o Mestrado em Saúde Pública. Mesmo tendo que reformular minha vida pessoal, saindo de Curitiba e me transferindo para Florianópolis por um ano e meio, tenho certeza de que valeu a pena todo o esforço e superação dos obstáculos.

Observando os exemplos dos professores desta Universidade, aprendi muito mais do que sobre Saúde Pública e acabei me descobrindo uma apaixonada pelos encantos e desencantos da Bioética. Falo em encantos e desencantos porque os caminhos da Bioética são numerosos e conflitantes, mas extremamente apaixonantes para quem se deixa envolver por eles.

O resultado desta vivência do Mestrado se materializa neste trabalho a seguir, com a expectativa de que se torne útil e esclarecedor para aqueles que o buscarem, contribuindo para a formação de futuros profissionais da área da saúde, mas tendo ciência de minhas limitações como ser humano, imperfeita que sou.

Desejo a todos uma boa leitura.

# PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO

## 1. INTRODUÇÃO

Discutir as interfaces entre a Saúde Coletiva e a Bioética pressupõe, antes de tudo, esclarecer seus significados, os quais carregam elementos históricos, ideológicos e políticos do contexto em que surgem e se inserem. Saúde Coletiva e Bioética são formulações recentes que surgem a partir dos anos 70 e que em comum possuem as raízes históricas da preocupação com a saúde e a vida humana. Como construção histórica e social, a Saúde Coletiva traz consigo as interpretações dos modelos que a antecederam e, muitas vezes, provoca equívocos conceituais com a Saúde Pública, a Medicina Preventiva, a Saúde Comunitária, a Medicina Social. Do mesmo modo, o conceito de Bioética como formulação recente ainda é confundida com Ética e Deontologia.

Para a maioria dos brasileiros leigos no assunto, a Saúde Pública é aquela que se refere exclusivamente ao plano de saúde oferecido pelo governo, o SUS. O conceito torna-se confuso quando o assunto é Saúde Coletiva, pois nem todos conseguem defini-la ou diferenciá-la. Numa possibilidade de construir uma definição para Bioética, provavelmente alguns profissionais de saúde nem se atreveriam a tentar desenvolvê-la, devido a sua falta de entendimento e pouca aproximação com o assunto, porque, apesar de exercer a Bioética na práxis, muitos resistem em denominá-la como tal. Considera-se necessário, então, esclarecer alguns conceitos para que o leitor se familiarize com as diferenças e semelhanças entre eles.

Iniciando com a diferenciação entre Saúde Pública e Saúde Coletiva, a Saúde Pública poderia ser conceituada, segundo Rouquayrol (1994, p. 97), como:

a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o

aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

Em geral, a conotação veiculada pela instância da "Saúde Pública" costuma se referir a formas de agenciamento político/governamental (programas, serviços, instituições) no sentido de dirigir intervenções voltadas às denominadas "necessidades sociais de saúde".

Saúde Coletiva, em síntese, implica em levar em conta a diversidade e especificidade dos grupos populacionais e das individualidades com seus modos próprios de adoecer e/ou representarem tal processo. E que, não necessariamente, passam pelas instâncias governamentais ditas responsáveis diretas pela Saúde Pública (PAIM, 1980, p.39). Poderia ser definida como "... uma ciência histórico-social, percebendo que as características dos seres humanos (doentes ou não) são, sobretudo, um produto de forças sociais mais profundas, ligadas a uma totalidade econômico-social que é preciso conhecer e compreender para explicarem-se adequadamente os fenômenos de saúde e de doença com os quais ela se defronta" (PEREIRA, 1986, p.30). Seu objeto deixa de ser apenas o corpo biológico, passando a incluir os corpos sociais.

Medicina Social tende a indicar uma área disciplinar/acadêmica que estudaria o adoecer para além de sua dimensão biológica. As origens da idéia de Medicina Social estão ligadas aos movimentos sanitários na França e Alemanha. Por sua vez, Medicina Preventiva, Comunitária e Familiar relacionam-se à correspondente história referida aos Estados Unidos e América Latina; conceitos como o Higienismo tem raízes européias e o Sanitarismo sugere influências marcadamente britânicas (PAIM, 1992, p.540).

Segre defende que a moral é aquela que "resulta de juízos de valores impostos (pela família, pela sociedade, pela religião, pelos códigos, escritos ou não) e que exclui a autonomia (crítica) do indivíduo, trazendo embutida a idéia de prêmio (pelo ato "bom") ou de castigo (pelo ato "mau"). A moral é resultado da obediência (o oposto da autonomia)" (SEGRE, 2002, p.28).

Segundo Cenci, (2000, p.32) "a ética busca estudar e fornecer princípios orientadores para o agir humano desde as suas origens". Ela nasce amparada no ideal grego de justa medida, do equilíbrio nas ações. A justa medida é a busca do agenciamento do agir humano de tal forma que o mesmo seja bom

para todos, isto é, que todos os indivíduos ou cada parte nele envolvido seja contemplada de forma equânime. O espaço de cada indivíduo ou de cada parte que se envolve na ação necessita ser garantido de maneira autônoma e racional. Tais princípios indicam não para a perfeição do agir, mas sim para que o mesmo ocorra da melhor forma possível, ou seja, da maneira mais adequada possível. Segre (2002, p.17) afirma que “uma pessoa não nasce ética; sua estruturação ética vai ocorrendo juntamente com o seu desenvolvimento”.

A ética difere da deontologia, porque esta se refere ao conjunto de princípios e regras de conduta - os deveres – dever ser - inerentes a uma determinada profissão. Assim, cada profissional está sujeito a uma deontologia própria a regular o exercício de sua profissão, conforme o Código Deontológico de sua categoria. Neste caso, é o conjunto codificado das obrigações impostas aos profissionais de uma determinada área, no exercício de sua profissão. São normas estabelecidas pelos próprios profissionais, tendo em vista não exatamente a qualidade moral, mas a correção de suas intenções e ações, em relação a direitos, deveres ou princípios, nas relações entre a profissão e a sociedade, no interesse supremo do bem da pessoa humana (LEONE, PRIVITERA E CUNHA, 2001, p.252).

A Ética Médica tem como um de seus pilares o Juramento Hipocrático, o qual pertence à história do pensamento humano voltado para o bem do próximo. Nestes 25 séculos, em que vem sendo a base da postura ética dos médicos, porém, aconteceram, além da evolução acentuada do conhecimento médico e humano em geral, importantes mudanças sociais, que afetaram profundamente a relação do médico com seu paciente, exigindo a adequação de sua conduta moral aos novos padrões adotados pela sociedade. Em outras palavras, o Juramento Hipocrático foi feito por médicos e para os médicos; e em momento algum o texto faz alusão à vontade do paciente ou a sua participação nas decisões a serem tomadas. Segundo Munoz, (2004, p. 578) o Juramento Hipocrático sugere um caráter paternalista para a relação do médico com seu paciente, não expressando, textualmente, o direito deste de decidir o que é melhor para si. Reflete o espírito da época que foi escrito, pois, os gregos antigos deram grandes contribuições à evolução humana, porém, as idéias sobre os direitos de todos os homens e a luta pela sua implantação na

sociedade são bem posteriores. Entretanto, diferentemente do exposto por este autor, há registros no livro “As Leis”, de Platão, que já apontavam para a luta a favor dos direitos humanos. De qualquer forma, o mais importante é hoje realizemos a manutenção da garantia destes direitos.

A Bioética emergiu a partir “de uma exigência de um estudo cada vez mais profundo da problemática moral ou ética” segundo Leone, Privitera e Cunha (2001, p.87), e pode ser definida como "o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais", segundo a Encyclopedia of Bioethics (REICH, 1995, p. 25).

Comumente a Bioética tem sua face voltada para o relacionamento com os pacientes, entretanto isso não diz respeito apenas à atividade do médico, envolve a todas as profissões da área da saúde. Segre afirma que “não há diferença entre o vínculo médico-paciente, psicólogo-paciente, fisioterapeuta-paciente, e assim para todas as outras ligações entre os pacientes e os profissionais de saúde” (SEGRE, 2002, p. 30).

Com muita frequência, o termo Bioética se refere aos problemas éticos derivados das descobertas e das aplicações das ciências biológicas. Entretanto, a Bioética apresenta-se atualmente 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 (Berlinguer, 1993, p.19).

Para Garrafa, a Bioética estuda a ética das situações de vida no seu amplo sentido, ampliando seu campo de influência teórica e prática, e por este motivo, os estudiosos do assunto têm o compromisso de aproveitar a abrangência e oportunidade que a Bioética proporciona, em se tratando de um movimento (ou uma nova disciplina).

A Bioética, assim, diferentemente da ética profissional e deontológica, de cunho legalista, não tem por base a proibição, a limitação ou a negação. Ao contrário, atua com base na legitimidade das ações e situações, tratando de

atuar afirmativamente, positivamente. Para ela, a essência é a liberdade, porém, com compromisso e responsabilidade (Garrafa, 1998, p.28).

A discussão bioética surge, assim, para contribuir na procura de respostas equilibradas perante os conflitos atuais e os conflitos vindouros. Com o sepultamento do mito da neutralidade da ciência, a Bioética requer abordagens pluralistas e transdisciplinares a partir de visões complexas da totalidade concreta que nos cerca e na qual vivemos (GARRAFA, 2006, p. 3).

Um dos exemplos deste tipo de discussão bioética pluralista e transdisciplinar é a Bioética Cotidiana, idealizada por Giovanni Berlinguer, o qual busca a prioridade ética da saúde em questionamentos como “é justo falar de um direito à saúde? Uma vida humana poderá ser posta inteiramente sob controle médico? (...) É possível maior equidade ante a doença? Que sociedade pode promover uma medicina melhor, e qual medicina uma sociedade melhor?”(BERLINGUER, 1996, p. 11). Este autor não se ocupa das situações chamadas ‘limites’, mas das situações que cotidianamente continuam a persistir em nossa sociedade e correm o risco de serem normalizadas e aceitas sem qualquer problema, reafirmando a amplitude que a Bioética deve possuir no que se refere à vida e ao ser humano.

A compreensão do processo de desenvolvimento da Bioética Brasileira, intimamente relacionada com o desenvolvimento da Saúde Coletiva no Brasil, é feita baseada no apoio que a história pode fornecer para a justificativa de desenvolvimento de uma pesquisa que identifique e reflita sobre esta parceria, apesar de termos consciência de que a Bioética foi evidenciada na América Latina pela via dos temas limites, como aborto, eutanásia, conflitos da relação médico-paciente, entre outros.

Portanto, este trabalho se desenvolveu a fim de possibilitar a busca de um melhor entendimento destes assuntos e levantar alguns questionamentos pertinentes, com a esperança de crescer nas discussões posteriores sobre os temas.

O questionamento desta pesquisa foi baseado na seguinte pergunta: quais as interfaces entre Bioética e Saúde Coletiva presentes na produção científica do campo da Saúde Coletiva e suas relações com a Pós-Graduação *stricto sensu* dessa área no Brasil?



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Analisar as interfaces entre a Bioética e a Saúde Coletiva no Brasil, a partir da produção científica do campo da Saúde Coletiva e suas relações com a formação em Pós-Graduação *stricto sensu* da área.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar os principais problemas bioéticos discutidos nas publicações de periódicos nacionais da área de Saúde Coletiva.

Levantar e refletir sobre as possíveis influências das diferentes tendências Bioéticas na produção científica em Saúde Coletiva relacionadas à Bioética e sua interface com a formação em Pós-Graduação *stricto sensu* da área.

## 3. REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1. A BIOÉTICA

#### 3.1.1. BIOÉTICA – EMERGÊNCIA E EVOLUÇÃO

Para que possamos compreender o panorama das discussões bioéticas atuais, faz-se imprescindível que conheçamos a história e o cenário de onde emergiram, pois somente assim entenderemos dentro de qual natureza teórica e política cada uma foi gerada.

Após findar a Segunda Guerra Mundial, em 1947 formou-se uma corte por juízes dos Estados Unidos, reunindo-se para julgar os crimes cometidos pelos médicos nazistas em campos de concentração. Neste julgamento foi elaborado um documento contendo um conjunto de preceitos éticos para a realização de pesquisa clínica, devido às atrocidades cometidas em nome da ciência por médicos do Estado Nazista. Este documento ficou conhecido como **Código de Nuremberg**.

Infelizmente, durante os primeiros vinte anos de existência do documento, as diretrizes éticas de Nuremberg não atingiram o alvo desejado, ou seja, não foram capazes de sensibilizar os médicos para o respeito necessário no uso de seres humanos em pesquisas clínicas, uma vez que *"... o julgamento dos médicos nazistas em Nuremberg recebeu pouca cobertura da imprensa e, antes da década de 70, o próprio código raramente era citado ou discutido nas revistas médicas. Pesquisadores e clínicos americanos aparentemente consideravam Nuremberg irrelevante para seu próprio trabalho..."* (Rothman, 1991, p.62. Tradução livre). Erroneamente, e como viria a demonstrar a história das pesquisas envolvendo presidiários e deficientes mentais nos Estados Unidos, subentendeu-se que o controle ético proposto por Nuremberg direcionava-se apenas aos bárbaros pesquisadores nazistas, nada tendo a acrescentar aos pesquisadores comuns, aos cientistas humanistas engajados no avanço da ciência e da cura para as doenças. Para os médicos e pesquisadores clínicos norte-americanos, por exemplo, o Código de Nuremberg se referia a uma espécie de má medicina ou mesmo a uma medicina do mal, típica e exclusiva do nazismo, distante da prática médica de países com tradição política democrática. O documento seria, portanto, antes o resultado de um

juízo político que mesmo um tratado universal de direitos humanos no campo da pesquisa científica. (DINIZ e CORREA, 2001, p. 680)

A falsa sensação nutrida pelos pesquisadores norte-americanos de que a ciência médica seria uma entidade pura, livre da perversão nazista ou da desigualdade social que caracteriza as nações levou a que se ignorasse o desenvolvimento de experimentos perversos e abusivos nos anos 60 e 70 envolvendo comunidades vulneráveis, tais como minorias étnicas ou pessoas institucionalizadas. Acreditavam que o problema estaria na política e não na ciência, no nazismo e não na democracia, ou seja, bem distante e nunca dentro de nosso meio. “Este descaso ético da medicina norte-americana em face das conquistas do Código de Nuremberg se estendeu para grande parte da medicina de países periféricos, fazendo com que o debate sobre direitos humanos na pesquisa clínica fosse relegado a segundo plano” (DINIZ e CORREA, 2001, p. 681).

Foram necessários vinte anos após a promulgação do Código de Nuremberg para que a possibilidade do uso prejudicial e abusivo da pesquisa clínica fosse considerada uma hipótese concreta para todos os médicos e pesquisadores, fossem eles nazistas ou democratas. “Essa lacuna de tempo parece ter sido necessário para que as denúncias de maus tratos e imprudências, fora do contexto e da moralidade da guerra, fossem investigadas” (DINIZ e CORREA, 2001, p. 680).

Uma das ocorrências que afetaram a opinião pública foi o caso da primeira epidemia da Síndrome da Talidomida, nos anos 60, que assolou inicialmente a Europa Ocidental e que, logo em seguida, atingiu centenas de mulheres norte-americanas que se submetiam a ensaios clínicos para a liberação nacional da droga. A Talidomida possui efeitos teratogênicos, causando malformações congênitas irreversíveis. Como consequência, as entidades de controle de medicamentos passaram a considerar não apenas a testagem de eficácia das drogas, mas principalmente a segurança de prescrevê-las para determinadas populações. O resultado dessas investigações produziu um contexto de medo e dúvida com relação à herança deixada pelo *ethos* utilitarista da guerra na pesquisa clínica (DINIZ e CORREA, 2001, p. 681).

Em 1964, a Associação Médica Mundial (AMM), uma entidade

reguladora de todas as associações médicas nacionais, instituiu a **Declaração de Helsinki**, um documento isento de poderes legais ou normativos, mas que, pelo consenso conquistado, é, ainda hoje, a referência ética mais importante para a regulamentação de pesquisas médicas envolvendo seres humanos (World Medical Association, 1997), a ponto de alguns autores sugerirem que a responsabilidade pela mesma deva sair dos limites da AMM e estender-se para outras instâncias supranacionais de caráter não meramente profissional, como a Organização das Nações Unidas (ONU) (DINIZ e CORREA, 2001, p. 681, apud GARRAFA, 2000; SCHÜKLENK e ASHCROFT, 2000).

A Declaração de Helsinki representou a tradução e a incorporação, pelas entidades médicas de todo o mundo, dos preceitos éticos instituídos pelo Código de Nuremberg, definindo uma base ética mínima necessária às pesquisas e aos testes médicos com seres humanos, pois, *"somente a Declaração de Helsinki teve algo próximo de um reconhecimento universal para a definição da prática ética na pesquisa biomédica"* (CRAWLEY e HOET, 1998, p.10). Ao contrário de Nuremberg, a Declaração de Helsinki projetou-se para o futuro como um guia ético obrigatório para todos os pesquisadores.

O filósofo Albert Jonsen, citado por Diniz e Guilhem (2002, p. 18), pontua três acontecimentos que exerceram um importante papel na configuração da Bioética como disciplina. O primeiro foi a publicação do artigo da jornalista Shana Alexander, intitulado "Eles decidem quem vive, quem morre", na revista Life, em 1962, no qual relatava a criação de um comitê de ética hospitalar, o Comitê de Seattle, onde definia as prioridades para a alocação de recursos em saúde, e haviam delegado os critérios de seleção de atendimento aos pacientes que necessitavam de hemodiálise para um pequeno grupo de pessoas leigas, representantes da comunidade. Neste momento, a ética sai do ambiente médico e vai para a sociedade em geral. Este evento assinalou a ruptura entre a Bioética e a tradicional ética médica, até então de domínio exclusivo do profissional de saúde, principalmente médicos.

O segundo acontecimento, em 1966, foi a divulgação do artigo de Henry Beecher, que partiu da compilação original de 50 artigos, encontrando 22 relatos de pesquisas realizadas por instituições governamentais e companhias de medicamentos em que os alvos eram os chamados "cidadãos de segunda classe". A consequência deste artigo foi a constatação de que, em 100

pesquisas envolvendo seres humanos publicadas em 1964, 25 revelavam maus tratos ou violações éticas, dos 50 artigos compilados apenas 2 possuíam termo de consentimento informado e ainda demonstrou que a imoralidade não era exclusiva dos médicos nazistas, tal como os novos cientistas acreditavam.

O terceiro evento que Jonsen aponta como significativo é a resposta do público, em 1967, ao transplante realizado pelo cirurgião cardíaco Christian Barnard, da África do Sul, ao realizar a cirurgia transferindo o coração de uma pessoa quase morta em um paciente com doença cardíaca terminal. A ocorrência gerou uma forte discussão sobre como Barnard poderia garantir que o doador estava realmente morto no momento do transplante, levando a Escola Médica da Universidade de Harvard, em 1968, a procurar definir critérios para a morte cerebral, na tentativa de regular casos semelhantes a esse (DINIZ e GUILHEM, 2002, p.27).

Entretanto, o surgimento efetivo da Bioética pode ser assinalado por um acontecimento de referência: a publicação da obra *Bioética: uma Ponte para o Futuro*, de Van Rensselaer Potter, criador do termo Bioética, em 1971. Para Potter, a Bioética possuía como sentido a "ciência da sobrevivência", a ponte entre a ciência e filosofia em termos mais abrangentes, ligado ao bem-estar dos seres humanos, dos animais não-humanos e do meio ambiente. "A partir daí, o conceito de Bioética foi rapidamente difundido e passou a integrar também os aspectos médicos, ou seja, como ética aplicada ao campo da medicina e da biologia, tendo sido a idéia inicial, de certa forma, desvirtuada" (GARRAFA e PRADO, 2001, p. 1490).

A "Bioética é a parte da Ética, ramo da filosofia, que enfoca as questões referentes à vida humana (e, portanto, à saúde)" (SEGRE, 2002, p. 27). Osswald e Neves (2007, p. 34) apontam a Bioética como sendo uma prática transdisciplinar de reflexão, especialmente sobre as implicações éticas decorrentes dos progressos biotecnológicos no plano humano, animal e ambiental, que tem se desenvolvido por diferentes vias complementares como a acadêmico-científica. Warren T. Reich, editor da Enciclopédia de Bioética, a define como sendo:

A ética das ciências da vida do cuidado com a saúde. Isto significa que a Bioética vai além de temas éticos na medicina para incluir assuntos da saúde pública, preocupações sobre populações, genética, meio ambiente

sanitário, práticas e tecnologias reprodutivas, saúde e bem-estar animal e semelhantes (REICH, 1995, p. 25).

A Bioética, sendo um ramo da filosofia moral, se utiliza de análises morais. A análise moral, por sua vez, lida com questões éticas que transcendem questões do senso comum, o qual precisa ser contraposto com uma “moral crítica”, entendida como sendo aquela que *“permite ir contra nossas intuições morais, exatamente através da argumentação racional e imparcial, que surge do encontro com o outro ou devido novas situações”* (SCHRAMM, 2000, p.10).

Tendo em vista a necessidade de uma ética capaz de promover o respeito aos valores humanos para a própria sobrevivência da espécie humana, a Bioética foi transformada em objeto de estudo acadêmico, refletindo o início da mudança de uma mentalidade até então vigente, principalmente devido ao aparecimento público dos dilemas éticos relacionados aos abusos da ciência, em particular às pesquisas biomédicas envolvendo os seres humanos, à crescente despersonalização da assistência médico-sanitário e à mobilização social face às necessidades de mudança dos valores das sociedades ocidentais (DINIZ e GUILHEM, 2002, p. 22; ALMEIDA, 1999, p. 16).

A emergência da Bioética se deu como um movimento renovador, pois trouxe para a discussão questões que não estavam previstas anteriormente aos avanços tecnológicos, promovendo aproximação da filosofia moral com uma linguagem mais acessível daqueles que atuam especialmente nas áreas da saúde e da vida, facilitando e enriquecendo a formação ética.

Um marco para a Bioética, e conseqüência de todo este processo de transformação social ocorreu em 1974 com a constituição de uma comissão nos Estados Unidos, designada para responsabilizar-se pela ética das pesquisas relacionadas às ciências do comportamento e da biomedicina, a Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental, tendo como resultado de quatro anos de trabalho o **Relatório Belmont**.

Neste relatório, foram definidos três princípios básicos éticos, pertencentes à história das tradições morais do ocidente: o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça. A divulgação do Relatório representou um verdadeiro divisor de águas para os estudos de ética aplicada. A estruturação

mínima proposta pelo relatório, representada pela eleição dos três princípios éticos, “foi o pontapé inicial que a Bioética necessitava para sua definitiva organização nos centros universitários e acadêmicos. A partir desse momento teve início a formalização definitiva da Bioética como um novo campo disciplinar” (DINIZ e GUILHEM, 2002, p.23).

Em 1976, o livro *Problemas Morais na Medicina*, do filósofo Samuel Gorovitz, foi o precursor de uma série de estudos que correlacionaram os estudos éticos às situações médicas conflituosas, como aborto, eutanásia, relação médico-paciente, paternalismo e outros assuntos de vanguarda para a época.

Com a publicação do livro *Princípios da Ética Biomédica* em 1979, do filósofo Tom Beauchamp e do teólogo James Childress, a Bioética consolidou sua força teórica, instrumentalizando os dilemas relacionados às opções morais das pessoas no campo da saúde e doença. Neste livro encontra-se a sugestão dos quatro princípios éticos como base de uma teoria Bioética consistente: a autonomia (o respeito às pessoas), beneficência, não-maleficência e justiça, constituindo-se na teoria dominante da área.

O princípio da autonomia baseia-se no pressuposto de que a sociedade democrática e a igualdade de condições entre os indivíduos são os pré-requisitos para que as diferentes morais possam coexistir. O princípio da não-maleficência, um herdeiro da tradição deontológica hipocrática, está associado à máxima *primum non nocere* – “acima de tudo, não cause danos”. A beneficência deve ser vista como um compromisso do pesquisador em não causar danos, para assegurar o bem-estar das pessoas envolvidas direta ou indiretamente com o objeto de estudo. Já o princípio de justiça seria o que aponta com maior ênfase para o papel das sociedades e dos movimentos organizados na Bioética e o que, naquele momento, apontava para a filosofia moral da época da elaboração destes princípios, com um novo entendimento para a equidade social (reconhecimento de necessidades diferentes para a defesa de interesses iguais) (DINIZ e GUILHEM, 2002, p.23).

O objetivo do livro que afirmou a **Teoria Principlista** foi o de permitir uma análise sistemática dos princípios morais que deveriam nortear a mediação de dilemas relacionados à prática biomédica, voltado para uma população eclética. E por quase 20 anos permaneceu confortável com suas

verdades instituídas e sagradas (GARRAFA, 2005, p.123).

Pouco antes de 1990, na Europa e América Latina surgiram as primeiras correntes críticas em relação à teoria principialista, que revigoraram o espírito de dúvida da Bioética. Passou-se a refletir sobre a obrigação da importação das teorias éticas (estadunidenses), incorporando-as em países onde, por muitas vezes, poderiam ser consideradas contrárias à ética, se considerados seus costumes, valores morais e éticos, numa inadequação transcultural.

Em meados do ano 2000, a Bioética passa a desfrutar do período da ampliação conceitual, que se caracteriza após a homologação, em 19 de outubro de 2005, em Paris, da *Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO*, estendendo sua atuação para além da temática biomédica-tecnológica, atingindo os campos social e ambiental, retomando a proposta inicial de Potter (GARRAFA, 2005, p. 124).

As temáticas gerais em Bioética pouco se alteram, e oscilam principalmente quanto à ênfase dada aos seus problemas. Neves refere que “são as perspectivas de análise, ou seja, na orientação do pensar e do agir frente a um mesmo dilema ético, que estas se alteram de forma substancial nas diversas sociedades e nas diversas correntes de pensamentos” (NEVES, 1996, p. 14). Podemos citar como exemplo o pensamento ético anglo-americano, que se desenvolve a partir de uma ética de sentido relativista, situacionista, enquanto a filosofia europeia parte de uma tradição metafísica constituída numa ordem ética a qual se pretende ser de alcance universal.

No equacionamento frente a um determinado dilema ético verifica-se uma variedade de metodologias a serem aplicadas para a resolução deste dilema, o que aponta para a existência da **diversidade de tendências em Bioética**, ou seja, diferentes formas de olhar para um mesmo dilema ético.

Anjos (2001, p.26) relaciona as principais tendências atuais, resultantes do momento de desenvolvimento crítico da década de 1990, que servem para concretizar percepções e ênfases na atualidade: principialista, liberalista, virtudes, casuística, feminista, naturalista, personalistas, contratualista, hermenêutica e libertária. Zoboli (2003, p. 87) acrescenta ainda a tendência do cuidado nesta relação.

Atualmente, a tendência **principialista** se mantém, entretanto os seus mentores, após uma revisão dos princípios por ocasião da publicação da



quarta edição da obra, em 1994, alteraram o princípio da autonomia para o princípio de respeito à autonomia, proporcionando uma compreensão diferente e até mesmo mais adequada da teoria dos quatro princípios (DINIZ e GUILHEM, 2002, p.21).

O **liberalismo** em Bioética é uma tendência que busca nos direitos humanos a afirmação da autonomia do indivíduo pelo seu corpo e sobre as decisões que envolvem sua própria vida (ANJOS, 2001, p. 27). Com forte inspiração na tradição política e filosófica do liberalismo norte-americano, o modelo "liberalista" fundamenta-se explicitamente no valor central do indivíduo e de sua autonomia. Esta tendência encontra na obra *The foundations of bioethics* de Tristram Engelhardt, as idéias amplamente divulgadas entre os estudiosos da Bioética (NEVES, 1996, p. 10).

A tendência das **virtudes** dá ênfase às atitudes éticas das ações, enfocando no caráter do sujeito. Possui um pano de fundo pragmatista e utilitarista, acentuado pelo papel da religião. Entende como virtude “o conjunto de qualidades essenciais que constituem uma pessoa de bem. São traços do caráter de um indivíduo os quais são valorizados socialmente” (ANJOS, 2001, p. 28). Desta forma, o enfoque das Virtudes “dirige-se primariamente aos agentes e não aos atos em si, focando nos hábitos e atitudes do caráter, uma vez que a virtude é uma qualidade moral particular de cada um” (ZOBOLI, 2003, p.70).

Em *The abuse of casuistry* foi apresentada a tendência **casuística** por Albert Jonsen e Stephen Toulmin. Esta tendência enfatiza a importância da análise minuciosa, caso a caso, estabelecendo-se comparações e analogias com outros casos paradigmáticos já concluídos. Não se baseia em princípios orientadores para a ação, tendendo a enfatizar especialmente práticas concretas e suas particularidades, de onde se podem tirar considerações paradigmáticas com a finalidade de se fazerem relações com outros casos. A proposta da Bioética casuística parte da análise de casos, não, portanto, de princípios, buscando soluções concretas para os dilemas. Entendem que a casuística também serve como um método para resolver dilemas clínicos das comissões de ética hospitalares, mas é adequado, principalmente, como pedagogia para ensinar Bioética (JUNGES, 2005, p. 41).

Tratando das contribuições para a Bioética que provêm do feminismo, a

tendência **Feminista** é mais do que uma tendência em si. Margareth Little, citada por Diniz e Guilhem, refere que este seria um enfoque de análise sobre todas as questões Bioéticas, e não às questões das mulheres na Bioética, nem mulheres falando sobre o assunto. O feminismo é uma concepção geral de luta contra a opressão vivenciada pelas mulheres, ou seja, “é todo movimento e/ou processo contra as desigualdades que têm a sua origem na opressão de gênero” (LEONE, PRIVITERA E CUNHA, 2001, p.491). A Bioética feminista não representa a busca das características típicas da ética das mulheres em contrapartida à eticidade masculina. Este referencial de análise nasce formalmente no início da década de 1990, muito embora existam estudos da ética feminina e feminista já na década de 1960 (DINIZ e GUILHEM, 2002, p.27). A proposta da Bioética feminista não foi apenas a incorporação do feminismo às idéias Bioéticas imperantes, mas se concentrou na crítica aos pressupostos universalistas e abstratos da teoria principialista, lançando um olhar crítico em especial às desigualdades sociais, representando aqueles que historicamente foram desconsiderados nos estudos éticos – mulheres, crianças, minorias étnicas, idosos, e outros grupos de vulnerados - sobretudo na assimetria de gênero e suas conseqüências em termos de saúde e adoecimento (DINIZ e GUILHEM, 2002, p. 28; SIQUEIRA, PORTO e FORTES, 2007, p. 163).

A tendência do **cuidado** busca uma abordagem de cunho feminino, não feminista. Parte principalmente de estudos da psicologia evolutiva, e não da filosofia, tendo sido apresentada por Carol Gilligan no livro *In a different voice* (NEVES, 1996, p. 11; DINIZ e GUILHEM, 2002, p. 28; ZOBOLI, 2003, p. 87).

Este enfoque tende contrapor o valor do cuidado, expressão de caráter feminino, ao da justiça, de expressão acentuadamente masculina, questiona as concepções éticas vigentes “com vistas a valorizar não apenas os atos, as motivações e o caráter dos envolvidos, mas se as relações positivas são ou não favorecidas” (ZOBOLI, 2003 p. 88). A tendência do cuidado é mais personalizada, o que realça a importância deste enfoque para a superação de uma perspectiva exclusivamente técnica (NEVES, 1996, p. 13). Valores como o reconhecimento da importância do vínculo mútuo e fortalecimento destas relações de vínculo, da felicidade de todos, da busca da solução não violenta dos conflitos por meio da comunicação são elementos que compõe a tendência

do cuidado (ZOBOLI, 2003, p. 88).

A tendência **Naturalista** recorre ao recurso da lei natural, a começar pela própria vida, a qual se constitui de dignidade\* (ANJOS, 2001, p. 27). Esta tendência, conhecida como modelo do direito natural, é apresentada especialmente por John Finnis em *Natural Law and Natural Rights*. Nesta obra, o autor estabelece a existência de alguns bens fundamentais em si mesmo, e não meios, como o conhecimento, a vida estética, a vida lúdica, a racionalidade prática, a religiosidade, a amizade.

Para Pegoraro (1998, p. 62) as perspectivas religiosas enriquecem o quadro da tendência naturalista, sendo que:

O modelo naturalista sustenta que a natureza é intrinsecamente dotada de um ritmo próprio pelo qual se auto-regula. Isto é, a natureza obedece a leis internas pelas quais alcança seus fins próprios. Por outro lado, o homem não é senhor absoluto da natureza, mas seu simples administrador e admirador, tornando-se responsável pela ameaça do meio-ambiente atual e futuro. Portanto, contrariamente ao utilitarismo, o modelo naturalista sustenta que os cientistas não podem produzir tudo o que lhes seja possível; não podem alterar o processo natural.

Nas tendências **personalistas** encontra-se a visão antropológica da valorização da dignidade e de um valor intrínseco à pessoa humana, por sua capacidade humana de dar sentido às coisas e ao próprio rumo da vida (ANJOS, 2001, p. 29). O Personalismo ontologicamente fundado tem como base a pessoa humana e a considera em sua essência, em sua natureza, em sua verdade, entendendo que sua unidade é composta de espírito e corpo (RAMOS, 2001, p. única). “Valoriza a racionalidade teológica dos juízos e normas éticas e assume a visão dos processos biológicos espontâneos, mas não sendo necessariamente impositivo à razão humana na atividade ética” (ANJOS, 2001, p. 29).

A tendência **contratualista**, apresentado por Robert Veatch em *A theory of medical ethics*, fundamenta-se principalmente na denúncia de insuficiência de fundo que a ética hipocrática contém e propõe termos contratualistas no que diz respeito às relações médico-paciente, médico-sociedade, sociedade ampla, em torno dos princípios orientados à relação médico-paciente (NEVES, 1996, p. 12; ANJOS, 2001, p. 29). É centrada especialmente no contrato triplo entre médico e pacientes, médico e sociedade e de um contrato acerca dos

\* O sentido de ‘dignidade’ ao qual o autor se refere indica um atributo universalmente comum a todos os homens, sem cujo reconhecimento não poderá haver liberdade nem muito menos justiça ou paz.

princípios orientadores da relação entre o médico-paciente. Trata-se de um modelo que propõe regras de conduta moral, tendo alguns princípios fundamentais como: o da beneficência, o da proibição de matar, o de dizer a verdade, de manter as promessas (NEVES, 1996, p. 13).

A tendência da Bioética como **hermenêutica** evidencia a condição interpretativa do ser humano em geral e busca leitura desta condição para a natureza interpretativa da situação Bioética (ANJOS, 2001, p. 29).

Junges, ao expor seu entendimento sobre a Bioética, refere que:

Ela precisa desenvolver uma hermenêutica da suspeita que interprete os pressupostos éticos, antropológicos e sócio-culturais, que determinem a maneira como realidades relacionadas com a vida e a saúde são compreendidas e tratadas na cultura e sociedade atuais (JUNGES, 2005, p. 41).

A tendência hermenêutica na Bioética fortalece a necessidade de se questionar e responder sobre os sentidos das realidades implicadas na vida e saúde. Também põe em pauta a relação entre médico-paciente como diferentes sujeitos de interpretação (ANJOS, 2001, p 29).

A última tendência descrita é a **libertária (ou da libertação)**. Trata-se de uma tendência que parte das experiências em especial dos países em desenvolvimento, na qual o Brasil se inclui.

Esta tendência busca situar a Bioética numa análise estrutural da sociedade como produtora de vida e condições de saúde. Caracteriza-se por uma mística da necessidade de solidariedade pelo outro, a qual oriente desde atitudes fundamentais de pesquisa e de distribuição de recursos e transcenda a atuação biomédica-tecnológica, passando a tratar das questões de vida das relações do homem no mundo, especialmente refletindo sobre ecologia e situações de iniquidade e exclusão no tocante à saúde (ANJOS, 2001, p. 29).

### **3.1.2. TENDÊNCIAS BIOÉTICAS ATUAIS PRESENTES NO BRASIL**

A busca da compreensão do panorama bioético brasileiro atual exige que apontemos os diferentes olhares percebidos, derivados das influências das tendências descritas anteriormente.

Após a criação da Sociedade Brasileira de Bioética, em 1995, e a

implementação de cursos de Bioética em pós-graduação, houve um favorecimento para a agregação de profissionais provenientes de diferentes áreas de conhecimento, o que contribuiu ainda mais para o crescimento reflexivo da área. Sendo assim, Anjos e Siqueira (2007, p. 163) mencionam a presença de seis tendências dentro do pensamento bioético brasileiro, emergentes das tendências descritas anteriormente: a Bioética de Reflexão Autônoma; a Bioética da Proteção; a Bioética de Intervenção; a Bioética e Teologia da Libertação; a Bioética Feminista; e a Bioética Ambiental.

A **Bioética de Reflexão Autônoma**, proposta por Marco Segre e Cláudio Cohen, “defende o pressuposto que a eticidade das ações humanas está condicionada a percepção dos conflitos da vida psíquica, território de manifestação da emotividade e racionalidade de cada pessoa” (ANJOS e SIQUEIRA, 2007, p.163). Consideram que a tomada de decisões se fundamenta em três pré-requisitos: na percepção dos conflitos, manifestada no nível de consciência individual; na reflexão autônoma, quando na condição pessoal de posicionar-se ativamente entre a emoção e a razão por ocasião da necessidade da tomada de decisões frente a dilemas morais; e na coerência atitudinal (ANJOS e SIQUEIRA, 2007, p.164).

Esta Bioética considera uma significativa diferença entre ética (função do Ego ou *Self*) e moral (função do Superego) e afirma que “todo instrumento normativo somente terá valor se aceito após livre análise e acolhimento individual, pois a ética deve ser manifestação predominante da pessoa”, tendo como base principal a autonomia do indivíduo (ANJOS e SIQUEIRA, 2007, p.164). Defendem um posicionamento ético individual, tão “descentrado” quanto possível dos valores morais de determinado grupo ou sociedade, e que vai interagir com esse grupo ou sociedade. Idealmente, “se toda pessoa tiver a condição intrínseca de poder escolher entre o construtivo e o destrutivo, o eficaz e o ineficaz, (...) existirá contínuo questionamento dos valores anteriormente estabelecidos, com maior liberdade no ajuste das regras às situações novas (SEGRE, 2002, p. 28).

A **Bioética da Proteção** tem como representante Fermin Roland Schramm, e “identifica na origem filológica da palavra *ethos* o sentido de guarida, abrigo para acolher o ser humano contra ameaças naturais ou de terceiros, alcançando o sentido pleno da idéia de proteção” (ANJOS e

SIQUEIRA, 2007, p.165). Busca uma reflexão ética equilibrada, que evite o reducionismo do olhar biomédico e a percepção extremamente generalizada do olhar biocêntrico.

Entendendo que a Bioética deva ser ética aplicada, que trata inseparavelmente da descrição e compreensão dos conflitos dos valores envolvidos nos atos humanos e da prescrição de comportamentos eticamente adequados e aceitos por todos os envolvidos nos conflitos morais, propõe então, “que a ação protetora seja, simultaneamente, defensiva e pró-ativa, com as finalidades de proteger o vulnerado contra as situações que promovem o adoecimento e implementar ações que promovam sua autonomia visando maior qualidade de vida” (SCHRAMM e KOTTOW, 2001, p.951). Por este motivo defende a idéia de que a “saúde pública não só tem a ver com a proteção, mas que este caráter protetor constitui sua tarefa ao mesmo tempo específica e a mais abrangente”. Assim, busca vincular o conceito de Saúde Pública ao de proteção, considerando o princípio de proteção como um princípio legítimo da Bioética em saúde pública (SCHRAMM, 2005, p. 74).

Anteriormente conhecida como Bioética Dura, a **Bioética de Intervenção** tem como principais autores Volnei Garrafa, Dora Porto e Mauro Machado do Prado. É um referencial que se volta a uma Bioética pensada para os outros países que não o de origem das teorias, especialmente voltados às situações persistentes. Esta forma de pensar em Bioética toma como referência teórica: a finitude dos recursos naturais (que são de todos os seres), a corporalidade, o prazer e a dor (que atinge todos os seres) e a igualdade como ponto de chegada, sendo a equidade o caminho para ela (GARRAFA e PORTO, 2002, p. 8). Tem como pauta principal a discussão sobre a exclusão social e concentração de poder; a pobreza, miséria e marginalização; a globalização; a falta de consolidação de políticas efetivas de defesa dos direitos humanos e cidadania; a inacessibilidade de uns ao desenvolvimento científico tecnológico e a desigualdade de acesso de bens de consumo básico (GARRAFA e PORTO, 2002, p. 10).

A Bioética de Intervenção é baseada em três conceitos: a libertação, o empoderamento e a emancipação. O conceito de libertação, baseado em Paulo Freire, considera o saber como domínio imprescindível para o alcance do poder, exercendo sua plena cidadania, sendo através do gozo desses direitos

essenciais na dimensão individual os pré-requisitos para a qualidade de vida a que fazem jus todos os seres humanos. O empoderamento refere-se à forma como se processam as relações interpessoais em sociedade, com a superação de esterótipos e estigmas que reproduzem comportamentos assimétricos nas relações sociais em função de características identitárias, como sexo, cor, idade e classe social. A emancipação é um conceito que engloba os demais. Pois, ao superar os condicionantes que podem impedir a libertação, conquistar saúde e educação, os fatores condicionantes da falta de poder pessoal, como a vitimização aos preconceitos e discriminação, é possível romper a dependência e alcançar a emancipação (ANJOS e SIQUEIRA, 2007, p.171).

Esta linha bioética realiza uma crítica ao modo como as prioridades em saúde são tratadas atualmente, sendo ditadas pelo mercado, não de acordo com a demanda; preza por uma Bioética universal, sendo, portanto contrário ao *duplo standard* (uma Bioética para países ricos e outras para países pobres) (GARRAFA e PORTO, 2002).

A **Bioética e Teologia da Libertação** têm como base a teologia sendo protagonista essencial para o diálogo bioético e seu representante é Márcio Fabri dos Anjos. “Foi a primeira escola a reconhecer claramente a vulnerabilidade na dimensão social relacionando-a à pobreza e à exclusão, à partir da classificação dos conflitos éticos como micro, midi e macro social, segundo a dimensão na qual se manifestam” (ANJOS e SIQUEIRA, 2007, p.173).

Argumenta que o discurso teológico pode colaborar eficazmente na desconstrução do injusto modelo da sociedade capitalista, muito além da restrição à comunidade interna das igrejas. Faz sua opção pelos pobres e vulneráveis, buscando identificar caminhos para a libertação, promovendo uma cidadania integral (ANJOS e SIQUEIRA, 2007, p.175).

A **Bioética Feminista no Brasil** apresenta duas importantes vertentes: a **Bioética Crítica de Inspiração Feminista**, de Débora Diniz e Dirce Guilhem, e a **Bioética Feminista e Anti-racista**, de Fátima de Oliveira. A primeira dessas perspectivas, com discurso mais universalista e acadêmico, volta-se à abordagem das questões relativas à vulnerabilidade das mulheres, as quais são vistas de forma estereotipada e marginalizada pela sociedade. Argumenta que é necessário “construir uma sociedade que ouça a voz das mulheres e

promova mudanças no quadro ontológico de referências, para que todas as deliberações políticas e/ou sanitárias contemplem as complexas variáveis relacionais que envolvem as pessoas, promovendo, finalmente, a reforma do caduco modelo normativo elaborado por legisladores masculinos” (ANJOS e SIQUEIRA, 2007, p.177).

A segunda vertente desenvolve uma reflexão articulada ao movimento negro e ao movimento de mulheres. A Bioética Feminista e Anti-Racista “não se detém na questão de gênero, mas avança no reconhecimento da vulnerabilidade das mulheres sob a perspectiva da discriminação étnico/racial da qual ocorrem diferentes formas de desigualdades: social, política, econômica e educacional” (OLIVEIRA, 1997, p. 174).

Embora as duas vertentes estejam voltadas a segmentos populacionais diferenciados, de alguma forma elas se complementam, pois a Bioética Crítica de Inspiração Feminista reconhece valor na liberdade de decisão individual da mulher como ser humano relacional, e a Bioética Feminista e Anti-Racista tem sua base na Justiça Social, percebendo as mulheres como segmento mais vitimizado pelas desigualdades sociais (ANJOS e SIQUEIRA, 2007, p.179).

Finalizando, a **Bioética Ambiental** tem sua linha argumentativa voltada à proteção do meio ambiente, representada por José Roque Junges e baseia-se numa análise bastante crítica do paradigma sociocultural da modernidade, que promoveu significativo enfraquecimento dos laços comunitários, privilegiando o poder de decisão do indivíduo como eu-isolado em oposição à figura do eu-integrado, pertencente às sociedades tradicionais. Defende que é necessária a mudança de paradigma antropocêntrico que molda a relação do ser humano com a natureza e torna obrigatória a superação do comportamento irresponsável do consumo compulsivo, sendo que este não pode ser reduzido a um simples acordo entre progresso econômico e proteção ambiental (ANJOS e SIQUEIRA, 2007, p.182).

Além das tendências citadas, pelo fato de que hoje “as ciências da vida estimulam uma reflexão teórica mais ampla e suscitam dilemas mais dilacerantes”, não poderíamos deixar de mencionar a **Bioética Cotidiana**, pensada pelo italiano Giovanni Berlinguer, a qual “se refere aos comportamentos e às idéias de cada pessoa”, pertencente a três grupos temáticos: 1. nascimento, desenvolvimento, transformação da vida; 2. as



relações humanas interespecíficas e a relação saúde-doença; 3. as relações interespecíficas e o relacionamento entre homem e ambiente (BERLINGUER, 1993, p.31).

Para a realização da análise dos artigos selecionados, produzidos por integrantes pertencentes às diferentes Pós-Graduações em Saúde Coletiva no Brasil, buscamos relacionar as produções com todas as tendências apresentadas, fornecendo subsídios para o delineamento do objeto do presente estudo, pois acreditamos que seria equivocado ignorarmos que os artigos científicos podem demonstrar interfaces e aproximações com tendências provenientes de outros países, mesmo que tenhamos conhecimento de tendências bioéticas pensadas e produzidas no Brasil.

### **3.2. A PÓS-GRADUAÇÃO E A SAÚDE COLETIVA NO BRASIL**

A Pós-Graduação no Brasil nasceu nas antigas universidades brasileiras, sem qualquer regulamentação externa. Em boa medida, mas não exclusivamente, era extensão da própria carreira docente. Em muitos casos, a defesa da tese podia demorar até mais de uma década. A regulamentação da pós-graduação ocorreu somente após a reforma universitária. Criaram-se os níveis de mestrado e doutorado, com muita semelhança à estrutura americana. Regulamentou-se mais rigorosamente a especialização, sendo que o mestrado e o doutorado tinham mais liberdade nesse início de implantação (ALMEIDA *et al*, 2002, p. 278).

O Conselho Federal de Educação aprovou a pós-graduação em 1965, com base no Parecer Sucupira nº 977/65, sendo instituída pela Reforma Universitária, em 1968, organizando o seu desenvolvimento. Objetivando a formação de professores competentes que pudessem atender à expansão quantitativa do ensino superior, buscou estimular o desenvolvimento da pesquisa por meio de preparação de novos pesquisadores e também assegurar o treinamento eficaz de técnicos e trabalhadores intelectuais do mais alto nível, para fazer face às necessidades do desenvolvimento em todos os setores, além da necessidade de ampliar a capacidade de investigação das universidades e de seu corpo docente (ALMEIDA *et al*, 2002, p. 277).

A comunidade científica nacional considera que o ensino da Pós-Graduação é, atualmente, o nível mais bem sucedido. Nas últimas décadas, tem contribuído decisivamente para a formação de recursos humanos qualificados e para o desenvolvimento científico do país, garantindo, no seu âmbito de competência, uma posição de destaque do Brasil, no contexto latino-americano. Sendo assim, desempenha um papel estratégico e constitui, por seu nível de excelência, uma das principais condições que possibilitam o aperfeiçoamento do sistema educacional como um todo (ALMEIDA *et al*, 2002, p. 277).

Aliado a este processo, implantou-se a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES como avaliadora e financiadora da pós-graduação em geral. Esse órgão do Ministério desenvolve

um sistema de avaliação com íntima colaboração e participação da comunidade científica. A pós-graduação foi praticamente o único setor da educação a ser sistematicamente acompanhado e avaliado desde sua regulamentação.

Ao romper com a Medicina Preventiva e a Medicina Comunitária, partindo de uma crítica ao sanitarismo, a Saúde Coletiva passa a ser um movimento ideológico que se organiza em meados do século XIX na Europa. Assim, a Saúde Pública institucionaliza-se por meio de agências governamentais voltadas para o controle de doenças transmissíveis e se reproduz na passagem do século XX por intermédio de escolas de saúde pública e de organismos internacionais vinculados aos interesses norte-americanos. Flexner foi o responsável pelas modificações da educação médica e pela escolha da proposta de escola de saúde pública da Universidade Johns Hopkins para ser apoiada pela Fundação Rockefeller, instituição que também ajudou a construir a London School of Tropical Medicine and Hygiene. Essa fundação influenciou a criação de campanhas, organismos estatais e escolas de saúde pública na América Latina, bem como a formação de gerações de sanitaristas latino-americanos ao longo do século XX (PAIM, 2007, p. 2521).

A saúde pública institucionalizada desenvolve-se com o capitalismo e insere-se nas relações internacionais com objetivos econômicos e político-ideológicos vinculados a tais interesses. Corresponde à "ideologia do possível", com as marcas do sanitarismo do norte que foi moldando as estruturas do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde no Brasil. O campanhismo, o autoritarismo e a dominância dos programas especiais voltados para os pobres são algumas de suas características. Mesmo a "Nova Saúde Pública" proposta pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos em 1988 e patrocinada pela Organização Mundial da Saúde, sob o signo do neoliberalismo, apresenta concepções e proposições muito aquém do desenvolvimento teórico-conceitual alcançado pela Saúde Coletiva. Esta, ao ser construída no Brasil, inspirou-se nas lutas sociais da França e Alemanha no século XIX, solo em que nasceu a Medicina Social que expressava uma ampla proposta de reforma social relacionando a saúde às condições de vida e às formas de organização da sociedade, além de privilegiar a ação política. A saúde era entendida como um direito social, cabendo ao Estado o dever de garanti-lo. Décadas depois esse

direito foi reconhecido pelos países que optaram pelo socialismo ou pela social-democracia no contexto do *Welfare State* <sup>(1)</sup> (PAIM, 2007, p. 2521).

A Saúde Coletiva, tal como a Medicina Social, nasce dos movimentos e lutas sociais do seu tempo e não a partir do Estado ou dos interesses das classes dominantes. Na América Latina, confunde-se com as lutas pela redemocratização dos países que viveram sob ditaduras. A democratização da saúde, concebida e teorizada pela Saúde Coletiva, implicava a democratização do Estado e dos seus aparelhos, além da sociedade. Comprometia-se com a democracia substantiva e progressiva, com ideais libertários e com emancipação dos sujeitos na conquista de modos de vida mais saudáveis. Assim, a Saúde Coletiva é, simultaneamente, um campo científico e um âmbito de práticas, contribuindo com a Reforma Sanitária Brasileira mediante produção de conhecimentos e sua socialização junto aos movimentos sociais. Como campo científico, distancia-se da saúde pública institucionalizada e, como práxis, tem a possibilidade de radicalizar seus compromissos históricos com o povo, com as pessoas, com as classes dominadas (PAIM, 2007, p. 2522).

Dentro dessa temática, é interessante que se faça, mesmo de forma resumida, um retrospecto sobre a formação em Saúde Pública, a fim de que se elucidar sua estruturação a partir dos anos 70.

Belisário (2002, p. 40) elabora uma cronologia sobre essa formação, dizendo que ela se iniciou nos anos 20, com a instituição do curso de Higiene e Saúde Pública, “dirigido à formação de especialistas médicos para que atuassem nos serviços públicos de saúde, que passaram a ser denominados sanitaristas”.

O autor *op cit*, referenda que em 1922 realizou-se, no Rio de Janeiro, o Congresso Nacional de Práticos, na qual se discutiram questões médicas, da saúde pública e do papel do Estado; e, em 1923, criou-se a primeira associação profissional – a Sociedade Brasileira de Higiene (SBH). No ano seguinte, 1924, houve a realização do Segundo Congresso de Higiene, cuja principal reivindicação era a criação de uma Escola de Saúde Pública. Em 1925, foi criado o curso de Higiene e Saúde Pública, como uma especialização do ensino médico, junto ao Instituto de Higiene de São Paulo. Em 1929, foi diplomada a primeira turma de médicos sanitaristas, e em 1931 deu-se o

(1) **Estado de bem-estar Social** ou Estado-providência é um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado (nação) como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia. Nesta orientação, o Estado é o agente regulamentador de toda vida e saúde social, política e econômica do país em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes, de acordo com a nação em questão. Cabe ao Estado do bem-estar social garantir serviços públicos e proteção à população.

reconhecimento oficial do Instituto como Escola de Higiene e Saúde Pública, passando em 1945 a constituir uma das unidades autônomas de ensino superior da Universidade de São Paulo, sob a denominação de Faculdade de Higiene e Saúde Pública; em 1969, passou a sua atual denominação, Faculdade de Saúde Pública.

As origens da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) remontam ao ano de 1925, com a organização do curso Especial de Higiene e Saúde Pública, anexo à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Visava à formação de médicos voltados para as funções sanitárias, cabendo ao Instituto Oswaldo Cruz a responsabilidade técnica, administrativa e didática do referido curso.

Em 3 de setembro de 1954, pela Lei nº 2.312, foi criada a Escola Nacional de Saúde Pública, que passou, em 1996, a integrar a atual Fundação Oswaldo Cruz. Nos anos de 1967 e 1968, a ENSP realizou três cursos de mestrado em Saúde Pública, interrompidos em 1969 e reabertos em 1977, sendo que o curso de doutorado foi aberto em 1980.

Acompanhando a evolução histórica dos cursos de pós-graduação *stricto sensu*, que se incluem na ampla denominação de Saúde Coletiva, verifica-se que é a partir dos anos 70 que se inicia a instalação dos primeiros cursos, sendo que a expressão “Saúde Coletiva” não era usada no início dos anos 70.

A idéia de uma área denominada Saúde Coletiva teve como objetivo redefinir a formação de pessoal para o campo da saúde, tendo sido tratada em dois momentos, no ano de 1978: no I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, realizado em Salvador, Bahia e, na Reunião Sub-Regional de Saúde Pública da Organização Panamericana da Saúde/ Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (OPAS/ALESP), realizada em Ribeirão Preto.

Para que a nova área (Saúde Coletiva) fosse estabelecida, sentia-se a necessidade da existência de uma instituição que pudesse congrega, através de uma associação, os interesses das instituições formadoras num momento em que se percebia o esgotamento de uma determinada orientação, a da saúde pública clássica e a da medicina social.

Esta aspiração se concretiza em dezembro de 1979, quando é criada a ABRASCO. Voltada para a formação em nível de pós-graduação, ela assume

que esta formação deveria ser orientada por *"um processo gerador de análise crítica do setor saúde na realidade social em que se insere; seja potencialmente capaz de influir no campo da docência, pesquisa e prestação de serviços"*. Afirma, ainda, o documento preliminar que: *"Em termos de conteúdo programático, a Associação reconhece que se deva estabelecer um adequado equilíbrio entre os conteúdos técnicos e teórico-conceituais, entre o "biológico" e o "social", entre o "operacional" e o "crítico", como forma de evitar o "tecnicismo" e o "biologismo" presentes na tradição do ensino da área de Saúde Coletiva"* (ABRASCO, 1982, p. 115).

Mais do que ser conformada pelo somatório dos diversos programas das instituições formadoras que carregavam os seus referenciais preventivistas, de medicina social e de saúde pública, a saúde coletiva passa a se estruturar como um campo de saber e prática. O acúmulo de experiências e o exercício crítico e político estão nas bases dessa idéia que vai se fortalecendo na medida em que encontra nas práticas teóricas o solo que a fundamenta. Assim, vejo a saúde coletiva como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica (NUNES, 1994, p. 16).

Segundo esta concepção, a Saúde Coletiva é um campo de conhecimento interdisciplinar, constituído hoje por três grandes áreas das ciências: biológicas, humanas e sociais.

Invenção brasileira, o termo Saúde Coletiva está hoje presente na agenda acadêmica e política de países da América Latina, do Caribe e da África. Trata-se, mais que tudo, de uma forma de abordar as relações entre conhecimentos, práticas e direitos referentes a qualidade de vida. Em lugar das tradicionais dicotomias – saúde pública/ assistência médica, medicina curativa/medicina preventiva, e mesmo indivíduo/ sociedade – busca-se uma nova compreensão na qual a perspectiva interdisciplinar e o debate político em torno de temas como universalidade, equidade, democracia, cidadania e, mais recentemente, subjetividade emergem como questões principais (LIMA e SANTANA, 2006, p.9).

Portanto, a Saúde Coletiva é mais que um termo inventado e acolhido. É um campo científico em construção, com acúmulos teóricos e reflexões epistemológicas, aberto a novos paradigmas, e um âmbito de práticas informadas por valores que prezam a democracia, a emancipação e a solidariedade (PAIM, 2007, p. 2522).

Outros cursos pioneiros no Brasil foram os criados, em 1971, na Faculdade de Medicina da USP/Ribeirão Preto; em 1973, na Faculdade de

Medicina da USP/SP; em 1973, na Faculdade de Medicina da UFBA; e, em 1974, o mestrado em Medicina Social do Instituto de Medicina Social da UERJ, o qual visava a formação médica com conhecimentos nas áreas de Epidemiologia, Planejamento e Ciências Sociais, permitindo ação polivalente, crítica e transformadora. Em 1987 este curso foi ampliado, com a denominação de Saúde Coletiva, sendo criado o doutorado em 1991, além de uma das áreas de concentração passar a incluir as Ciências Humanas e Sociais (NUNES, 1994, p. 17).

Atualmente estão em atividade 52 programas de pós-graduação da área de Saúde Coletiva, abrangendo 68 Cursos de Pós-Graduação, 48 deles com mestrado (13 profissionalizantes) e 20 doutorados (Quadro 3) (CAPES, 2008, p. eletrônica).

Encontram-se diversos cursos que fazem parte de grandes instituições voltadas exclusivamente para a Saúde Pública – ou seja, as faculdades e escolas de Saúde Pública. Outros cursos estão localizados no interior de faculdades de Medicina, geralmente nos departamentos de Medicina Preventiva e Social, e ainda outros fazem parte de institutos de Saúde Coletiva ou de Medicina Social (CAPES, 2008, p. eletrônica).

Percebe-se que essa estrutura colabora para a existência tanto de cursos gerais, com apenas uma grande área de concentração, como os que já se organizam com diversas áreas de concentração, ou os que já surgem definindo uma determinada área ou temática.

No mestrado e no doutorado evidenciam-se muitas áreas de concentração, sendo que, as que mais se repetem são: Epidemiologia, Políticas de Saúde e Planejamento, e Ciências Sociais e Humanas.

Minayo (1997, p. 62) enfatiza que: “Quanto à estrutura curricular, o incremento das disciplinas de caráter filosófico e metodológico e uma grande diversidade de objetos e temáticas, de um lado, evidenciam pujança da área; de outro, revelam problemas de delimitação no âmbito dos saberes e práticas, e dispersão significativa nos modelos de organização dos cursos. Enfim, constata-se uma excessiva liberdade na elaboração dos conteúdos e das ementas disciplinares, sugerindo, ao lado da expressão criativa dos professores/ pesquisadores/ orientadores, dificuldades de demarcação técnica da formação”.

A estrutura atual, embora demonstre claramente o caráter interdisciplinar da área, evidencia que nem sempre certas disciplinas importantes no campo biológico e das ciências aplicadas tem sido contempladas nos planos de ensino. Já foi apontado por Minayo (1997, p. 67) que tem havido o superdimensionamento de certos conhecimentos e a atrofia de outros: “tais dinâmicas acontecem a partir de várias lógicas, desde as mais pragmáticas, como a disponibilidade de docentes, até as influenciadas por reações ideológicas, a exemplo da que supervalorizou as questões sociais e políticas na formação, em detrimento de outros aspectos, nas duas últimas décadas”.

Considerando que o currículo é produto da própria concepção de Educação, e muitas são essas concepções, não se pode descolar a estrutura curricular dos objetivos que norteiam a idéia de um curso de Saúde Coletiva. Paim (2007, p. 2521) refere que os interesses humanos subjacentes aos modelos de currículos a serem adotados, podem ser de três espécies: técnico, consensual e emancipador. Embora não seja nosso interesse desenvolver esses modelos, mencionamos que o autor identifica três grandes enfoques de pesquisas utilizados na construção do currículo: o empírico-analítico; o histórico-hermenêutico e o praxiológico, propondo três paradigmas de currículos: o técnico-linear, o circular-consensual e o dinâmico-dialógico, que são importantes na delimitação do ensino na área da Saúde Coletiva (PAIM, 2007, p. 2522).

No que diz respeito ao perfil da demanda dos cursos, percebe-se, na atualidade, a tendência de ingressar nos cursos um número maior de profissionais vindos dos serviços de saúde, com perfis profissionais bastante diversificados, pois anteriormente predominavam pessoas das universidades e institutos de pesquisa.

Outro ponto é a crescente especialização do campo da Saúde Coletiva, que cria diversas áreas de concentração. A própria organização curricular e a produção específica dos cursos (dissertações e teses) evidenciam não somente a amplitude da área, como sua extrema diversificação. A diversificação em grandes áreas coloca continuamente para os especialistas do campo questões que não podem ser marginalizadas. Uma delas refere-se ao objeto central – a saúde: complexo, polissêmico, multifacetado –, cuja abordagem, embora respeitando-se a especificidade com que se deseja olhá-



lo, não pode prescindir de uma visão global que o contextualize num plano mais geral.

Minayo (1997, p. 68), aponta, dentre outras, duas reflexões importantes. A primeira é sobre a relação entre o progresso econômico e suas repercussões sociais: “A visão do campo da Saúde Coletiva é que o progresso econômico deve estar a serviço da equidade, e a ciência e tecnologia relacionadas a um projeto de desenvolvimento ancorado no caráter dinâmico dos processos avaliativos de prioridades. Ou seja, sob qualquer aspecto que se analise, essa área de conhecimentos e de práticas não se coloca à margem do desenvolvimento da biologia, da genética, das ciências ambientais, da medicina. Porém vincula esses avanços a seu sentido social, político e de direito universal”. Outra reflexão é que “a área reveja o seu discurso bastante reduzido ao universo das doenças e ancorado em análises macrossociais sobre os determinantes da saúde”, num esforço de articulação das diferentes áreas do conhecimento já mencionadas (MINAYO, 1997, p. 59).

Paim e Almeida Filho (1998, p. 312) assinalam que:

Apesar de preencher as condições epistemológicas e pragmáticas para se apresentar, em si mesma, como um novo paradigma científico, a saúde coletiva se consolida como campo científico e âmbito de práticas aberto à incorporação de propostas inovadoras, muito mais do que qualquer outro movimento equivalente na esfera da saúde pública mundial. A atenção para a complexidade do objeto está focada na promoção-saúde / enfermidade-cuidado: “que só se define em sua configuração mais ampla, já que tem facetas, ângulos distintos e a mirada de cada um destes ângulos não nos dá acesso à integralidade deste objeto”, que denominam de “integrais de saúde-enfermidade-cuidado”.

A fim de atender a essas posturas, os autores sugerem uma pauta de ação que atenda à qualificação das necessidades sociais em saúde, não apenas como carências, mas como ideais, projetos de vir-a-ser; pensar os meios e as atividades necessárias para atender a tais necessidades; instaurar novas relações técnicas e sociais, como os processos de distritalização, municipalização, educação etc.; investir política e tecnicamente nos espaços institucionais, redefinindo as práticas de Saúde Coletiva (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998, p. 313).

### **3.3. A BIOÉTICA EM INTERFACE COM A SAÚDE COLETIVA NO BRASIL**

Comparando-se a descrição de filosofia moral com a da definição de Bioética proposta na segunda edição da Enciclopédia de Bioética como sendo o estudo sistemático das dimensões morais, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar, percebe-se a proximidade de conceitos destas. A diferença substancial é que no campo de atuação da Bioética a prioridade está nos conflitos éticos referentes às ciências da vida e da saúde, por isso ela deve pertencer obrigatoriamente ao currículo daqueles que estudam estas ciências (REICH, 1995, p. 25).

Ao considerar-se a Bioética como disciplina, verifica-se a volumosa abrangência de conteúdo: das implicações éticas dos avanços científicos envolvendo a vida em seu aspecto macro, onde se inclui a ecologia, até as relações micro, como a relação entre profissional e pessoa assistida, entre as instituições e as pesquisas biomédicas, entre outros (STEPKE, 2004, p. 12; PESSINI, 2005, p. 306).

Em relação ao ensino da Bioética na formação profissional, Azevedo (1998) apontava que “pelo fato de a Bioética ser uma área de saber complexa e recente, não existe, para seu ensino, uma tradição pedagógica específica nem uma experiência didática consolidada”, questionando-se ainda se a Bioética é uma disciplina, um movimento, ou ainda uma nova ciência a qual exige métodos próprios para a produção de conhecimento (AZEVEDO, 1998, p.135). Atualmente, após todos os avanços arduamente conquistados, podemos considerar que a Bioética deixou de ser uma nova ciência (ou uma novidade) para consolidar-se como disciplina e movimento social impulsionador.

Lenoir (1996, p. 68), no artigo intitulado “Promover o Ensino da Bioética no Mundo” menciona:

Se o escopo da Bioética deve ser multidisciplinar, resta saber se é preferível tê-la dentro de uma formação disciplinar clássica - com o educador encarregado, responsável por recorrer às competências de outros participantes, segundo as modalidades que ele pode definir - ou se deve constituir uma nova disciplina por inteiro.

Para Schramm, 2000, p. 42:

A interdisciplinariedade não elimina a especialização em algum aspecto do campo, caso contrário, não teríamos nenhuma especialidade, o que é totalmente contra-intuitivo (...) existe um rigor metodológico na maneira de analisar os problemas que fazem com que o bioeticista, que possui formação filosófica, seja um profissional de análise moral.

Neste sentido, a Bioética talvez possa ser considerada uma disciplina específica, num contexto interdisciplinar que tende à transdisciplinaridade.

No cenário atual do ensino da Bioética “percebe-se que países europeus direcionam-se no sentido da transdisciplinaridade, enquanto as universidades americanas tendem à interdisciplinaridade”. No Brasil, espera-se que predomine uma Bioética com uma concepção pedagógica transdisciplinar para seu ensino, uma vez que nesta sociedade predomina a cultura e os valores morais mais próximos de países europeus que anglo-americanos (AZEVEDO, 1998, p. 131).

Diniz e Guilhem (2002, p. 56) colocam que a Bioética tem sido trabalhada dentro dos cursos especialmente em três grandes abordagens: a historicista, a filosófica e a temática, sendo esta última a mais dominante nos cursos de graduação e pós-graduação no Brasil.

Supõe-se que os conteúdos relativos à Bioética contemplados nos currículos dos cursos da área da saúde, além de poder ser inseridos em uma disciplina específica de Bioética, sejam também diluídos transversalmente ao longo da formação acadêmica nas diversas cadeiras, pois as temáticas relativas à Bioética são vastas.

Após o entendimento do contexto brasileiro e da influência de suas escolas vigentes, percebe-se que os bioeticistas brasileiros têm sua preocupação concentrada nos problemas éticos que permeiam a sociedade dentro de um complexo emaranhado de situações possíveis, muito além da discussão específica sobre casos médicos, autorizações de pesquisas científicas e termos de consentimento livre e esclarecidos. Não afirmamos aqui que a discussão específica destes assuntos não seja relevante, entretanto que é real a existência de outros assuntos referentes à sociedade que solicitam atenção, percebidos pelos bioeticistas brasileiros.

Com a inserção do tema “justiça social” em saúde e sua relação com a

Bioética, com o objetivo maior de realizar a inclusão social, Garrafa (2005, p. 333) declara: “após a consagração da Declaração, com o considerável avanço logrado no conteúdo referido ao campo social, pretendo passar a incorporar a Bioética de Intervenção, definitivamente, a “Bioética Social”, uma vez que já terá sido alcançado um dos principais motivos de sua criação, ou seja, a necessária visibilidade política ao tema”.

De acordo com o autor *op cit*, a Bioética Social efetiva exige disposição, persistência, preparo acadêmico e uma forte militância programática e coerência histórica por parte do pesquisador, que atua por meio da construção concreta de pautas socialmente comprometidas com a essência democrática e inclusiva da saúde pública e coletiva (GARRAFA, 2005, p. 334). Além deste autor, outros autores latino-americanos trazem a mesma preocupação em relação a proporcionar visibilidade a uma Bioética Social, inclusive solicitando a inserção neste campo de novas áreas, além dos tradicionais campos da medicina, biologia ou de direito. Um exemplo seria a sugestão de Ballester e Sánchez (2008, p. eletrônica):

Una revisión de las principales definiciones sobre Bioética evidencia dos cuestiones básicas: a) la Bioética queda enmarcada en el campo de la medicina, la biología o el derecho, ignorando otros campos en los que también se plantean problemas que requieren de una respuesta Bioética y, por tanto, creando una especie de exclusividad teórica y de uso, lo que a su vez significa la necesidad de avanzar en la mejora de esta disciplina, tanto a nivel interdisciplinario como en su objeto; y, b) la Bioética, en cuanto a tal, no tiene presencia en la intervención socioeducativa, estando todavía el debate situado en la dimensión ética del ejercicio profesional, habiéndose introducido la calidad como mejora de la eficacia y de la eficiencia, aspectos s argumentos desde lo que consideramos necesario abrir necesarios pero no suficientes. Estos dos motivos, además de otros, son loun debate profundo y sistemático de lo qué es la Bioética social.

Para simplificar o entendimento do que comporia a Bioética Social ousamos sugerir que esta seria a somatória das atuais tendências Bioéticas que se preocupam com temas relacionados ao sujeito e ao social, como a Bioética Cotidiana, a Bioética da Proteção, a Bioética de Intervenção, a Bioética Feminista e Anti-racista e a Bioética e Teologia da Libertação.

Tendo em vista que a proposta de trabalho da Bioética Social ainda está

em construção e que esta deveria ser um referencial para a realização de intervenções socioeducativas (o que significaria definir e caracterizar a Bioética Social como ponto de partida colocando no centro da ação socioeducativa os sujeitos individuais e coletivos como objetos desta ação), continuaremos a nos referir à Bioética de uma forma mais ampla, apesar de acreditarmos que a concepção de Bioética Social se encaixa perfeitamente no contexto da Saúde Coletiva.

Para Barchifontaine (2005, p.8), a saúde é um bem a ser conquistado e a Bioética, como ciência da vida, da saúde, do meio ambiental, e como movimento social apresenta-se como um meio e uma ferramenta para a conscientização deste direito fundamental à vida e dever do Estado.

Fortes e Zoboli (2003, p.14) trazem o entendimento de Saúde Pública como sendo "a arte e a ciência de promover, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e da coletividade, e obter um ambiente saudável, através de ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade". Entende-se, portanto, que seu foco dirige-se à saúde da coletividade, trazendo a necessidade da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade, utilizando-se de conhecimentos provenientes das ciências biológicas, exatas e humanas, além de requerer as aptidões profissionais de diversas categorias, na busca de respostas para os problemas reais ou potenciais, que atinjam ou possam atingir a saúde do coletivo.

No que diz respeito ao processo de criação, reflexão e consolidação da Bioética brasileira, "é fundamental enfatizar a importância da Reforma Sanitária que já apontava os rumos para a reflexão crítica que marca a Bioética brasileira, mostrando que os problemas enfrentados pela área da saúde não poderiam ser resolvidos apenas na clínica, uma vez que tinham origem na pobreza e na desigualdade social, na qual vivia a imensa maioria dos brasileiros" (SIQUEIRA, PORTO e FORTES, 2007, p. 163). É possível perceber que as escolas Bioéticas brasileiras tendem ir ao encontro dos ideais do SUS, procurando, de forma politizada, construir um país melhor, com justiça social e solidariedade, a fim de alcançar melhorias na qualidade de vida.

Com este entendimento ainda, Fortes e Zoboli (2003, p. 16) chamam a atenção para o fato de que os temas bioéticos estudados devem ser ampliados e as atuais orientações redirecionadas, sem se ignorar a relevância dos temas

tratados mais enfaticamente pela Bioética até agora, tarefa esta mais urgente ainda para os bioeticistas brasileiros, pois, “como alerta Clotet (1995), da mesma forma que vem sendo tratada, a Bioética tem se ocupado de problemas que afetam apenas a um número reduzido de pessoas nos países ricos, o que pode lhe impor o risco de isolar-se do fluxo de exigências e experiências comuns a todos”.

De acordo com que reafirma Barchifontaine, 2005, p.71:

A Bioética se torna a grande aliada da luta por uma melhor saúde pública e na busca do direito à vida para todos, do direito à saúde, da prática da justiça, da equidade, da tolerância e da solidariedade. (...) Eis o trabalho da Bioética no processo de construção do melhor plano de saúde para todos os brasileiros: o SUS, por meio do exercício da cidadania e do controle social no próprio SUS. Assim, podemos afirmar que Saúde Pública [Coletiva] é Bioética.

Nunes, em seu livro “*Juan César Garcia: Pensamento Social em Saúde na América Latina*”, escreve: “As práticas no campo da saúde e no educacional, suas relações recíprocas e com a estrutura social e as categorias que emergem, formando a trama sobre a qual se tece o discurso sobre tais práticas, adquirem sentido com o estudo da totalidade social” (NUNES, 1989, p. 191).

Desta forma, pode-se iniciar um alinhavo para a compreensão da interface da Bioética com a Saúde Coletiva, pois ambas primam pelo bem-estar do indivíduo e da sociedade, numa busca contínua de aperfeiçoamento e adaptação.

## **4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1. TIPO DE ESTUDO**

Este estudo utiliza o método de investigação de abordagem qualitativa, classificando-se a pesquisa de acordo com Trivinos (1998, p. 19) em descritiva, segundo seus fins, e de pesquisa documental, segundo seus meios.

Com relação ao estudo qualitativo, Minayo (2007, p. 80) enfatiza que este trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações. Segundo Richardson et al. (1999, p.82), a pesquisa qualitativa é aquela que pode “descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo [...]”.

Segundo Trivinos (1998, p.20) “o estudo descritivo é aquele que pretende descrever, com exatidão, os fatores e fenômenos de determinada realidade”.

Quanto ao tipo de pesquisa segundo os meios empregados, trata-se de uma pesquisa documental. Para Tobar e Yalour (2001 p.72), a pesquisa documental é realizada com base em documentos guardados em órgãos públicos ou privados de qualquer natureza.

Para a síntese e análise do conhecimento científico já produzido do tema investigado, ou seja, dos artigos produzidos e selecionados, utilizamos o método da Análise de Conteúdo, que, segundo os mesmos autores citados acima, seu objetivo central “reside em traduzir fatos sociais em dados suscetíveis de tratamento quantitativo ou qualitativo, organizando-os de modo tal que adquiram significação para a teoria, podendo generalizar-se e ordenar-se em um sistema de hipóteses” (TOBAR E YALOUR, 2001, p.105).

## **4.2. CENÁRIO DA PESQUISA**

A pesquisa foi desenvolvida com os artigos selecionados já publicados e disponibilizados na World Wide Web (Rede de Alcance Mundial), ou simplesmente Web, produzidos por autores ligados aos Cursos de Pós-Graduação de Saúde Coletiva do Brasil, acessados exclusivamente via internet, e publicados nos periódicos nacionais classificados como B1 ou superior pela CAPES, pertencentes aos últimos dois anos, ou seja, de janeiro de 2007 a janeiro de 2009. Optou-se pela classificação dos periódicos como B1 ou superior para que englobássemos as principais revistas da área da Saúde Coletiva publicadas no Brasil. A forma como se chegou a esta diferenciação temporal encontra-se descrita minuciosamente adiante, no item “Procedimentos para a Seleção dos Artigos, Análise e Levantamento dos Dados”.

Para uma melhor percepção do panorama dos Programas de Pós-Graduação temos a seguinte situação no Brasil: atualmente estão cadastrados na CAPES 4110 Cursos de Pós-Graduação no total, sendo 2441 cursos de mestrado (254 deles profissionalizantes) e 1415 de doutorado (Quadro 1). Na grande área da saúde, há 730 cursos, sendo 398 de mestrado (com 41 profissionalizantes) e 291 de doutorado (Quadro 2). Como a Saúde Coletiva está inserida nessa área, conta com 50 Programas de Pós-Graduação, abrangendo 70 Cursos de Pós-Graduação, 36 deles com mestrado (13 profissionalizantes) e 21 doutorados (Quadro 3).

Quanto à localização geopolítica destes Programas de Pós-Graduação da área de Saúde Coletiva, no norte e centro-oeste temos um programa em cada região, no sul há 10, no nordeste temos 14, e no sudeste existem 24 programas (Quadro 4).

Os cursos de Pós-Graduação em Bioética pertencem à grande área Multidisciplinar, na área Interdisciplinar, presente em duas instituições de ensino superior: a Universidade de Brasília (UnB) e o Centro Universitário São Camilo (CUSC), os quais localizam-se na região centro-oeste e sudeste do Brasil, respectivamente.

A correta observação do panorama de cursos de pós-graduação de Saúde Coletiva com a localização geográfica possibilitará, posteriormente,



traçar um paralelo com a produção científica, a qual se espera que possibilite a identificação das tendências bioéticas que possuem maior evidência e desenvolvimento em cada região brasileira.

### **4.3. UNIDADES DE ANÁLISE/ PARTICIPANTES DA PESQUISA/ AMOSTRAGEM**

Inicialmente foram utilizados como unidades de análise todos os artigos existentes na Web, via pesquisa de busca no site do SciELO – BIREME/OPAS/OMS (Scientific Electronic Library Online), que possuíssem as palavras-chave Ética ou Bioética, associado com Saúde Coletiva ou Saúde Pública.

Os participantes da pesquisa serão os artigos produzidos por autores pertencentes a algum programa ou curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva nacional, publicado e disponibilizado em periódico nacional categoria B1 ou superior nos últimos cinco anos.

Para se compor o corpus do projeto, utilizamos como critérios de inclusão:

- somente foram selecionados artigos publicados em periódicos e disponibilizados na Web, através do site do SciELO – BIREME/OPAS/OMS;
- o artigo deveria conter os temas Bioética ou Ética e Saúde Coletiva ou Saúde Pública;
- o artigo deveria ter sido publicado em algum periódico nacional classificado pela CAPES como categoria B1 ou superior, a saber: Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), Ciência & Saúde Coletiva, Physis – Revista da Saúde Coletiva, Revista Interface – Saúde, Comunicação e Educação, Revista Brasileira de Epidemiologia, Revista de Saúde Pública/ Journal of Public Health;
- o artigo deveria ter sido publicado dentro dos últimos dois anos, ou seja, **entre** janeiro de 2007 e janeiro de 2009;
- pelo menos um dos autores do artigo deveria estar vinculado a uma Pós-Graduação nacional da área de Saúde Coletiva ou de Bioética como docente ou discente.

Como critérios de exclusão utilizamos:

- o artigo não ter sido disponibilizado na Web, através do site do SciELO – BIREME/OPAS/OMS;
- o artigo não conter os temas Bioética ou Ética e Saúde Coletiva ou Saúde Pública;
- o artigo não ter sido publicado em algum periódico nacional classificado pela CAPES como categoria B1 ou superior;
- o artigo ter sido publicado **antes** de janeiro de 2007 e **após** janeiro de 2009;
- o artigo não conter pelo menos um dos autores vinculado a uma Pós-Graduação nacional da área de Saúde Coletiva ou de Bioética como docente ou discente.

#### **4.4. COLETA DE DADOS**

A coleta de dados do presente estudo foi realizada pela coleta e análise das informações contidas na Web, através dos sites SciELO – BIREME/OPAS/OMS, CAPES e Plataforma Lattes.

Os artigos foram selecionados conforme os critérios de inclusão e de exclusão previamente estabelecidos e, a seguir, foram analisados de acordo com o instrumento elaborado especialmente com a finalidade de coletar os dados significantes, objetivando a identificação das diversas tendências da Bioética em interface com a Saúde Coletiva.

## **4.5. ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados obtidos nesta pesquisa foram tratados através da Análise de Conteúdo.

A análise de conteúdo é um dos meios mais utilizados na pesquisa qualitativa. Minayo (2007, p. 306) aponta os autores como “Berelson (1952), Lazarsfeld (1952) e Lasswell (1952) [...] importantes teóricos e criadores das técnicas de análise de conteúdo”. No entanto, a mesma autora aponta que a obsessão e rigor científico do positivismo se fazem presente nestes autores.

Ainda assim, existem outras formas de abordagem voltadas mais à pesquisa qualitativa, como em Bardin (1977, p. 42). Esta autora descreve a análise de conteúdo sendo:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativo ou não) que permitem a inferência de conhecimentos, relativos às condições de produção dessas mensagens.

Dentre as abordagens existentes da análise de conteúdo, Minayo (2007, p. 309) aponta ser a Análise Temática considerada a mais apropriada para investigações qualitativas em saúde.

Bardin (1977, p. 43) aponta diferentes fases cronológicas operacionais para o método da análise de conteúdo, a começar pela pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise é a fase da organização e tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias, consistindo na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada dos objetivos e hipóteses da pesquisa. É importante que o pesquisador tome contato direto e intenso com o material nesta etapa, fazendo primeiro uma leitura flutuante até tornar-se mais precisa. Os documentos escolhidos que constituirão o corpus devem responder a algumas normas qualitativas como a exaustividade (completar todos os aspectos levantados no roteiro), representatividade (que contenha características essenciais do universo pretendido), homogeneidade (obedecer a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, aos atributos dos interlocutores e às técnicas empregadas) e pertinência (que os documentos analisados

respondam aos objetivos do trabalho). Nesta etapa de preparação do material referenciam-se os índices e elaboram-se indicadores e após prepara-se o material para a edição (BARDIN, 1977, p. 44).

O momento da exploração do material – codificação – é o momento da administração das técnicas sobre o corpus do trabalho. Nesta etapa, “(...) os dados brutos são transformados de forma organizada e agregadas em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (HOLSTI, 1969 *apud* BARDIN 1977, p.103). Faz-se a codificação, determinam-se a unidade de registro (palavra, tema, tema eixo, personagem, acontecimento, documento), unidade de contexto e o modo de contagem (regras de enumeração). Adiante, a análise qualitativa “não rejeita toda e qualquer forma de quantificação”, e pode ser usado caso não se tratem de indicadores (índices) de freqüências. Esta análise é um processo mais intuitivo, maleável e adaptável às mudanças do curso da pesquisa, como a índices não previstos, ou à evolução da hipótese (BARDIN, 1977, p.115).

Ainda nesta fase, tem-se a categorização. “A *categorização* é uma operação de classificação de elementos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos”. Trata-se de um processo estruturalista composto de duas etapas: o inventário (isolar elementos) e a classificação (organizar as mensagens) para transformar os dados brutos em dados organizados (BARDIN, 1977, p.117).

A categorização pode empregar dois processos inversos: caixas e milha. Caixas referem-se quando o sistema de categorias é dado *a priori* e os elementos são nelas organizados; é decorrente das hipóteses. Na milha, o sistema de categoria não é fornecido previamente, sendo decorrentes do resultado da classificação, sendo definido no final da operação (BARDIN, 1977, p. 118).

O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação formam o terceiro passo. Coloca-se que nesta etapa os dados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos, podendo ser auxiliadas através de métodos estatísticos simples ou mais complexos. A inferência parte dos elementos constitutivos da comunicação, basicamente o emissor e o receptor, enquanto pólos de inferência propriamente ditos, também a análise da mensagem,

correspondente ao código e à significação. Existem processos e variáveis de inferência distintos, como os específicos e os gerais. Neste sentido, a análise de conteúdo não se restringe à descrição dos conteúdos, mas sim na capacidade de inferir sobre a comunicação, recorrendo aos indicadores, sejam eles quantitativos ou não (BARDIN, 1977, p.101).

Para efeito desta pesquisa, as categorizações não foram pré-definidas, sendo definidas após a exploração do material coletado, ou seja, “a posteriori”.

#### **4.5.1. PROCEDIMENTOS PARA A SELEÇÃO DOS ARTIGOS, ANÁLISE E LEVANTAMENTO DOS DADOS**

Com a finalidade de servir de guia para esta Análise de Conteúdo, buscou-se responder ao seguinte questionamento: quais as interfaces entre Bioética e Saúde Coletiva presentes na produção científica do campo da Saúde Coletiva e suas relações com a Pós-Graduação *Stricto sensu* dessa área no Brasil?

Para o levantamento de artigos e a realização da Análise de Conteúdo foi utilizada como base de dados uma pesquisa na Web, através do site SciELO – BIREME/OPAS/OMS, definindo como busca as palavras-chave associadas: Ética e Saúde Coletiva, Ética e Saúde Pública, Bioética e Saúde Coletiva, Bioética e Saúde Pública.

O SciELO - Scientific Electronic Library Online (Biblioteca Científica Eletrônica em Linha) é um modelo para a publicação eletrônica cooperativa de periódicos científicos na Internet. Especialmente desenvolvido para responder às necessidades da comunicação científica nos países em desenvolvimento e particularmente na América Latina e Caribe, o modelo proporciona uma solução eficiente para assegurar a visibilidade e o acesso universal a sua literatura científica, contribuindo para a superação do fenômeno conhecido como 'ciência perdida'. Contém ainda procedimentos integrados para medir o uso e o impacto dos periódicos científicos, sendo o produto da cooperação entre a FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, instituições nacionais e internacionais relacionadas com a comunicação científica e editores científicos. A partir de 2002, o Projeto conta com o apoio do

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Os textos completos dos artigos são enriquecidos dinamicamente com links de hipertexto com bases de dados nacionais e internacionais, como por exemplo, LILACS e MEDLINE, e em 2007 já contava com mais de 139.000 artigos disponibilizados (SCIELO, 2009, p. eletrônica).

A seguir foram selecionados os artigos pertencentes às revistas brasileiras da área da Saúde Coletiva, classificadas pelo sistema Qualis da CAPES como categoria B1 ou superior, a saber: Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), Ciência e Saúde Coletiva (UFRJ), Physis – Revista de Saúde Coletiva, Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Revista Brasileira de Epidemiologia e Revista de Saúde Pública/ Journal of Public Health. Neste momento haviam 92 artigos publicados nestas revistas entre 1983 e 2009.

Foi realizada uma seleção inicial dos artigos referentes às datas e constatado que a maior produção pertencia ao período a partir de 2004, com 65 artigos publicados. Optou-se pela seleção dos artigos publicados nos últimos dois anos por conter mais da metade destes 65 artigos, ou seja, 36 artigos publicados entre o período de janeiro de 2007 a janeiro de 2009.

O próximo passo foi verificar se os autores dos artigos pertenciam a alguma Pós-Graduação da área de Saúde Coletiva ou de Bioética no Brasil, vinculado como docente ou discente. A verificação foi realizada no site da Plataforma Lattes, o qual é um site que possui bases de dados de currículos e de instituições da área de ciência e tecnologia em um único Sistema de Informações, contando com cerca de 1.100.000 currículos de doutores, mestres e estudantes, e cerca de 4.000 instituições no país, distribuídas entre os setores de Ensino, Empresarial, Privado sem Fins Lucrativos e Governo (PLATAFORMA LATTES, 2009, p. eletrônica).

Foram excluídos, também, três artigos que pertenciam a dois editoriais e uma resenha de livro, a fim de manter o padrão dos artigos a serem analisados.

A seleção foi finalizada com 23 artigos publicados a serem avaliados.

Através da análise do material coletado nos artigos foi possível dividir os temas tratados em dois grandes eixos primários: “artigos desenvolvidos a partir

de pesquisas científicas de campo” e “artigos desenvolvidos como reflexões bioéticas sobre temas relevantes”. Para os dois eixos temáticos foi realizada uma análise, correspondente aos resultados encontrados, construindo o Artigo Final.

O primeiro eixo “artigos desenvolvidos a partir de pesquisas científicas de campo” e o segundo eixo “artigos desenvolvidos como reflexões bioéticas sobre temas relevantes” foram analisados a partir de um ou mais referenciais teóricos específicos sobre o tema de acordo com:

- (1) os temas tratados em cada artigo;
- (2) as instituições de produção do tema tratado;
- (3) busca de expressões que possibilitem a interface entre a Bioética e a Saúde Coletiva presentes nos artigos analisados (incluindo os descritores de cada artigo); e
- (4) as tendências presentes de pensamento bioético.

A fase de exploração do material não pode ser considerada uma seqüência lógica, uma vez que, muitas vezes, ela pode ocorrer juntamente à pré-análise. Nesta fase foi possível estabelecer as cinco categorias para análise (Do Individual ao Coletivo: as diferentes abordagens bioéticas na Saúde Coletiva; A Presença da (Bio)Ética na Formação do Indivíduo; A Tecnologia na Saúde Coletiva; Considerações sobre a Pesquisa Qualitativa, Construção Teórica da Bioética), por meio da leitura exaustiva do *corpus* selecionado e da codificação. Por fim, a fase do tratamento dos resultados obtidos, a qual também não foi realizada isoladamente das demais, visou tornar os dados válidos e significativos, por meio de uma análise teórica. Para isso, o material coletado foi confrontado com o material bibliográfico já previamente selecionado e outros relacionados a assuntos que surgiram a partir das fases de pré-análise e análise, tornando possível novas reflexões sobre o tema abordado.

A discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor uma avaliação da aplicabilidade da Análise de Conteúdo elaborada, de forma a atingir o objetivo deste método, ou seja, observar as interfaces existentes entre a Saúde Coletiva e a Bioética dentro da produção científica produzida pelos integrantes da Pós-Graduação de Saúde Coletiva no Brasil.

#### **4.6. LIMITAÇÕES DO MÉTODO**

Esta pesquisa não considera o currículo oculto, ou seja, as relações intersubjetivas presentes nos Cursos de Pós-Graduação, bem como os modelos profissionais e as vivências acadêmicas.

Em relação à pesquisa qualitativa, algumas características limitantes são: corre-se o risco de dar uma maior ênfase na descrição dos fenômenos, em detrimento da análise dos fatos; o envolvimento do pesquisador com seus valores, emoções e visão de mundo, na análise da realidade; e a dificuldade em si de trabalhar com “estados mentais” (MINAYO, 2004, p. 79).

Além desta limitação, também pode ocorrer a “ilusão da transparência”, como se o real se mostrasse nitidamente ao observador; e a dificuldade de se juntarem teorias e conceitos muito abstratos, com os dados recolhidos (MINAYO, 2007, p. 197).



## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente Análise de Conteúdo foram selecionados vinte e três artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Identificou-se que havia dois blocos de artigos: um bloco que desenvolveu pesquisa em Bioética e outro bloco que desenvolveu revisão de literatura. Dos vinte e três artigos, sete foram publicados em inglês, sendo os demais em português.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva (UFRJ) possuía dez publicações, seguida pelo Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ) com sete publicações, a Revista de Saúde Pública/ Journal of Public Health com quatro publicações, e a revista Physis – Revista de Saúde Coletiva com duas publicações cada uma. A Revista Brasileira de Epidemiologia e a Interface – Comunicação, Saúde, Educação não possuíam artigos publicados dentro dos critérios de seleção pré-estabelecidos.

A Análise do ‘Perfil Bioético’ de cada artigo foi realizada de acordo com as características apresentadas no Referencial Teórico deste estudo. Entretanto, como a análise segue um roteiro, mas possui influências da subjetividade da analista, pode existir a possibilidade de algum autor ter escrito seu artigo sem a preocupação de limitar-se a uma tendência teórica, ou pretendendo demonstrar uma determinada tendência, e ter sido interpretado de outra forma.

De acordo com o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, a apresentação dos resultados da dissertação de mestrado deverá ser realizada na forma de, pelo menos, um artigo. Por essa razão, os resultados e a discussão deste estudo foram apresentados na forma de Artigo Final, presente na segunda parte desta dissertação, cujo título é “Interfaces entre Saúde Coletiva e Bioética: uma análise da produção científica da Pós-Graduação no Brasil”, o qual foi submetido ao parecer da Revista Interface.

## 6. REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Documento preliminar de princípios básicos**. In: **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1982, p. 100-117.

ALMEIDA, J. L. T. **Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente**. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 129 p., 1999.

ALMEIDA, M.C.P. de. RODRIGUES, R.A.P. FUREGATO, A.R.F. SCOCHI, C.G.S. **A Pós-Graduação na Enfermagem de Ribeirão Preto/USP: Evolução Histórica e sua Contribuição para o Desenvolvimento da Enfermagem**. Ribeirão Preto: Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 10, nº. 3, Maio/Junho 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13338.pdf>; Acesso em 30 de julho de 2008.

ANJOS, M. F. **Bioética: abrangências e dinamismo**. In BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI, Leocir (Org.) **Bioética: alguns desafios**. São Paulo: Loyola/SC: Centro Universitário São Camilo, 347 p., 2001.

ANJOS, M. F.; SIQUEIRA, J. E (orgs). **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Aparecida, SP: Idéias & Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

AZEVÊDO, E. E. S. **Ensino de Bioética: um desafio transdisciplinar**. Rev. Interface – Comunicação, Saúde, Educação; vol. 2, nº 2, p. 127-138. Fevereiro, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/07.pdf>, acesso em 01 de junho de 2008

BALLESTER, Maria Gracia. SANCHEZ, Jose. **Educación social y trabajo con la comunidad: la Bioética social como referente metodológico**. Revista de Educacion Social. Publicação digital editada pela Asociación Estatal de Educación Social - (ASEDES). ISSN 1698-9097. Disponível em: <http://www.eduso.net/res/?b=10&c=90&n=234>. Acesso em 01 de agosto de 2008.

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Saúde Pública é Bioética?** São Paulo: Paulus, 2005, 80 p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 225 p., 1977.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola/SC, 574 p., 2002.

BERLINGUER, G. **Questões de vida – ética, ciência, saúde**. São Paulo: APCE/ Hucitec/ CEBES, 1993, 218 p.

BERLINGUER, G. **Ética da Saúde**. São Paulo: APCE/ Hucitec/ CEBES, 1996, 138 p.

CAPES – COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. **Portal CAPES**. Disponível em [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br), último acesso em 22 de fevereiro de 2009.

CARTA DE BRASÍLIA. **Documento Resultante do Fórum Nacional Declaração de Helsinki: Perspectivas da Sociedade Brasileira**. Brasília: Anis - Instituto de Bioética Direitos Humanos e Gênero/ Conselho Federal de Medicina/Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

CENCI, Ângelo Vitório. **O que é ética? Elementos em torno de uma ética geral**. Passo Fundo: Editora Cenci, 2000.

CRAWLEY, F. & HOET, J. **Ethics and law: The Declaration of Helsinki under discussion**. *Bulletin of Medical Ethics*, v. 7, n.4, p. 9-12, 1998.

DINIZ, D; GUILHEM, D. **O que é Bioética**. São Paulo: Brasiliense, 70p., 2002.

DINIZ, D; CORREA, M. **Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, vol. 17, nº. 03. Mai/Jun. 2001. Disponível em [www.scielosp.org/pdf/csp/v17n3/4650.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n3/4650.pdf), acesso em 01/07/08.

FORTES, P. A. C. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos**. São Paulo: EPU, 119 p., 1998.

FORTES, P. A. C; ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs.) **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola/SC, Centro Universitário São Camilo, 167 p., 2003.

GARRAFA, V. **Bioética e ética profissional: esclarecendo a questão**. Medicina –Conselho Federal, 1998; número 97.

GARRAFA, V.; PRADO, M. M. **Mudanças na Declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, vol.17, nº.6, Nov./Dez. 2001.

GARRAFA, V.; PORTO, D. **Bioética, Poder e Injustiça: por uma ética de intervenção**. São Paulo: O Mundo da Saúde, vol. 26, nº. 1, p. 6-15, 2002.

GARRAFA, V. **Resenha Bioética Cotidiana**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, vol.21, nº.1, Jan./Fev. 2005.

GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. **Bases conceituais da Bioética: Enfoque Latino-Americano**. 1ª. Edição. São Paulo: Editora Global/Gaia, 280 p., 2006.

GARRAFA, V. **Apresentando a Bioética (AN INTRODUCTION TO**

BIOETHICS). Brasília: Revista Universitas Face. Vol. 2, nº 2 - Vol. 3, nº 1, 2005/2006.

GRACIA D. **Fundamentos de Bioética**. Madrid: Eudema Universidad, 1989.

GRECO, D. **Ensaio clínico em países em desenvolvimento: A falácia da urgência ou ética versus pressão econômica**. Doutor! O Jornal do Médico, nº.83, p. 3, 1999.

JUNGES, J.R. **Bioética como Casuística e como Hermenêutica**. Revista Brasileira de Bioética, nº.1, p. 28-44, 2005.

LENOIR, N. **Promover o Ensino da Bioética no Mundo**. Bioética, vol. 4, nº. 1, p. 65-70, 1996.

LEONE, S.; PRIVITERA, S.; CUNHA, J. T. da. (Coordenadores). **Dicionário de Bioética**. Aparecida, SP: Editorial Perpétuo Socorro/ Editora Santuário, 2001.

LIMA, N.T. SANTANA, J. P. **Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO / Collective health as commitment: the trajectory of the ABRASCO**. 2006. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/Abrasco\\_25\\_anos.pdf](http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/Abrasco_25_anos.pdf). Acesso em 12 de janeiro de 2009.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. **Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, vol. 17, nº. 1, Fevereiro/2001. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000100025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100025&lng=en&nrm=iso). Acesso em 22 de fevereiro de 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2001000100025.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª edição. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOTA, S. **Da Bioética ao biodireito: a tutela da vida no âmbito do direito civil**. 1999. 308 f. Dissertação (Mestrado em Direito Civil) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

MUNOZ, D. R. **Bioética: a mudança da postura ética**. São Paulo: Rev. Bras. Otorrinolaringologia, vol. 70, nº. 5, p. 578-579, Outubro/2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72992004000500001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992004000500001&lng=en&nrm=iso). Acesso em 22 de fevereiro de 2009. doi: 10.1590/S0034-72992004000500001.

NEVES, M. C. P. **A Fundamentação Antropológica da Bioética**. Bioética, vol. 4, nº. 1. p. 07 a 16, 1996.

NUNES, E. D. **Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito**. São Paulo: Saúde e Sociedade, vol. 3, nº. 2, 1994. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-2901994000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2901994000200002&lng=en&nrm=iso). Acesso em 01 de agosto de 2008. doi: 10.1590/S0104-2901994000200002

NUNES, E. D. **Juan César Garcia: Pensamento Social em Saúde na América Latina**. São Paulo: Editora Cortez, 258 p., 1989.

NUNES, E..D. **Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: Histórico e Perspectivas**. Rio de Janeiro: Physis: Revista de Saúde Coletiva, vol. 15, nº. 1, 2005. Disponível em [http://www.artigocientifico.com.br/uploads/artc\\_1140529457\\_31.pdf](http://www.artigocientifico.com.br/uploads/artc_1140529457_31.pdf); Acesso em 01 de agosto de 2008.

OLIVEIRA, F. **Bioética: Uma face da cidadania**. 2ª edição reformulada. São Paulo: Moderna, 2004, 200p. (Coleção Polêmica).

OSSWALD, W.; NEVES, M. C. P. **Bioética Simples**. Lisboa: Editora Verbo, 299 p., 2007.

PAIM, J.S. **As ambiguidades da noção de necessidade em saúde**. Salvador: Rev. Planejamento, vol. 8, nº 1/2, 1980.

PAIM, J.S. **La Salud Colectiva y los Desafios de la práctica**. In: *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate*. Organización Panamericana de la Salud (org.). Washington. D.C.: O.P.S., 1992.

PAIM, J. S. **Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001000030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000030&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 de agosto de 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2007001000030.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Collective health: a "new public health" or field open to new paradigms?**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n. 4, 1998. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 de agosto de 2008. doi: 10.1590/S0034-89101998000400001

PEGORARO, O. **Fundamentos Filosóficos da Bioética**. Universidade Católica de Pernambuco, Symposium de Filosofia. Vol. 1 • nº 1 • julho/dezembro 1998. Disponível em: <http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/2995/2995.PDF>; acesso em 05 de junho de 2008.

PEREIRA, J. C. **Medicina, saúde e sociedade**. Ribeirão Preto: Complexo Gráfico Villimpress, 219p., 2003.

PESSINI, L. **Bioética: das origens à prospecção de alguns desafios contemporâneos**. São Paulo: Rev. O Mundo da Saúde, ano 29, v. 29, n. 3, jul./set. 2005, p. 305-324. Disponível em: [http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/31/02%20Bioetica\\_d.origem%20aprosp.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/31/02%20Bioetica_d.origem%20aprosp.pdf). Acesso em 21 de agosto de 2008.

PLATAFORMA LATTES. **CNPQ- Conselho Nacional de Desenvolvimento**

**Científico e Tecnológico.** Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/>, último acesso em 22 de fevereiro de 2009.

RAMOS, D. L. P. **Fundamentos e Princípios de Bioética.** Conferência em 31.05.2001 Universidade Federal de São Paulo/Brasil – UNIFESP. Disponível em: <http://www.hottopos.com/notand9/dalton.htm>; acesso em 05 de junho de 2008.

RAMOS, C. **Declaração de Helsinque - Grupo consolida sugestões para revisão.** Atualização Científica – SIMEPE – Sindicato dos Médicos de Pernambuco, 2008. Disponível em: [http://www.simepe.org.br/noticiasim/add\\_comment.asp?ID=12280](http://www.simepe.org.br/noticiasim/add_comment.asp?ID=12280); acesso em 08 de julho de 2008.

REICH; W.T. (ORG). **Encyclopedia of Bioethics.** 2ª ed. [CD ROM]. New York: Mac Millan Library; 1995.

RICHARDSON, R. J.; et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROUQUAYROL, M.C. **Epidemiologia e Saúde.** 4ª edição. Rio de Janeiro: MED, 1994.

SCIELO. **Scientific Electronic Library Online** (Biblioteca Científica Eletrônica em Linha) – BIREME/OPAS/OMS. Disponível em: <http://www.scielo.org/php/index.php>, último acesso em 22 de fevereiro de 2009.

SCHRAMM, FR. **Toda ética é, antes, uma bioética.** UnB: Rev.Humanidades, vol. 9, nº 4, p. 324-331, 1994.

SCHRAMM, F. R. **Bioética, economia e saúde: direito à assistência, justiça social, alocação de recursos / Bioethics, economy and health: the welfare rights, social justice and allocation of resources** Rio de Janeiro: Rev. Brasileira de Cancerologia, vol. 46, nº 1, p. 41-47, março/2000.

SCHRAMM, F.R. & KOTTOW, M. **Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas.** Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, vol.17, nº 4, p. 949 – 956, jul/ago 2001.

SCHRAMM, F. R; REGO, S.; BRAZ, M.; PALÁCIOS, M. (ORGS). **Bioética: riscos e proteção.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ/ Editora Fiocruz, 2005a.

SEGRE, M. **“Definição de Bioética e sua Relação com a Ética, Deontologia e Diceologia”**, In: SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

SIQUEIRA, J. E.; PORTO, D.; FORTES, P. A . C. Linhas temáticas da Bioética no Brasil. In: SIQUEIRA, J. E.; ANJOS, M. F. (orgs). **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas.** Aparecida: Idéias e Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007, p. 161-184

**STEPKE, F. L. Investigación que involucra sujetos humanos: dimensiones técnicas y éticas / Investigation that involves human subjects: technical and ethical dimensions.** Revista Acta Bioeth; Vol.10, nº 1, p.11-16, 2004.

**TOBAR, F.; YALOUR, M. R. Como Fazer Teses em Saúde Pública: Conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informações de pesquisa.** 3ª ed. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, 172 p.

**TRIVINOS, A. N.S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais.** São Paulo: Ed. Atlas, 1998.

**ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e Atenção Básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família.** Tese de Doutorado. Departamento de Prática em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2003. Disponível em: [http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/TeseElma Lourdes.pdf](http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/TeseElma%20Lourdes.pdf), acesso em 05 de junho de 2008.

## 7. REFERÊNCIAS DOS ARTIGOS SELECIONADOS

ALMEIDA, José Luiz Telles de; SCHRAMM, Fermin Roland. Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics, and the rise of bioethics. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000500003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000500003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1999000500003.

ARAN, Márcia; PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, out. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000500020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500020&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 fev. 2009.

BUGARIN JUNIOR, João Geraldo; GARRAFA, Volnei. Bioética e biossegurança: uso de biomateriais na prática odontológica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 fev. 2009. doi: 10.1590/S0034-89102007000200008.

CARVALHO, Liliane Brandão; BOSI, Maria Lúcia Magalhães; FREIRE, José Célio. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, ago. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000400017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 fev. 2009. doi: 10.1590/S0034-891020080005000033.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000900017.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, set. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000900015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2007000900015.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)



311X2008000300024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2008000300024.

GARRAFA, Volnei; DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce Bellez. Bioethical language and its dialects and idiolects. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000500005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000500005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1999000500005.

GONCALVES, Evelise Ribeiro; VERDI, Marta Inez Machado. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, jun. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000300026&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300026&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232007000300026.

GUEDES, Cristiano; DINIZ, Debora. Um caso de discriminação genética: o traço falciforme no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000300006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 fev. 2009. doi: 10.1590/S0103-73312007000300006.

GUERRIERO, Iara Coelho Zito; DALLARI, Sueli Gandolfi. The need for adequate ethical guidelines for qualitative health research. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000200002.

MALUF, Fabiano et al . Consentimento livre e esclarecido em odontologia nos hospitais públicos do Distrito Federal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, dez. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000600034&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600034&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232007000600034.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Anthropological contributions for thinking and acting in the health area and its ethical dilemmas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000200008.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; DAL PRA, Keli Regina; FERMIANO, Sabrina. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001400012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2007001400012.

NUNES, Everardo Duarte. Ethical aspects considered by researchers who use qualitative approaches in health. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000200010.

PAIXAO, Rita Leal; SCHRAMM, Fermin Roland. Ethics and animal experimentation: what is debated?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000500011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000500011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1999000500011.

RIBEIRO, Carlos Dimas Martins; REGO, Sergio. Bioética clínica: contribuições para a tomada de decisões em unidades de terapia intensiva neonatais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900028&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900028&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000900028.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000200014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000200014.

SCHRAMM, Fermin Roland. The Dolly case, the Polly drug, and the morality of human cloning. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000500007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000500007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1999000500007.

SCHRAMM, Fermin Roland; PALACIOS, Marisa; REGO, Sergio. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000200011.

SELLI, Lucilda; GARRAFA, Volnei; JUNGES, José Roque. Beneficiários do trabalho voluntário: uma leitura a partir da bioética. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, dez. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000600015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 fev. 2009. doi: 10.1590/S0034-89102008000600015.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100025&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000100025.

TESSER, Charles Dalcanale. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000300004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 fev. 2009. doi: 10.1590/S0103-73312007000300004.

## **8. ANEXOS DA PARTE I DO PRESENTE ESTUDO**

**ANEXO 1- Quadro A: Cursos recomendados e reconhecidos pela CAPES divididos em Grandes Áreas, 2009**

GRANDE ÁREA	Programas e Cursos de pós-graduação					Totais de Cursos de pós-graduação			
	Total	M	D	F	M/D	Total	M	D	F
CIÊNCIAS AGRÁRIAS	300	110	2	12	176	476	286	178	12
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS	218	48	2	9	159	377	207	161	9
CIÊNCIAS DA SAÚDE	452	120	13	41	278	730	398	291	41
CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA	267	99	4	11	153	420	252	157	11
CIÊNCIAS HUMANAS	391	185	4	6	196	587	381	200	6
CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS	348	187	0	47	114	462	301	114	47
ENGENHARIAS	312	125	4	47	136	448	261	140	47
LINGÜÍSTICA, LETRAS E ARTES	149	70	0	0	79	228	149	79	0
MULTIDISCIPLINAR	299	123	12	81	83	382	206	95	81
<b>Brasil:</b>	<b>2.736</b>	<b>1.067</b>	<b>41</b>	<b>254</b>	<b>1.374</b>	<b>4.110</b>	<b>2.441</b>	<b>1.415</b>	<b>254</b>

Cursos:

M - Mestrado Acadêmico, D - Doutorado, F - Mestrado Profissional

Programas:

M/D - Mestrado Acadêmico / Doutorado,

M/F - Mestrado Acadêmico / Mestrado Profissional,

D/F - Doutorado / Mestrado Profissional,

M/D/F - Mestrado Acadêmico / Doutorado / Mestrado Profissional

FONTE: CAPES, consulta de atualização em 22/02/09.

**ANEXO 2 - Quadro B: Divisão dos Cursos recomendados e reconhecidos dentro da Área de Ciências da Saúde pela CAPES**

<b>GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE</b>									
<b>ÁREA (ÁREA DE AVALIAÇÃO)</b>	<b>Programas e Cursos de pós-graduação</b>					<b>Totais de Cursos de pós-graduação</b>			
	<b>Total</b>	<b>M</b>	<b>D</b>	<b>F</b>	<b>M/D</b>	<b>Total</b>	<b>M</b>	<b>D</b>	<b>F</b>
EDUCAÇÃO FÍSICA (EDUCAÇÃO FÍSICA)	21	11	0	0	10	31	21	10	0
ENFERMAGEM (ENFERMAGEM)	35	18	1	2	14	49	32	15	2
FARMÁCIA (FARMÁCIA)	34	12	1	3	18	52	30	19	3
FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (EDUCAÇÃO FÍSICA)	8	6	0	0	2	10	8	2	0
FONOAUDIOLOGIA (EDUCAÇÃO FÍSICA)	8	2	0	1	5	13	7	5	1
MEDICINA (MEDICINA I)	72	10	3	3	56	128	66	59	3
MEDICINA (MEDICINA II)	71	9	2	1	59	130	68	61	1
MEDICINA (MEDICINA III)	43	2	4	0	37	80	39	41	0
NUTRIÇÃO (MEDICINA II)	15	9	0	0	6	21	15	6	0
ODONTOLOGIA (ODONTOLOGIA)	95	25	1	18	51	146	76	52	18
SAÚDE COLETIVA (SAÚDE COLETIVA)	50	16	1	13	20	70	36	21	13
<b>Brasil:</b>	<b>452</b>	<b>120</b>	<b>13</b>	<b>41</b>	<b>278</b>	<b>730</b>	<b>398</b>	<b>291</b>	<b>41</b>

Cursos:

M - Mestrado Acadêmico, D - Doutorado, F - Mestrado Profissional

Programas:

M/D - Mestrado Acadêmico / Doutorado,

M/F - Mestrado Acadêmico / Mestrado Profissional,

D/F - Doutorado / Mestrado Profissional,

M/D/F - Mestrado Acadêmico / Doutorado / Mestrado Profissional

FONTE: CAPES, consulta de atualização em 22/02/09.

**ANEXO 3 - Quadro C: Programas dos Cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Brasil.**

**GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ÁREA: SAÚDE COLETIVA**

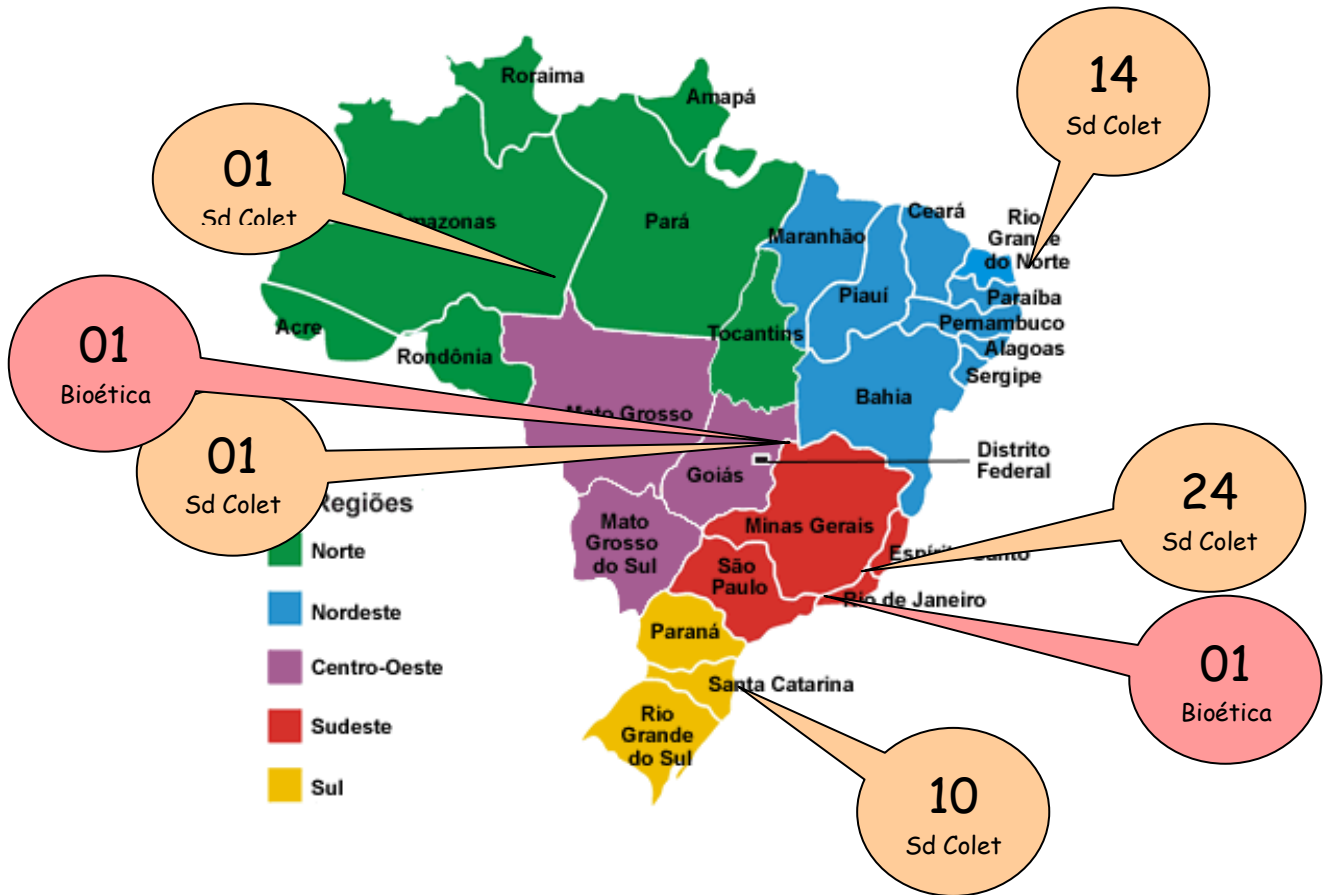
				CONCEITO		
				M	D	F
1	SAÚDE COLETIVA	UFES	ES	3	-	-
2	EPIDEMIOLOGIA	UFRGS	RS	5	5	-
3	EPIDEMIOLOGIA	UFRGS	RS	-	-	4
4	EPIDEMIOLOGIA	UFPEL	RS	7	7	-
5	EPIDEMIOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA	FIOCRUZ	RJ	6	6	-
6	GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	UEL	PR	-	-	3
7	INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA	UFPE	PE	3	-	-
8	MEDICINA (MEDICINA PREVENTIVA)	USP	SP	5	5	-
9	NUTRIÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA	USP	SP	5	5	-
10	SAÚDE COLETIVA	UFAC	AC	3	-	-
11	SAÚDE COLETIVA	UFBA	BA	6	6	-
12	SAÚDE COLETIVA	UFBA	BA	-	-	5
13	SAÚDE COLETIVA	UEFS	BA	3	-	-
14	SAÚDE COLETIVA	UNIFOR	CE	3	-	-
15	SAÚDE COLETIVA	UFMA	MA	4	4	-
16	SAÚDE COLETIVA	UFJF	MG	3	-	-
17	SAÚDE COLETIVA	UFMT	MT	3	-	-
18	SAÚDE COLETIVA	UEL	PR	4	4	-
19	SAÚDE COLETIVA	UFRJ	RJ	4	4	-
20	SAÚDE COLETIVA	UFF	RJ	3	-	-
21	SAÚDE COLETIVA	UERJ	RJ	5	5	-
22	SAÚDE COLETIVA	UERJ	RJ	-	-	5
23	SAÚDE COLETIVA	UNISINOS	RS	4	-	-
24	SAÚDE COLETIVA	ULBRA	RS	3	-	-
25	SAÚDE COLETIVA	UNICAMP	SP	5	5	-
26	SAÚDE COLETIVA	UNESP/BOT	SP	4	4	-
27	SAÚDE COLETIVA	UNIFESP	SP	4	4	-
28	SAÚDE COLETIVA	FCMSCSP	SP	-	-	4
29	SAÚDE COLETIVA	UNISANTOS	SP	4	-	-
30	SAÚDE COLETIVA - UECE - UFC	UECE	CE	-	4	-
31	SAÚDE DA FAMÍLIA	UNESA	RJ	-	-	3
32	SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA	FIOCRUZ	RJ	5	5	-
33	SAÚDE MATERNO-INFANTIL	FIOCRUZ	RJ	-	-	4
34	SAÚDE NA COMUNIDADE	USP/RP	SP	4	-	-
35	SAÚDE PÚBLICA	UFC	CE	4	-	-
36	SAÚDE PÚBLICA	UECE	CE	3	-	-
37	SAÚDE PÚBLICA	UFMG	MG	5	5	-
38	SAÚDE PÚBLICA	UEPB	PB	3	-	-
39	SAÚDE PÚBLICA	NESC/CPQAM	PE	4	4	-
40	SAÚDE PÚBLICA	NESC/CPQAM	PE	-	-	4
41	SAÚDE PÚBLICA	FIOCRUZ	RJ	6	6	-
42	SAÚDE PÚBLICA	FIOCRUZ	RJ	-	-	5
43	SAÚDE PÚBLICA	UFSC	SC	4	4	-
44	SAÚDE PÚBLICA	USP	SP	5	5	-
45	SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIA	UFPEL	RS	-	-	4
46	SAÚDE PÚBLICA E MEIO AMBIENTE	FIOCRUZ	RJ	5	5	-
47	SAÚDE PÚBLICA E MEIO AMBIENTE	FIOCRUZ	RJ	-	-	4
48	SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO	UFBA	BA	3	-	-
49	VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA	USP	SP	-	-	4
50	VIGILÂNCIA SOBRE SAÚDE	FESP/UPE	PE	-	-	3

FONTE: CAPES, consulta de atualização em 07/04/09.

Os programas estão relacionados por ordem alfabética do respectivo nome e, no interior dos homônimos, por UF.

Cursos: M - Mestrado Acadêmico, D - Doutorado, F - Mestrado Profissional

**ANEXO 4 - Quadro D: Distribuição dos Programas dos Cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Bioética por Regiões no Brasil.**





## PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO

Nota: O artigo a seguir está formatado de acordo com as exigências para publicação da Revista Interface, ao qual foi submetido e aprovado para publicação.

***ARTIGO FINAL - “Interfaces entre Saúde Coletiva e Bioética: uma análise da produção científica da Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Brasil”***

**Interfaces entre Saúde Coletiva e Bioética: uma análise da produção científica da Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Brasil**

Juliane Brenner Vieira Haragushiku<sup>1</sup>  
Marta Verdi<sup>2</sup>

**Correspondência:**

Marta Verdi  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário – Trindade  
Florianópolis – SC – Brasil  
CEP: 88010-970  
E-mails: julianebvh@yahoo.com.br; verdi@mbox1.ufsc.br.

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

## **Interfaces entre Saúde Coletiva e Bioética: uma análise da produção científica da Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Brasil**

### **Resumo**

Os processos de desenvolvimento da Bioética e da Saúde Coletiva brasileira possuíram caminhos paralelos, que num determinado momento, passaram a se relacionar, devido a aproximação de temas comuns como a questão da equidade em saúde e do direito à saúde. O objetivo deste estudo foi analisar as interfaces entre a Bioética e a Saúde Coletiva a partir da produção científica do campo desta última, e suas relações com a formação em Pós-Graduação *stricto sensu* da área. Analisou-se 23 artigos publicados entre 2007 e 2009, em periódicos da área de Saúde Coletiva no Brasil, cujos autores mantêm relação com a Pós-Graduação da área. Foi possível perceber algumas tendências bioéticas predominantes, como a Bioética da Proteção e a Bioética de Intervenção. As interfaces entre a Bioética e a Saúde Coletiva possuem expressões similares, capazes de proporcionar um diálogo direto entre elas, pois as duas priorizam o bem-estar do sujeito e do coletivo.

Descritores: Saúde Coletiva; Bioética; Produção científica; Pesquisa Qualitativa.

## **Interface between Public Health and Bioethics: an analysis of scientific production of the Post-Graduation in Collective Health in Brazil**

### **Abstract**

The development of both Bioethics and Brazilian Public Health have had parallel paths, which at some moment, began to relate, because of common themes such as the issue of equity in health and the right to health. The aim of this study was to analyze the interface between Bioethics and Public Health from the field of scientific production and its relations with post-graduate education in that area. Twenty three articles published between 2007 and 2009 in journals in the area of Collective Health related to Brazilian post-graduate education in that area were analyzed. Some prevailing bioethics trends were noticed, such as Bioethics of Protection and the Bioethics of Intervention. The interface between Bioethics and Public Health is possible, since both areas have similar forms of expression. A direct dialogue between them is interesting, because both prioritize individual and collective welfare.

Keywords: Public Health, Bioethics, Scientific Production, Qualitative Research.

## **Interfaz entre Bioética y Salud Pública: un análisis de la producción científica de la Post-Graduación en Salud Colectiva en Brasil**

### **Resumen**

Los procesos de desarrollo de la Bioética y Salud Pública brasileños han percurrido caminos paralelos que, en ese momento, emezan a relacionarse, debido a temas comunes como la cuestión de la equidad en la salud y el derecho a la salud. El objetivo de este estudio fue analizar las interfaces entre la Bioética y Salud Pública de la esfera de la producción científica y sus relaciones con la formación de postgrado en el sentido estricto de la zona. Se analizaron 23 artículos publicados entre 2007 y 2009 en revistas del área de Salud Colectiva en Brasil, que mantiene una relación con el Diplomado de la zona. Pudieran verse algunas tendencias que prevalecen la bioética, como la Bioética de la protección y la Bioética de la intervención. La interfaz entre la Bioética y Salud Pública tienen expresiones similares, capaz de ofrecer un diálogo directo entre ellos, porque ambos atribuyen precedencia al bienestar del sujeto y el colectivo

Descriptores: Salud Pública, Bioética, Producción Científica, Investigación Cualitativa.

## Introdução

A concepção inicial da Bioética compreendia que esta deveria literalmente significar uma ponte para o futuro como forma de aperfeiçoamento e garantia de qualidade de vida, transformando-se numa disciplina capaz de acompanhar o desenvolvimento científico, com uma vigilância ética isenta de interesses morais e com a necessidade de oferecer uma contínua democratização do conhecimento científico como a única maneira de difundir esse olhar zeloso da Bioética (Potter, 1971. p. 21).

Frequentemente, o termo Bioética se referiu, e ainda refere-se para alguns, aos problemas éticos derivados das descobertas e das aplicações das ciências biológicas. Entretanto, hoje a Bioética pretende seguir muito além, objetivando:

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 (Berlinguer, 1993, p.19).

Para Garrafa, 2006, p. 3, a Bioética estuda a ética das situações de vida no seu sentido mais abrangente, ampliando seu campo de influência teórica e prática, e por este motivo, os estudiosos do assunto têm o compromisso de aproveitar esta oportunidade proporcionada pela Bioética, em se tratando de um movimento (ou uma nova disciplina).

A Bioética, assim, diferentemente da ética profissional e deontológica, de cunho legalista, não tem por base a proibição, a limitação ou a negação. Ao contrário, atua com base na legitimidade das ações e situações, tratando de atuar afirmativamente, positivamente. Para ela, a essência é a liberdade, porém, com compromisso e responsabilidade (Garrafa, 1998, p.28).

Para Schramm, 1994, p.324, a ética, em sua raiz, possui 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”.

A Bioética não possui receituário nem pode ser quantificada, pois tem como base a ética prática (aplicada), abrindo discussões, analisando casos, confrontando idéias e argumentando com base na razão (Garrafa, 1995, p.9). Sendo assim, existem diferentes tendências de pensamentos, os quais levam à percepção de diferentes olhares, dependendo da cultura local no país onde foi concebida, associada ao momento histórico, desenvolvimento tecnológico, político e social, entre outros fatores, pois trazem consigo um pouco dos valores e princípios morais característicos daquele local.

Visando contribuir na procura de respostas equilibradas perante os conflitos atuais e os conflitos vindouros surge a discussão bioética. Com o sepultamento do mito da neutralidade da ciência, a Bioética requer abordagens pluralistas e transdisciplinares a partir de visões complexas da totalidade concreta que nos cerca e na qual vivemos (Garrafa, 2006, p. 4).

Os processos de desenvolvimento da Bioética e da Saúde Pública/Coletiva Brasileira percorreram caminhos paralelos, que num determinado momento, passaram a se relacionar, devido a aproximação de temas comuns, como por exemplo, a questão da equidade em saúde e do direito à saúde. A colaboração de importantes estudiosos relacionados com o desenvolvimento da Bioética no Brasil, os quais também atuavam na área da saúde, possibilitaram a busca da compreensão das formas de atuação e de suas justificativas da Bioética na Saúde Coletiva. A Saúde Coletiva brasileira necessita do olhar da Bioética para sua construção, por ser um campo complexo, envolvido por relações profissionais de diferentes categorias e contextos.

Deste modo, o objetivo deste estudo foi analisar as interfaces entre a Bioética e a Saúde Coletiva no Brasil, a partir da produção científica do campo da Saúde Coletiva.

### **A Bioética e a Saúde Coletiva: a construção de espaços dialógicos**

A partir da aproximação de temas comuns, tornou-se evidente a possibilidade de diálogo entre a Bioética e a Saúde Coletiva, o qual deve ser ampliado continuamente.

No que diz respeito ao processo de criação, reflexão e consolidação da Bioética brasileira, “é fundamental enfatizar a importância da Reforma Sanitária

que já apontava os rumos para a reflexão crítica que marca a Bioética brasileira, mostrando que os problemas enfrentados pela área da saúde não poderiam ser resolvidos apenas na clínica, uma vez que tinham origem na pobreza e na desigualdade social, na qual vivia a imensa maioria dos brasileiros“ (Siqueira, Porto e Fortes, 2007, p. 163). É possível perceber que as tendências bioéticas brasileiras não apenas buscam ir ao encontro dos princípios do SUS, mas também procuram, de forma politizada, construir um país melhor, com justiça social e solidariedade, a fim de alcançar melhorias na qualidade de vida. Desta forma, a dimensão da [Bio]ética em Saúde Pública [e Coletiva] é entendida por Garrafa, 1995, p.9, “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”.

Entende-se que eventos individuais que configuram o comportamento das populações na sua somatória, como a procriação, nascimento, morte, migração e adoecimento, tornam-se complicadas para a elaboração de normas e condutas se não estiverem baseadas nos direitos humanos, no pluralismo das idéias e dos comportamentos e em objetivos comuns livremente escolhidos (Berlinguer, 2004, p.96). Por este motivo, o exercício da reflexão bioética pelos gestores e profissionais de saúde é imprescindível e deve ser realizado constantemente.

Seguindo esta linha de pensamento, outros autores chamam a atenção para o fato de que os temas bioéticos estudados devem ser ampliados e as atuais orientações redirecionadas, sem se ignorar a relevância dos temas tratados mais enfaticamente pela Bioética até agora, pois existe a exigência, e dificuldade ao mesmo tempo, “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 os atores e temas da saúde cotidiana”, devendo a Bioética se ocupar também dos acontecimentos diários à maioria das pessoas, “e que não deveria acontecer” (Berlinguer, 1993, p.21).

As principais tendências bioéticas são apontadas por Anjos, resultantes do momento de desenvolvimento crítico da década de 1990, que servem para concretizar percepções e ênfases na atualidade: principialista, liberalista, das virtudes, casuística, feminista, naturalista, personalista, contratualista, do

cuidado, hermenêutica e libertária (Anjos, 2001, p.26). Especialmente no Brasil, encontramos a referência de seis tendências vigentes no pensamento bioético, emergentes das tendências anteriores: a Bioética de Reflexão Autônoma; a Bioética da Proteção; a Bioética de Intervenção; a Bioética e Teologia da Libertação; a Bioética Feminista (subdividida em Bioética Crítica de Inspiração Feminista e Bioética Feminista e Anti-racista); e a Bioética Ambiental (Anjos e Siqueira, 2007, p.163).

Na América Latina, existe a preocupação da construção de uma 'identidade bioética própria', mais apropriada às suas heranças culturais e também de suas peculiaridades para enfrentar concretamente seus problemas, após um longo período de domínio das referências teóricas norte-americanas, sobretudo do Princípioalismo, buscando uma reanálise de diferentes dilemas, como a autonomia *versus* justiça/equidade, omissão *versus* participação, entre outros (Schramm, 2006, p.150; Garrafa e Porto, 2003, p. 36).

Se considerarmos que a saúde é um bem a ser conquistado e preservado, a Bioética, como ciência da vida, da saúde, do meio ambiental, e como movimento social apresenta-se como um meio e uma ferramenta para a conscientização deste direito fundamental à vida e dever do Estado (Barchifontaine, 2005, p.8).

A Saúde Coletiva, tal como a Medicina Social, nasceu dos movimentos e lutas sociais do seu tempo e não a partir do Estado ou dos interesses das classes dominantes. Na América Latina, confunde-se com as lutas pela redemocratização dos países que viveram sob ditaduras. A democratização da saúde, concebida e teorizada pela Saúde Coletiva, implicou a democratização do Estado e dos seus aparelhos, além da sociedade. Comprometeu-se com a democracia substantiva e progressiva, com ideais libertários e com a emancipação dos indivíduos na conquista de modos de vida mais saudáveis.

Sendo simultaneamente um campo científico e um âmbito de práticas, a Saúde Coletiva (assim como a Bioética) contribuiu com a Reforma Sanitária Brasileira mediante produção de conhecimentos e sua socialização junto aos movimentos sociais. Como campo científico possui seu conhecimento interdisciplinar ainda em construção, constituído hoje por três grandes áreas das ciências: biológicas, humanas e sociais, com acúmulos teóricos e reflexões epistemológicas, aberto a novos paradigmas, e um âmbito de práticas

informadas por valores que prezam a democracia, a emancipação e a solidariedade, além de distanciar-se da saúde pública institucionalizada. Como práxis tem a possibilidade de radicalizar seus compromissos históricos com o povo, com as pessoas, com as classes dominadas (Paim, 2007, p. 2521).

No livro “*Saúde Pública é Bioética?*”, o autor o finaliza com o seguinte pensamento:

Concluindo, gostaria de reafirmar que a Bioética se torna a grande aliada da luta por uma melhor saúde pública e na busca do direito à vida para todos, do direito à saúde, da prática da justiça, da equidade, da tolerância e da solidariedade. (...) Eis o trabalho da Bioética no processo de construção do melhor plano de saúde para todos os brasileiros: o SUS, por meio do exercício da cidadania e do controle social no próprio SUS. Assim, podemos afirmar que Saúde Pública [Coletiva] é Bioética (Barchifontaine, 2005, p. 71).

Para os estudiosos de Bioética a Saúde Coletiva representa um desafio diferente, pois ela exige que a posição tradicionalmente individualista em relação ao respeito à autonomia das pessoas seja revista e tenha seu enfoque ampliado para o que se refere às coletividades. “O reconhecimento da complexidade do processo saúde-doença é o primeiro passo para o entendimento de que as políticas públicas devem ser direcionadas para o bem-estar da população com garantia da qualidade de vida das pessoas” (Junqueira e Junqueira, 2009, p.97).

Desta forma, pode-se iniciar um alinhavo para a compreensão das interfaces da Bioética com a Saúde Coletiva, a partir de questões fundamentais para a construção da sociedade, como a dignidade humana (individual e coletiva), qualidade de vida, justiça social e a garantia dos direitos humanos e sociais.

### **Percurso Metodológico**

Este é um estudo de abordagem qualitativa, de design descritivo, que buscou analisar o conhecimento científico já produzido do tema investigado nos artigos produzidos e selecionados na área de saúde coletiva.

Para o levantamento de artigos foi utilizada como base de dados uma pesquisa de artigos já publicados e disponibilizados na internet, produzidos por autores ligados aos Cursos de Pós-Graduação de Saúde Coletiva do Brasil,



acessados exclusivamente via internet, e publicados nos periódicos nacionais classificados como B1 ou superior pela CAPES, através do site SciELO – BIREME/OPAS/OMS (Scientific Electronic Library Online), definindo como busca as palavras-chave associadas: Ética e Saúde Coletiva, Ética e Saúde Pública, Bioética e Saúde Coletiva, Bioética e Saúde Pública.

Foram selecionados os artigos pertencentes às revistas brasileiras da área da Saúde Coletiva, a saber: Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), Ciência e Saúde Coletiva (ABRASCO), Physis – Revista de Saúde Coletiva (IMS/UERJ), Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Revista Brasileira de Epidemiologia (ABRASCO) e Revista de Saúde Pública/ Journal of Public Health (USP). Foram encontrados noventa e dois artigos publicados nestas revistas entre 1983 e 2009.

Uma seleção inicial dos artigos foi realizada referente às datas e constatado que a maior produção pertencia ao período a partir de 2004, com sessenta e cinco artigos publicados. Optou-se pela seleção dos artigos publicados nos últimos dois anos por conter mais da metade destes sessenta e cinco artigos, ou seja, trinta e seis artigos publicados entre o período de janeiro de 2007 a janeiro de 2009.

O próximo passo foi verificar se os autores dos artigos eram vinculados a programas de Pós-Graduação stricto sensu da área de Saúde Coletiva no Brasil, na qualidade de docente ou discente, a partir da Plataforma Lattes, do CNPQ, sendo excluídos dez artigos. Além destes, foram excluídos três trabalhos que não se configuravam como artigos, pois pertenciam a dois editoriais e uma resenha de livro, a fim de manter o padrão dos artigos. A seleção foi finalizada com vinte e três artigos publicados a serem analisados.

Inicialmente foi possível dividir os temas tratados em dois grandes eixos: “artigos desenvolvidos a partir de pesquisas científicas de campo” (com seis artigos) e “artigos desenvolvidos como reflexões bioéticas sobre temas relevantes” (com dezessete artigos).

Os temas tratados nas seis pesquisas estavam relacionados à Odontologia, ao Trabalho Voluntário, Direito à Saúde e Cuidados em Saúde.

Nos temas tratados dentre as dezessete reflexões bioéticas havia discussões referentes à Pesquisa Qualitativa, Pesquisa Científica em Seres Humanos e Animais, Cuidados Paliativos, Equidade, Idioma Bioético,

Discriminação Genética, Biopolítica, Transição de Paradigmas Éticos, Eutanásia e Autonomia, Bioética Clínica e Ética e Biomedicina.

Para os dois eixos foi realizada uma análise posterior, correspondente aos resultados encontrados, onde foram verificados: os temas tratados em cada artigo; as instituições de produção do tema tratado; busca de expressões\* que possibilitassem a interface entre a Bioética e a Saúde Coletiva presentes nos artigos analisados (incluindo os descritores de cada artigo); e as presentes tendências do pensamento bioético.

Foram observadas treze instituições responsáveis pela produção destes vinte e três artigos, concentrados no estado do Rio de Janeiro, seguido de São Paulo, Goiás, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Ceará, confirmando o desequilíbrio inicialmente previsto de instituições presentes nas regiões sudeste e sul, em relação às demais regiões do Brasil.

Após esta fase inicial foram estabelecidas cinco categorias para a análise final: Do Individual ao Coletivo: as diferentes abordagens bioéticas na Saúde Coletiva; A Presença da (Bio)Ética na Formação do Indivíduo; A Tecnologia na Saúde Coletiva; Considerações sobre a Pesquisa Qualitativa, Construção Teórica da Bioética.

Deve-se ressaltar que a Análise do Perfil Bioético de cada artigo foi realizada de acordo com as características apresentadas na Revisão de Literatura deste estudo. Entretanto, como a análise segue um roteiro, mas possui influências da subjetividade da analista, pode existir a possibilidade de algum autor ter escrito seu artigo sem a preocupação de limitar-se a uma tendência teórica, ou pretendendo demonstrar uma determinada tendência, e ter sido interpretado de outra forma.

Para a devida visualização do panorama de todo o conteúdo trabalhado, pode-se levar em consideração o quadro abaixo:

\* Expressões = proveniente do latim *expressio*, *ónis*, radical de *expressum*, neste contexto o utilizamos como manifestação significativa forte, por meio de frase, sentença ou dito (Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa).

Quadro 1: Elementos do processo de análise dos artigos selecionados.

<b>ARTIGO</b>	<b>TEMAS TRATADOS</b>	<b>TENDÊNCIA DE PENSAMENTO BIOÉTICO</b>	<b>TIPO DE ARTIGO</b>	<b>CATEGORIAS DE CLASSIFICAÇÃO</b>
<b>ARTIGO 1</b>	Transição dos paradigmas biomédicos;	BIOÉTICA DE PROTEÇÃO	Reflexão em Bioética e Saúde	- A presença da (Bio)Ética na formação do Sujeito; - Construção Teórica da Bioética;
<b>ARTIGO 2</b>	Biopolítica na atualidade;	BIOÉTICA DE PROTEÇÃO	Reflexão em Bioética e Saúde	- O Individual e o Social;
<b>ARTIGO 3</b>	Cuidados paliativos e a Assistência atual;	BIOÉTICA DE PROTEÇÃO	Reflexão em Bioética e Saúde	- O Individual e o Social; - A Tecnologia na Saúde Coletiva;
<b>ARTIGO 4</b>	Cuidados paliativos na Atenção Básica	BIOÉTICA DE PROTEÇÃO	Reflexão em Bioética e Saúde	- O Individual e o Social;
<b>ARTIGO 5</b>	Experimentação animal	BIOÉTICA DE PROTEÇÃO	Reflexão em Bioética e Saúde	- A Tecnologia na Saúde Coletiva;
<b>ARTIGO 6</b>	Bioética clínica na UTI neonatal	BIOÉTICA DE PROTEÇÃO	Reflexão em Bioética e Saúde	- O Individual e o Social;
<b>ARTIGO 7</b>	Clonagem animal e humana	BIOÉTICA DE PROTEÇÃO	Reflexão em Bioética e Saúde	- A Tecnologia na Saúde Coletiva;
<b>ARTIGO 8</b>	Princípioalismo e a pesquisa com seres humanos;	BIOÉTICA DE PROTEÇÃO	Reflexão em Bioética e Saúde	- A Tecnologia na Saúde Coletiva;
<b>ARTIGO 9</b>	A eutanásia e a autonomia	BIOÉTICA DE PROTEÇÃO	Reflexão em Bioética e Saúde	- A Tecnologia na Saúde Coletiva;
<b>ARTIGO 10</b>	Biossegurança	BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO	Pesquisa Exploratória Qualitativa	- O sujeito construindo o Corpo Social; - A presença da (Bio)Ética na formação do Sujeito;
<b>ARTIGO 11</b>	A educação no atendimento odontológico	BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO	Pesquisa Exploratória Qualitativa	- O Individual e o Social; - A presença da (Bio)Ética na formação do Sujeito;
<b>ARTIGO 12</b>	O uso do Consentimento Livre e Esclarecido pela Odontologia	BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO	Pesquisa Exploratória Qualitativa	- O Individual e o Social; - A presença da (Bio)Ética na formação do Sujeito;
<b>ARTIGO 13</b>	O trabalho voluntário;	BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO	Pesquisa Exploratória Qualitativa	- A Tecnologia na Saúde Coletiva; - O Individual e o Social;
<b>ARTIGO 14</b>	Equidade e utilidade social nos cuidados em saúde;	BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO	Reflexão em Bioética e Saúde	- O Individual e o Social;
<b>ARTIGO 15</b>	O idioma bioético	BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO	Reflexão em Bioética e Saúde	- Construção Teórica da Bioética;

<b>ARTIGO 16</b>	O direito à saúde dos estrangeiros no Brasil;	TENDÊNCIA HERMENÊUTICA	Pesquisa Exploratória Qualitativa	- O Individual e o Social; - A Tecnologia na Saúde Coletiva;
<b>ARTIGO 17</b>	Ética e a Biomedicina	TENDÊNCIA HERMENÊUTICA	Reflexão em Bioética e Saúde	- A presença da (Bio)Ética na formação do Sujeito
<b>ARTIGO 18</b>	Formação ética do pesquisador qualitativo;	TENDÊNCIA HERMENÊUTICA	Reflexão em Bioética e Saúde	- Considerações sobre a Pesquisa Qualitativa;
<b>ARTIGO 19</b>	Diretrizes das pesquisas qualitativas;	BIOÉTICA DE REFLEXÃO AUTÔNOMA	Reflexão em Bioética e Saúde	- Considerações sobre a Pesquisa Qualitativa;
<b>ARTIGO 20</b>	A Antropologia e os dilemas éticos da saúde	BIOÉTICA DE REFLEXÃO AUTÔNOMA	Reflexão em Bioética e Saúde	- Considerações sobre a Pesquisa Qualitativa;
<b>ARTIGO 21</b>	Aspectos éticos das pesquisas qualitativas;	BIOÉTICA DE REFLEXÃO AUTÔNOMA	Reflexão em Bioética e Saúde	- Considerações sobre a Pesquisa Qualitativa;
<b>ARTIGO 22</b>	Cuidados à Saúde Mental;	BIOÉTICA DO CUIDADO	Pesquisa Exploratória Qualitativa	- O Individual e o Social;
<b>ARTIGO 23</b>	Discriminação genética do traço falciforme;	BIOÉTICA CRÍTICA DE INSPIRAÇÃO FEMINISTA	Reflexão em Bioética e Saúde	- O Individual e o Social; - A presença da (Bio)Ética na formação do Sujeito; - A Tecnologia na Saúde Coletiva;

## **Discutindo as Categorias**

O processo de análise da produção científica na saúde coletiva possibilitou a visualização de diferentes tendências bioéticas apontadas, sendo que nove artigos se referiam à Bioética da Proteção, seis artigos aludiam à Bioética de Intervenção, três artigos se relacionavam à Bioética Hermenêutica, a mesma quantidade à Bioética de Reflexão Autônoma, um artigo foi atribuído à Bioética do Cuidado e outro à Bioética Crítica de Inspiração Feminista, como podemos visualizar no quadro anterior. Percebe-se, portanto, que a Bioética da Proteção e a Bioética de Intervenção estão em evidência no Brasil. Entretanto, a influência da Bioética Principlista foi percebida em diversos artigos, demonstrando possuir grande impacto no pensamento bioético brasileiro ainda hoje.

A partir do levantamento das tendências bioéticas presentes foi possível verificar expressões que indicam possíveis interfaces entre a Bioética e a Saúde Coletiva, com a percepção de que muitas delas se repetiam em diferentes artigos, estabelecendo um diálogo direto entre elas. Por este motivo, torna-se relevante esclarecer que um artigo pode pertencer a uma ou mais categorias.

### **“Do Individual ao Coletivo: as diferentes abordagens bioéticas na Saúde Coletiva”**

A **primeira categoria** foi formada por expressões relacionadas ao indivíduo e ao social, podendo ser entendido também como ‘corpo social’.

Em relação aos indivíduos foi possível observar os cuidados desenvolvidos junto a eles, o sujeito considerado como indivíduo único e quanto à autonomia deste indivíduo nas relações sociais. Nesta classificação, a preocupação está centrada no valor à vida individual, levantando considerações sobre o respeito pela autonomia das pessoas, pela confidencialidade, pela dignidade humana, pela liberdade e no cuidado como abertura ética ao outro.

Para que o paciente seja considerado um sujeito pelos profissionais de saúde, minimamente deve-se respeitar a autonomia do indivíduo, e nesta categoria os artigos apontam denúncias de contradições a este respeito, quando encontramos as seguintes expressões: “a visão integral do paciente é

distorcida, pois os acadêmicos e professores apresentam uma construção moral e ética deficitária, com valores totalmente invertidos” (Artigo 11); “entretanto ainda encontramos o predomínio da atenção biomédica e da verticalização da assistência, com a conseqüente obsessão pelo objeto de intervenção: o órgão doente ou patologia, fazendo com que os pacientes sejam usuários destituídos da condição de sujeitos, despersonalizando o indivíduo” (Artigo 12) e promovendo “uma prática paternalista, a qual não considera, em hipótese alguma, o ato decisório do paciente” (Artigo 11); “com efeito, nossa cultura paternalista privilegia vínculos com o paciente com doença terminal baseados na omissão e na mentira, com atos delegados e com erosão da autonomia do mesmo” (Artigo 3).

O valor da vida também é visto no cuidado constante com o sujeito, seja no momento do nascimento, da doença, da saúde ou durante e após o fim da vida. Esses cuidados que respeitam ao sujeito, sua autonomia e individualidade, “não se inserem na lógica do modelo médico tradicional, centrado na busca da cura da doença” (Artigo 3). O profissional de saúde precisa “conseguir compreender e responder adequadamente à vulneração em que vive a pessoa que adoece gravemente” (Artigo 22). É necessário estar disposto a “se abrir eticamente” (Artigo 3) para o outro, a fim de promover um cuidado mais humanizado, sem deixar de ser eficaz e eficiente tecnicamente.

Questionando sobre o uso e utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram encontrados artigos denunciando o uso equivocado deste documento de diferentes formas, desde sua inexistência, passando por orientações de alta, até a inclusão do uso de imagens e exames laboratoriais sem o prévio consentimento, ferindo a autonomia do sujeito e ignorando sua competência e capacidade autônoma.

Quando é considerada a qualidade de vida futura do sujeito a partir de uma visão ética não-sacrificial, os cuidados paliativos assumem sua importância no campo das intervenções da assistência no fim da vida, opondo-se à obstinação terapêutica e à futilidade médica, que implicam em “reduzir a pessoa a algum de seus componentes” (Artigo 3), caracterizando-se pelo “uso continuado e persistente de medidas que sustentam a vida dos pacientes com doenças avançadas” (Artigo 4), o que evidentemente “desapropria a pessoa de sua vida” (Artigo 6), “como se a morte fosse um inimigo que deve ser

combatido a todo custo” (Artigo 4).

O tema “qualidade de vida futura do sujeito” é analisado também sob outras perspectivas, levantando a discussão quanto às conseqüências do uso indiscriminado da informação genética e sobre a reanimação de pessoas. Sobre o uso da informação genética, a manipulação indevida das informações e a falta de profissionais capacitados para atuarem com o aconselhamento genético mostram “o quanto o direito de não ser testado ou mesmo informado sobre os resultados de exames pode ser uma prerrogativa a ser considerada, sobretudo na ausência de propósitos na realização destes testes” (Artigo 23). “As decisões sobre tratamento e reanimação de lactentes de baixo-peso não podem nunca nem ser o triunfo da esperança sobre a razão, nem a vitória do ego sobre a incerteza. E, especialmente, não se deve nunca deixar de envolver os pais nesta decisão” (Artigo 6). Para se chegar a uma resposta do dilema sobre a reanimação de pessoas, afirma-se que “sempre as melhores tomadas de decisão para estas questões são tomadas por um diálogo aberto entre o médico, o paciente (quando possível) e o cuidador/família” (Artigo 4).

Percebe-se que questões como o direito à saúde, à autonomia, ao reconhecimento do sujeito como indivíduo, ao direito à qualidade de vida, à confidencialidade e ao valor da vida precisam ainda de maior reflexão e amadurecimento por parte dos profissionais de saúde, para que isto se torne verdadeiro e transforme-se na dignidade devida ao indivíduo. Um sujeito só pode ser considerado um indivíduo se o outro o reconhece como pessoa autônoma, digna e possuidor de competências.

Fortes e Zoboli, 2003, p.17, nos trazem a reflexão de que “cabe ponderar que o ideal de autonomia é utópico, e na prática são poucos os atos totalmente autônomos. (...) Uma vez que é pouco provável que se consigam atos completamente autônomos, o que se deve aspirar é que sejam substancialmente autônomos”. Sendo assim, como profissionais e educadores em saúde precisamos incentivar o desenvolvimento do sujeito como Indivíduo, sem cairmos na ilusão de que todo o esforço devido já foi feito e que não necessitamos mais insistir neste tema.

Em relação ao ‘social’ foi possível observar expressões relativas à cidadania, equidade, justiça/ justiça social/ justiça distributiva, bem-estar social,

sociedade e vulnerabilidade. Deste modo, foram tratadas questões como “o que é devido a cada cidadão?”, direitos de cidadania, direitos adquiridos, direito universal, igualdade de direitos, exclusão social, transformação social, desigualdades sociais, biopolítica, biopoder, vulnerabilidade, vulneração, solidariedade e bem-estar social.

Entende-se que, para que alguém exerça sua cidadania, anteriormente este sujeito tem de ser reconhecido como indivíduo. E este indivíduo irá exercer sua cidadania em uma determinada sociedade, a qual possui diferentes valores morais, os quais influenciam diretamente nos atos e atitudes dos cidadãos.

Dentre as expressões que compõem ainda esta categoria, encontram-se indicações em prol do exercício consciente da cidadania por meio da reflexão bioética, como nestas citações: “o ponto crucial é, neste caso, o princípio da responsabilidade exercida pelas pessoas que devem praticar as suas funções como cidadãos e lutar para reduzir a probabilidade de abusos” (Artigo 16), desenvolvida “por meio de uma ética reflexiva e interventiva baseada no reconhecimento dos valores humanitários de solidariedade os direitos de cidadania em torno da assistência à saúde podem ser garantidos” (Artigo 2).

Nos artigos, encontram-se também denúncias de “sonegação de informações sobre prognósticos de tratamento” (Artigo 13), noções distorcidas de cidadania vinculadas ao trabalho ou à residência, anulação do “estatuto jurídico do indivíduo, criando um ser juridicamente inominável” dentro de uma “zona de indeterminação” (Artigo 2), conflitos morais e éticos para “decidir quais as necessidades que devem ser priorizadas e/ou racionadas, a eleição de critérios de escolha de quem terá oportunidade de continuar a viver, às vezes quem irá morrer, ou mesmo, quem terá suas necessidades de saúde atendidas em primeiro lugar” (Artigo 14), desrespeitando a cidadania de cada um e a justiça social. Pois, “a justiça social afirma tanto a dignidade moral quanto o igual respeito a todos os homens, questionando a ordem social vigente” (Artigo 16) e “o moderno conceito de justiça distributiva demanda que o Estado intervenha e garanta a distribuição de bens para que as pessoas tenham suprido um determinado nível de interesses e recursos materiais” (Artigo 6).

No que se refere à vulnerabilidade e vulneração, os artigos nos remetem



a uma profunda reflexão bioética sobre a produção de vida nua na modernidade, baseados em Agamben, quando se sujeita a vida a um poder de morte, criando uma zona de indistinção e exclusão da vida social, produzindo sobrevividas, negando à sociedade o direito à saúde por meio de decisões políticas que não levam em consideração os valores e os princípios éticos prevalentes nesta. Entende-se que vulnerabilidade “diz respeito à condição universal da espécie humana e de qualquer ser vivo, que são seres suscetíveis de sofrer danos” (Artigo 2), como no exemplo do Artigo 23, onde a pessoa que foi discriminada geneticamente, “teve seu corpo considerado como o estigma da inaptidão”. Portanto, a “capacidade ou liberdade limitada do indivíduo leva à vulnerabilidade” (Artigo 12), e o “foco prioritário da preocupação moral do Estado deveria ser com as pessoas vulneradas” (Artigo 13). A “vulneração refere-se à vulnerabilidade secundária ou circunstancial a que estão sujeitos certos seres humanos por viverem em condições econômicas e sociais particulares de privação de suas necessidades essenciais” (Artigo 6). As questões relativas aos sujeitos vulnerados, vulnerabilidade e vulneração, discutidas principalmente na Bioética da Proteção e na Bioética de Intervenção são temas relevantes que a Bioética tem tratado junto à Saúde Coletiva, sempre buscando o aperfeiçoamento do sujeito como cidadão para a composição de um corpo social consciente de seus direitos e deveres.

Outro tema encontrado foi a equidade, discussão presente principalmente na Bioética de Intervenção, a qual busca atender as pessoas de acordo com suas diferenças “em suas condições sociais e sanitárias, tendo necessidades diferenciadas”, podendo ser considerado “a cada um conforme suas necessidades”. “Cada sociedade deve decidir se, em determinada situação, se orienta fundamentalmente pela equidade (e, qual equidade) ou por orientações mais utilitaristas”, desde que esta decisão seja pautada num consenso social (Artigo 14). Sociedades que possuem desenvolvimento tecnocientífico e político-social podem ser capazes de decisões consensuais e posteriormente responsabilizar-se por elas, sejam quais forem suas conseqüências.

### **“A presença da (Bio)Ética na formação do indivíduo”**

Na **segunda categoria** estão agrupadas todas as expressões

relacionadas com a Ética, os Princípios Éticos, Modelos Éticos e Transições Paradigmáticas no campo da Ética.

Um dos pontos mais discutidos nos artigos refere-se ao ensino da Ética e da Bioética nos cursos da área da saúde e o reflexo no comportamento dos discentes e dos docentes como resultado desta falta de aprofundamento ético. Percebe-se que o “modelo ético hipocrático ainda é muito vigente e persistente” (Artigo 17), pois a “tradição médica mantém suas implicações éticas inalteradas” (Artigo 1), e que existe uma “desresponsabilização social pela missão curadora por parte dos médicos [e demais profissionais de saúde], individualmente” (Artigo 17), além dos “interesses econômicos particularistas serem priorizados” (Artigo 10), caracterizando a “geração de conflitos éticos vividos pelos profissionais [e futuros profissionais] de saúde” (Artigos 11 e 12).

Esta desresponsabilização social dos profissionais da área da saúde leva a uma “alienação ética” (Artigo 17), a qual induz os seus profissionais “a se remeterem sempre à instituição e a seus saberes, cujas tecnologias devem operar eficazmente, devido à cientificidade, objetividade e universalidade supostas do saber, segundo a concepção dominante, de viés marcadamente positivista” (Artigo 11), considerando os indivíduos “cada vez mais homogêneos entre si” (Artigo 11), o que resulta numa transformação da identidade dos profissionais, “que passam a se ver mais como cientistas e menos como curadores [cuidadores] de pessoas” (Artigo 17).

Conseqüentemente, a necessidade de um ‘amadurecimento’ ético dentro da área da saúde foi detectada, devendo acontecer de forma urgente, porém o que ocorre atualmente é uma lenta transição freada pela resistência às mudanças. As “metamorfoses conceituais” (Artigo 1) são sofridas e percebidas pelos profissionais de saúde, sendo “provenientes de transformações sociais” (Artigo 11), resultantes em “maiores dilemas éticos” (Artigo 1), os quais somente poderão ser resolvidos após o exercício da abertura e reflexão ética. Estes dilemas éticos normalmente incomodam e provocam um doloroso processo de amadurecimento subjetivo nos indivíduos envolvidos.

### **“A Tecnologia na Saúde Coletiva”**

A **terceira categoria** foi formada por temas relacionados à Saúde Coletiva/ Pública, Eutanásia, Clonagem de Animais e Seres Humanos.

Os assuntos relacionados com a tecnologia e a Saúde Coletiva são os mais variados, abrangendo desde políticas públicas de saúde tratando da questão da biossegurança e dos biomateriais, passando por discussões polêmicas como experimentação e bem-estar animal e humano, aborto, limites obscuros sobre as práticas científicas e conseqüentes abusos, chegando à clonagem humana e animal de partes de corpos ou corpos inteiros. Também estão inclusas discussões sobre os direitos (à saúde, dos animais, humanos, adquiridos, individuais, coletivos, social, etc.), sobre o uso indiscriminado e antiético da informação genética pela engenharia genética, sobre o sistema de saúde brasileiro e de países vizinhos, e ainda sobre o utilitarismo social, a eutanásia e o suicídio assistido. Todos estes temas foram discutidos transversalmente nos Artigos 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16 e 23.

Estes artigos trazem, em sua maioria, uma tênue relação entre a tecnologia e o eterno desejo de evitar a morte a qualquer preço. A morte mantém-se presente nas discussões de dilemas bioéticos representada por diversas formas e tentativas de evitar, negar, postergar, controlar. Desde sempre, a única certeza que temos ao nascer é a de que um dia morreremos, mas o homem possui no seu imaginário a esperança de vencer esta única certeza, num instinto primitivo de auto-preservação. E se este instinto primitivo se associa à cultura monetária ocidental, o resultado torna-se lastimoso. Talvez estes sejam os maiores motivos para que o homem se esforce tanto e não meça conseqüências ao desenvolver pesquisas de moral duvidosa, no mínimo por assim dizer, promovendo sobrevidas desumanas, desenvolvimento da ciência a qualquer preço e a má utilização da ciência já desenvolvida. O alerta à possibilidade de desenvolvimento de “uma aristocracia dos felizardos” (Artigo 6) assusta a qualquer pessoa que tenha algum senso de dignidade, solidariedade e responsabilidade para com seus próximos e com a sociedade em geral. Há ainda o envolvimento ideológico destas questões com a religiosidade e crenças de cada um e com suas implicações legais, como podem ser percebidos nos Artigos 3, 5, 7, 8 e 9.

Os artigos também alertam para o fato de que a administração pública realizada de forma irracional, sem o estabelecimento claro de prioridades das políticas públicas de saúde e da distribuição de recursos, inicialmente causa prejuízos a sujeitos específicos e estende-se em escala de progressão

geométrica, generalizando-se e atingindo a toda a população, refletindo em resultados negativos para a saúde e para a qualidade de vida de todos, alterando substancialmente os problemas em saúde coletiva (Artigo 16).

Outros alertas presentes, e que também fazem parte da má utilização da tecnologia é o constante uso de biomateriais sem levar em consideração a biossegurança (controle de qualidade, procedência, princípios biológicos, etc.) e o uso indiscriminado da manipulação da informação genética. “O uso de biomateriais sem critérios de biossegurança estabelecidos, além de gerar problemas clínicos como o insucesso terapêutico, cria situações de conflito ético”, pois “a proteção do paciente é objetivo maior tanto da Bioética (...) quanto da biossegurança no sentido de prevenir ou evitar riscos” (Artigo 10). A manipulação da informação genética indiscriminadamente é outro agravante do uso equivocado da tecnologia, devendo se levar em consideração que, “para que os testes genéticos se revertam em benefícios para as pessoas que recebem a informação, é necessário adotar cuidados éticos” (Artigo 23), pois a “glorificação atual das conquistas tecnológicas pode levar ao incremento da passividade das pessoas se não lhes for possível compreender seu sentido” (Fortes e Zoboli, 2003, p.19).

### **“Considerações sobre a Pesquisa Qualitativa”**

A **quarta categoria** demonstra sua pertinente preocupação com os fundamentos éticos das pesquisas, suas metodologias, paradigmas e relações com os pesquisadores, pois “a pesquisa em saúde não é recoberta exclusivamente pela pesquisa médica”, evidenciando a “presença das ciências sociais e humanas” (Artigo 18), as quais desenvolvem pesquisas de caráter qualitativo, ao invés de quantitativo, na maioria das vezes.

O foco principal destes artigos é a afirmação da necessidade de revisão dos parâmetros de avaliação para pesquisas qualitativas, tornando-os diferenciados dos parâmetros de avaliação das pesquisas quantitativas, pois a pesquisa qualitativa preocupa-se com informações que tragam significados aos processos estudados, ao invés de preocupar-se com números e índices lógicos, como podemos verificar nos Artigos 18, 19, 20 e 21.

Chama-se a atenção “para a exclusividade da pesquisa qualitativa, que atravessa as áreas das ciências sociais e humanas, e permite-lhes a

possibilidade de descrever, decodificar, interpretar e fornecer noções básicas sobre o sentido (ou sentidos) atribuído a fenômenos no mundo social” (Artigo 21), além de lembrar que, “uma vez que diversas pesquisas podem trabalhar com lógicas [ou paradigmas] muito diversas, é insuficiente analisá-las da mesma forma” (Artigo 19).

Relevantes temas são tratados pelas pesquisas qualitativas desenvolvidas, como a “implementação de políticas públicas, as representações de saúde e doença, as formas de cuidado e as diferenças culturais, (...) cuidados preventivos ou ações de cidadania ligadas à promoção de saúde, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar” (Artigo 18), entre outros. Apenas o levantamento deste motivo já é suficiente para se levar em consideração que a pesquisa qualitativa envolve aspectos éticos somados a ela, os quais são inseparáveis, e que, portanto devem ser analisados de forma diferenciada das pesquisas quantitativas (Artigo 21).

Outro importante fator apontado para que esta revisão seja realizada é que, pelo fato da pesquisa qualitativa trabalhar com a subjetividade como objeto de estudo, “estes trabalhos não podem excluir o investigador e, em vez de procurar imparcialidade (entendida aqui como não-interferência da parte da subjetividade do investigador), estes assumem que é impossível excluir tal subjetividade, tornando-se preocupados em alcançar um equilíbrio adequado entre subjetividade e objetividade” (Artigo 19).

Um dos artigos sugere a inserção da prática antropológica, a fim de “contribuir para reforçar a intersubjetividade, para aumentar a compreensão dos problemas humanos e para esclarecer e informar sobre os procedimentos e práticas da vida social”, pois ela reúne condições que “permitem as pessoas a agir com ética e a promover os direitos dos grupos com os quais os pesquisadores atuam” (Artigo 20). Além disso, “a investigação biomédica se faz investigação no ser humano, e a investigação utilizada nas ciências sociais e humanas a investigação é com o ser humano” (Artigo 18), o que nos informa a existência de uma relação entre pesquisador e pesquisado.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fazem parte de uma prévia exigência dos Comitês de Ética, devendo ser assinados antes da participação do indivíduo na pesquisa. Porém dificilmente se leva em consideração a necessidade de reavaliação destes consentimentos, levando a

um subentendimento por parte do pesquisador, o qual crê que, se o documento foi assinado, então tudo é permitido em nome da ciência.

Todos os esforços e entendimentos que possam ser somados à ascendência da qualidade da investigação qualitativa devem ser levados em consideração, principalmente pelos responsáveis em coordenar as pesquisas científicas no Brasil, seja no âmbito prático ou teórico, jamais deixando de levar em consideração que o aspecto ético é indissociável da pesquisa qualitativa.

### **“Construção Teórica da Bioética”**

Finalizando, a **quinta categoria** foi composta pelos artigos que se referem a uma preocupação com a construção e afirmação teórica da Bioética, por entendermos que compõe uma questão de orientação na Bioética.

Pelo fato da Bioética possuir uma “natureza pluridisciplinar e transdisciplinar” (Artigos 1 e 15), ela “permitiu que se incluíssem outras abordagens, o enriquecimento da ética médica e o alargamento dos seus horizontes analíticos” (Artigo 15). Isto exige que “a sociedade em geral e as profissões da saúde (...) exerçam uma reflexão profunda sobre os novos dilemas éticos, o que, em última análise, definirá o tipo de sociedade que construímos para o futuro” (Artigo 1). Esta reflexão profunda é exercida de maneira estruturada, através do que alguns autores chamaram de “idioma bioético, com seus dialetos e idioletos” (Artigo 15), fazendo uso de uma metáfora da Bioética com o idioma e suas variantes, “fornecendo todas as ligações entre os chamados bioeticistas” (Artigo 15).

Estes artigos trazem as preocupações de se “fazer alcançar a efetiva participação social no debate sobre problemas bioéticos” (Artigo 1) e de alertar sobre a “importação acrítica de dialetos” pelos bioeticistas, devendo “recriar”, numa “tentativa de demarcar identidades, tanto como a busca de variações de dialetos, com vistas a futuramente compor um novo dialeto” mais apropriado para sua realidade (Artigo 15).

Realmente é necessária uma integração dos bioeticistas com a sociedade para que se debatam problemas bioéticos e para que se obtenha um entendimento adequado do pensamento bioético com a realidade de cada lugar, respeitando suas crenças e realizando as devidas adaptações nos dialetos locais.

## Considerações Finais

Após a análise dos vinte e três artigos foi possível perceber o quanto realmente a Bioética está intimamente relacionada com a Saúde Coletiva. Diversos temas foram tratados sob diferentes olhares transversalmente em muitos dos artigos analisados.

A Saúde Coletiva, a Bioética e a Pesquisa Qualitativa estão presentes nas Pós-Graduações brasileiras, sendo discutidas, analisadas e reformuladas constantemente, compondo o importante movimento de crescimento e aprimoramento da sociedade brasileira observado pela história.

Como mencionado inicialmente, entendemos que a Saúde Coletiva e a Bioética foram construídas historicamente em caminhos paralelos, e que a partir de um determinado momento passaram a dialogar, entretanto reafirmamos aqui nossa preocupação com a continuidade do movimento dialógico existente com o intuito de fortalecê-lo sempre. E neste sentido, a pesquisa qualitativa pode contribuir muito, ao evidenciar as fragilidades existentes em nossa Saúde Coletiva, as quais devem passar por reflexões bioéticas mais aprofundadas, para o benefício de nossa sociedade.

Jamais poderíamos falar em Saúde Coletiva e Bioética se não falássemos também em 'Promoção de Saúde'. Segundo Leone, Privitera e Cunha, 2001, p. 1008,

“a promoção da saúde identifica-se com a promoção de comportamentos que prevejam não só o aparecimento da patologia, mas também a ruptura dos equilíbrios psicofísicos. O projeto terapêutico, neste paradigma, compreende elementos ainda mais imbricados na dimensão ética e espiritual do Homem, como a aquisição de uma melhor competência cognoscitiva por parte do indivíduo e de uma maior autonomia nas opções”.

A promoção da saúde está inserida na Saúde Coletiva e deve ser realizada de acordo com preceitos éticos capazes de representar as prioridades e necessidades a serem atendidas para que possua real significância na qualidade de vida da população envolvida. Estas necessidades e prioridades foram apresentadas em todos os artigos estudados, de forma até repetitiva, pois os exemplos de faltas éticas são numerosos, infelizmente.

Após a análise dos artigos, foi possível perceber a presença de um

maior número de artigos publicados com a participação de odontólogos como autores. Esta participação mais acentuada seria o resultado de um movimento ético reflexivo dentro da Odontologia, questionando sua prática, ou seria apenas coincidência? Preferimos acreditar na primeira hipótese, entendendo que a Odontologia, como profissão pertencente à área da saúde, está assumindo sua importância nas ações de promoção da saúde e se posicionando a favor do bem-estar coletivo de forma ética e comprometida.

Entretanto, da mesma forma que houve representantes da Odontologia como autores dos artigos analisados, também foram encontrados médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, para citar algumas profissões da área da saúde, e até administradores. Entenderemos que todos estes autores buscam reforçar este movimento de reflexão ética, para que todas as conquistas afirmadas a partir da Reforma Sanitária sejam mantidas, justificadas e fortalecidas. Afinal, estas conquistas seguiram muito além do 'direito à saúde', convocando uma população anteriormente reprimida e amedrontada para o exercício de seus direitos e deveres como cidadão brasileiro. Os profissionais da área da saúde relacionados com a Saúde Coletiva e a Bioética estão fazendo uso constante da reflexão, procurando ser ouvidos e comentados, tanto dentro de nosso país como no exterior. Mesmo que não totalmente compreendidos, estão expondo suas formas de pensar e agir, defendendo direitos conquistados e adquiridos com muita luta social anterior.

O significativo número de temas encontrados nos artigos nos trouxe algumas dúvidas em relação ao número de artigos, pois cada tema encontrado é tão relevante quanto o outro, a ponto de cada um merecer não apenas um, mas muitos artigos a seu respeito. Esperamos que esta seja uma realidade próxima, onde as revistas se interessem mais pelos temas que permeiam a Bioética e que os autores se dediquem cada vez mais a explorá-los.

Talvez algumas pessoas se refiram aos autores que se dediquem à Bioética como indivíduos muito capazes de refletir e pouco capazes de agir, mas na verdade o que elas têm é medo do poder da reflexão, pois assim seriam obrigados a perceber o quanto estiveram equivocados em suas ações, com implicações éticas tanto profissionais como pessoais.

A absorção do entendimento da Bioética pela sociedade, a mudança de paradigmas para a preocupação com o social e a continuidade da garantia do



direito à saúde para a população em geral são processos contínuos de lutas e conquistas que precisam ser intensificadas e jamais desistidas.

Se pensarmos no Estado enquanto agente responsável pelas ações de saúde, deve-se ter clareza que “anterior às ações voltadas ao estilo de vida individual, são as ações voltadas ao coletivo, através das políticas públicas de saúde. Pois deste modo, estará se garantindo ao coletivo os direitos humanos fundamentais necessários para o pleno exercício público dos indivíduos, para que os mesmos possam participar ativa e livremente como cidadãos autônomos” (Verdi et al, 2007, p.211).

A Saúde Coletiva realiza sua interface com a Bioética quando conquista direitos relativos à saúde, busca uma equidade para o Sujeito e para o Coletivo, quando reflete sobre justiça distributiva, quando altera eticamente suas políticas públicas de saúde.

Assim sendo, entendemos que a interface da Bioética com a Saúde Coletiva não apenas existe como se faz obrigatória, para que possamos construir uma sociedade cada vez mais digna, repleta de cidadãos conscientes de sua importância na sociedade, e cumpridores de seus direitos e deveres.

\* J.B.V. Haragushiku desenvolveu este artigo a partir de sua dissertação de mestrado. M. Verdi, como orientadora, procedeu a revisão final do conteúdo.

## Referências

ANJOS, M. F. Bioética: abrangências e dinamismo. In: BARCHIFONTAINE, C.P; PESSINI, L. (Org.) **Bioética: alguns desafios**. São Paulo: Loyola/SC: Centro Universitário São Camilo, 347 p., 2001.

ANJOS, M. F; SIQUEIRA, J. E. (orgs). **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Aparecida, SP: Idéias & Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

BARCHIFONTAINE, C.P. **Saúde Pública é Bioética?** São Paulo: Paulus, 2005, 80 p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 225 p., 1977.

BERLINGUER, G. **Questões de vida – ética, ciência, saúde**. São Paulo: APCE/ Hucitec/ CEBES, 1993, 218 p.

BERLINGUER, G. **Bioética Cotidiana**. Brasília: UNB, 2004.

CAPES – COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. **Portal CAPES**. Disponível em [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br), último acesso em 22 de fevereiro de 2009.

FORTES, P. A. C; ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs.) **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Loyola/SC, Centro Universitário São Camilo, 167 p., 2003.

GARRAFA, V. **Dimensão da Ética em Saúde Pública**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 72p., 1995.

GARRAFA, V; PORTO, D. *Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção*. In: GARRAFA, V; PESSINI, L. (org). **Bioética: Poder e Injustiça**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola, 2003. Brasília: Sociedade Brasileira de Bioética, 2003. 522p.

GARRAFA, V. **Apresentando a Bioética** (AN INTRODUCTION TO BIOETHICS). Brasília: Revista Universitas Face; vol. 2, nº 2 - vol. 3, nº 1, 2005/2006.

GRACIA, D. **Fundamentos de Bioética**. Madrid: Eudema Universidad, 1989.

JUNQUEIRA, S.R.; JUNQUEIRA, C.R. *Bioética e Saúde Pública*. In: RAMOS, D.L.P. (org). **Bioética, pessoa e vida**. 1ª ed. São Caetano do Sul, SP: Editora Difusão, 2009.

PAIM, J. S. **Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, vol. 23, nº. 10, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X200700100030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X200700100030&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 de agosto de 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2007001000030.

PLATAFORMA LATTES. **CNPQ- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico**. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/>, último acesso em 22 de fevereiro de 2009.

POTTER, V.R. **Bioethics: Bridge to the Future**. New Jersey: Prentice-Hall, 1971.

REICH; W.T. (ORG). **Encyclopedia of Bioethics**. 2ª ed. [CD ROM]. New York: Mac Millan Library; 1995.

SCHRAMM, F.R. *Bioética sem universalidade? Justificação de uma Bioética Latino-americana e Caribenha de Proteção*. In: GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (organizadores). **Bases Conceituais da Bioética: enfoque latino-americano**. São Paulo: Editora Gaia, 2006, 284p.

SCIELO. **Scientific Electronic Library Online** (Biblioteca Científica Eletrônica

em Linha) – BIREME/OPAS/OMS. Disponível em: <http://www.scielo.org/php/index.php>, último acesso em 22 de fevereiro de 2009.

SIQUEIRA, J. E.; PORTO, D.; FORTES, P. A. C. *Linhas temáticas da Bioética no Brasil*. In: SIQUEIRA, J. E.; ANJOS, M. F. (orgs). **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Aparecida: Idéias e Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007, p. 161-184.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como Fazer Teses em Saúde Pública: Conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informações de pesquisa**. 3ª ed. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, 172 p.

VERDI, M; VENDRÚSCULO, C.M.; AMADIGI, F.R.; BERGAMO, L.G. *A Promoção da Saúde e a Bioética da Proteção: os desafios à garantia do direito à saúde*. In: BARCHIFONTAINE, C.P; ZOBOLI, E.L.C.P. (Organizadores). **Bioética, Vulnerabilidade e Saúde**. Aparecida, SP: Idéias e Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007. Páginas 205 à 211.

#### **Referências dos Artigos Analisados:**

ALMEIDA, José Luiz Telles de; SCHRAMM, Fermin Roland. **Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics, and the rise of bioethics**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000500003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000500003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1999000500003.

ARAN, Márcia; PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. **Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, out. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000500020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500020&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 12 fev. 2009.

BUGARIN JUNIOR, João Geraldo; GARRAFA, Volnei. **Bioética e biossegurança: uso de biomateriais na prática odontológica**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 12 fev. 2009. doi: 10.1590/S0034-89102007000200008.

CARVALHO, Liliane Brandão; BOSI, Maria Lúcia Magalhães; FREIRE, José Célio. **Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, ago. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000400017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400017&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 12 fev. 2009. doi: 10.1590/S0034-89102008000400017.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. **Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro,

2009 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000900017.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. **Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, set. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000900015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2007000900015.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000300024&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300024&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2008000300024.

GARRAFA, Volnei; DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce Bellez. **Bioethical language and its dialects and idiolects.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X199900050005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X199900050005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1999000500005.

GONCALVES, Evelise Ribeiro; VERDI, Marta Inez Machado. **Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, jun. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000300026&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300026&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232007000300026.

GUEDES, Cristiano; DINIZ, Debora. **Um caso de discriminação genética: o traço falciforme no Brasil.** Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000300006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 fev. 2009. doi: 10.1590/S0103-73312007000300006.

GUERRIERO, Iara Coelho Zito; DALLARI, Sueli Gandolfi. **The need for adequate ethical guidelines for qualitative health research.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000200002.

LEONE, S.; PRIVITERA, S.; CUNHA, J. T. da. (Coordenadores). **Dicionário de Bioética.** Aparecida, SP: Editorial Perpétuo Socorro/ Editora Santuário, 2001.

MALUF, Fabiano et al . **Consentimento livre e esclarecido em odontologia nos hospitais públicos do Distrito Federal.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000600034&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600034&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232007000600034.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Anthropological contributions for thinking and acting in the health area and its ethical dilemas.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000200008.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; DAL PRA, Keli Regina; FERMIANO, Sabrina. **A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001400012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2007001400012.

NUNES, Everardo Duarte. **Ethical aspects considered by researchers who use qualitative approaches in health.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000200010.

PAIXAO, Rita Leal; SCHRAMM, Fermin Roland. **Ethics and animal experimentation: what is debated?.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000500011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000500011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1999000500011.

RIBEIRO, Carlos Dimas Martins; REGO, Sergio. **Bioética clínica: contribuições para a tomada de decisões em unidades de terapia intensiva neonatais.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900028&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900028&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000900028.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. **Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000200014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000200014.

SCHRAMM, Fermin Roland. **The Dolly case, the Polly drug, and the morality of human cloning.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000500007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000500007) &lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1999000500007.

SCHRAMM, Fermin Roland; PALACIOS, Marisa; REGO, Sergio. **O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório?**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200011)&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000200011.

SELLI, Lucilda; GARRAFA, Volnei; JUNGES, José Roque. **Beneficiários do trabalho voluntário: uma leitura a partir da bioética**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 6, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000600015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600015)&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2009. doi: 10.1590/S0034-89102008000600015

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. **A eutanásia e os paradoxos da autonomia**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100025)&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000100025.

TESSER, Charles Dalcanale. **A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000300004)&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2009. doi: 10.1590/S0103-73312007000300004.