



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Roland Schramm, Fermin

A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias?

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 5, mayo, 2017, pp. 1531-1538

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050935014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias?

Bioethics of protection: a health practice evaluation tool?

Fermin Roland Schramm¹

Abstract *Bioethics of protection (BP) was proposed in the early 21st century in bioethics, built in Latin America following attempts by researchers to work on the possibilities of public health policies being morally legitimate, socially fair (equitable) and respectful of human rights, after noting the limits of traditional bioethical tools, essentially implemented in and restricted to interpersonal conflicts between moral agents and patients involved in the practice of biomedicine. Methodologically, BP tries to negotiate distinct problematic disciplinary realms that are, however, interlinked through interdisciplinary dialogue and common concern with the quality of life of the human population, considered in its natural, technological, social and cultural contexts: Public Health, concerned with the health and well-being of individuals and populations; Bioethics, concerned primarily with the moral legitimacy of practices that affect their quality of life; Biopolitics, concerned with the social effects of health policies.*

Key words *Bioethics of protection, Biopolitics, Public health, Equity, Sustainability*

Resumo *A bioética de proteção (BP) é uma proposta que surge no começo do Século XXI no âmbito da bioética construída na América Latina e no contexto das tentativas de pesquisadores de pensar as condições de possibilidade de uma bioética sanitária, preocupada inter alia com as políticas públicas de saúde, para que sejam moralmente legítimas, socialmente justas (equitativas) e respeitadas dos Direitos Humanos, após constatar os limites das ferramentas bioéticas tradicionais, essencialmente aplicadas somente aos conflitos interpessoais dos agentes e pacientes morais envolvidos nas práticas da biomedicina. Do ponto de vista metodológico, a BP tenta agenciar âmbitos disciplinares problemáticos distintos, mas vinculados entre si pelo diálogo interdisciplinar e a preocupação comum com a qualidade de vida das populações humanas, consideradas em seus contextos naturais, tecnológicos, sociais e culturais: a Saúde Pública, preocupada com a saúde e o bem-estar de indivíduos e populações; a Bioética, preocupada prioritariamente com a legitimidade moral de práticas que afetam sua qualidade de vida; a Biopolítica, preocupada com os efeitos sociais das políticas sanitárias.*

Palavras-chave *Bioética de proteção, Biopolítica, Saúde pública, Equidade, Sustentabilidade*

¹ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. rolandschram@yahoo.com.br

Introdução

Neste trabalho tentaremos mostrar *porque e como* as ferramentas daquela que chamamos “Bioética de Proteção” (BP) podem servir para abordar a “moralidade” (i.e. as implicações morais) das atividades conhecidas como “práticas sanitárias”, entendidas como o conjunto de ações e de dispositivos específicos com os quais a sociedade responde aos problemas de saúde dos indivíduos e das populações humanas que a constituem, podendo-se considerar a Saúde Pública (SP), com suas políticas sanitárias e intervenções, como um âmbito importante tanto para a bioética, preocupada em aplicar suas ferramentas analíticas e normativas não mais somente a relações interpessoais (como a tradicional relação entre médico e paciente abordada pela bioética principialista), mas, sobretudo, às políticas referidas ao *publicum* e a seus valores que “*promovem e protegem tanto os direitos humanos quanto a saúde a fim de garantir a equidade e evitar a discriminação*”¹, como para a biopolítica, entendida, em seu sentido amplo, como *ciência interdisciplinar que estuda a integração e reconciliação da sociedade moderna e de suas instituições com a infraestrutura de apoio orgânico básico (natureza, clima, saúde do solo, pureza das águas etc.)*². Entretanto aqui não entraremos diretamente no mérito das incertezas que acompanham o conceito de biopolítica, que, de fato, se refere aos fenômenos contemporâneos em que *a vida está diretamente implicada no poder, que parecem cobrir um espectro de eventos amplíssimo e incoerente e que são vistos como irredutíveis às categorias jurídicas e políticas da tradição moderna que separa privado e público, sujeitos jurídicos e pessoas*³. Aqui adotaremos, mais modestamente, uma analogia: assim como a saúde pública está atravessada historicamente por *uma impressionante oscilação entre perspectivas de vida e perspectivas de morte, que revela uma singular coincidência de tempos [e] uma total discordância de escopos [que] talvez consiga representar a total polaridade das decisões políticas no contraste entre vida e morte melhor que inúmeros testemunhos*⁴, da mesma forma o conceito de biopolítica *aparece atravessado por uma incerteza [que] o impede de qualquer conotação estável [e que] parece fazer dele não só instrumento como também objeto de um áspero confronto, filosófico e político, sobre a configuração e o destino de nosso tempo*⁵.

Em particular, a BP pretende ocupar-se da moralidade das atividades práticas da SP, entendidas como pertencente ao campo amplo da biopolítica e que, no Brasil, devem ter em conta

a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) que em princípio garante *acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país*⁶, mas que deve confrontar-se com inúmeras críticas acerca das contradições e dilemas envolvidos na ação governamental efetiva no campo da saúde. Considerando que tais atividades devem ser geridas “pragmaticamente”, isto é, preocupando-se com os efeitos concretos – sobretudo os “daninhos” – que resultam da adoção de uma determinada política, e verificando se tais efeitos estão de acordo com a eficácia e a efetividade na realização de seus programas acerca da saúde e do bem-estar da população, e se são “sustentáveis” tanto do ponto de vista econômico e social como ambiental, sem esquecer que *a saúde do mundo é indivisível e constitui um bem comum que é necessário e possível expandir em toda parte*⁴. Do ponto de vista metodológico, a BP pode ser vista como uma ferramenta para poder lidar com a moralidade das práticas sanitárias e que se torna uma chave transdisciplinar na medida em que tenta fazer interagir – ou “comunicar” – saberes que são distintos – como as ciências da vida e da saúde, a biotecnociência, as ciências humanas e sociais – mas não separados, como é o caso da saúde pública, onde tais saberes podem entrar em conflito, mas também interagir, pois a assistência sanitária é, em princípio, para todos os cidadãos. De fato, tais saberes podem ter objetivos congruentes e até comuns, como a saúde e o bem estar de indivíduos e populações humanas – e não humanas como os seres sencientes em geral – o que pode ser traduzido pelo princípio moral de *evitar o sofrimento evitável*, e que pode ser visto como um princípio geral (ou até universal) da bioética laica, norteadas pelo anseio da “qualidade de vida”, que é um conteúdo que remete ao paradigma que se ocupa, no nível individual, do *bem-estar e/ou [do] respeito da autonomia da pessoa*, e, no nível coletivo, do bem-estar de todas as pessoas, sem discriminação alguma, tornando o respeito da autonomia pessoal *o critério decisivo e determinante para as escolhas morais* em sociedades democráticas e pluralistas⁷.

O conjunto complexo das práticas sanitárias

As práticas sanitárias podem ser vistas como um conjunto complexo formado pelos seguintes saberes, vinculados entre si tanto teoricamente como praticamente:

(a) a *saúde pública*, preocupada com a saúde e o bem-estar de indivíduos e populações de humanos, considerados em seus contextos (ou am-

bientes) naturais, tecnológicos, sociais e culturais, e relacionados com a *cultura dos direitos humanos*, que constitui um componente importante (ou básico) da própria bioética, como mostra a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO de 2005, que, em seu artigo 3 – *Dignidade Humana e Direitos Humanos* – afirma que a) *A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade* e que b) *Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade*⁸;

(b) a *biotecnociência*, que visa transformar os seres e ambientes vivos tendo em vista a qualidade de vida de indivíduos e populações, e que pode ser vista como o *conjunto de ferramentas teóricas, técnicas, industriais e institucionais que visam entender e transformar seres e processos vivos, de acordo com necessidades/desejos de saúde [e] visando [ao] bem-estar de indivíduos e populações humanas*⁹; e: (c) a *biopolítica*, termo que – de acordo com uma definição ampla e desprovida de uma “conotação estável”⁵ de Foucault – designa *aquilo que faz entrar a vida e os seus mecanismos no campo dos cálculos explícitos e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana*¹⁰ e que indica uma preocupação com os efeitos problemáticos das políticas sanitárias sobre a vida como um todo.

Podendo-se acrescentar, atualmente:

(d) o *biodireito*, entendido como uma extensão do direito médico tradicional que se ocupa das *implicações jurídicas [das] ciências biomédicas e das biotecnologias aplicadas ao ser humano, e, por extensão, a toda matéria viva*¹¹ e que se ocupa, em particular, das normas jurídicas reguladoras da conduta humana frente aos avanços da biotecnociência e a extensão da biopolítica, e que se preocupa – num sentido mais abrangente – com a assim chamada “cultura dos direitos humanos”, que constitui um tópico importante também da bioética. Devendo-se acrescentar que tal ramo do direito *que trata da teoria, da legislação e da jurisprudência relativas às normas reguladoras da conduta humana em face dos avanços da Biologia, da Biotecnologia e da Medicina recusa, em seu diálogo com os outros saberes, ocupar um papel meramente instrumental na relação com os outros saberes envolvidos, tornando seu objeto de estudo uma matéria complexa, heterogênea e que confronta normas existentes que na maioria das vezes lhe são estranhas*¹².

A seguir apresentaremos uma rápida genealogia da BP, tentando mostrar como a preocupação com o amparo (ou “proteção”) de seres ditos

“vulneráveis” é uma constante da própria ética desde seu começo, como parece mostrar a própria etimologia do termo *ethos*.

Genealogia da BP

A expressão *bioética da proteção* foi introduzida recentemente no campo da bioética construída da América Latina¹³, sendo, inicialmente, denominada “ética da proteção” e entendida como reflexão ética sobre a justiça sanitária em situações de escassez¹⁴. Ela surge, portanto, como um projeto bioético e político pensado por pesquisadores latino-americanos para poder pensar as políticas públicas de saúde com conteúdos e práticas a serem analisadas a partir da aplicação e adaptação das ferramentas do saber bioético tradicional aos conflitos e dilemas morais que surgem em Saúde Pública e depois de constatar os limites das ferramentas bioéticas tradicionais, essencialmente restringidas aos conflitos no campo das práticas biomédicas¹⁵.

De fato, ainda que não associado explicitamente à palavra “bioética”, o termo “proteção” já existe no léxico contemporâneo da ética aplicada – referido, por exemplo, à moralidade da pesquisa com seres humanos no campo da biomedicina – pelo menos desde a publicação, nos EUA, do *Relatório Belmont: Princípios Éticos e Diretrizes para a Proteção dos Sujeitos Humanos de Pesquisa* (1979), feita pela *Comissão nacional para a proteção dos sujeitos humanos das pesquisas biomédicas e comportamentais* (*National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*)¹⁶, que pretendia desenvolver os “princípios éticos básicos” que deveriam ser observados na pesquisa envolvendo seres humanos e que permitiriam proteger seus direitos e bem-estar. Entretanto, neste documento a preocupação com o bem-estar e a qualidade de vida humana só se refere a indivíduos e a relações interpessoais, constituindo, portanto, um dispositivo essencialmente limitado à proteção individual, sem entrar no mérito da proteção coletiva¹⁷.

Por sua vez, a preocupação jurídica e institucional do Estado em proteger sujeitos e populações humanas contra ameaças e danos a sua saúde e bem-estar faz parte das tarefas do Estado Moderno, pelo menos desde o começo do Século XVIII, quando surge na Prússia uma primeira forma de biopolítica, chamada “polícia médica” (*Medizinischepolizei*), preocupada com a melhoria do nível de saúde da população¹⁸.

Em suas primeiras formulações, a bioética de proteção (BP) representava também uma tentati-

va de recuperar o sentido antigo da palavra grega *ethos*, que – de acordo com sua etimologia – significava, na origem, “guarida” ou “criadouro” (para animais) e, em seguida, “residência”, “morada”, “lugar onde se habita” (para humanos), adquirindo, por fim, os sentidos de “costume”, “hábito” e “caráter”. Em nosso entender, tais termos possuem “um ar de família”, o que sintetizamos pelo significado da palavra “proteção”¹⁵.

Justificamos tal escolha pelo *método etimológico* considerado como *um dos caminhos de penetrar no real [...] plenamente justificado* [e que mostra] *sua fecundidade para o estudo da Ética*¹⁹.

De fato, *a investigação etimológica sobre a ética* mostra que a palavra *ethos* foi aplicada *primeiramente, sobretudo em poesia, com referência aos animais, para aludir aos lugares onde se criam e se encontram*, [aos] *seus pastos e guaridas*, e, em seguida, *aos povos e aos homens no sentido de seu país*, podendo-se entendê-la como *o solo firme, o fundamento da práxis, a raiz da qual brotam todos os atos humanos*¹⁹.

Uma operação parecida de “resgate” do antigo sentido foi feita, em época contemporânea, por Martin Heidegger, que, em sua *Carta sobre o Humanismo*, recupera o sentido primordial da palavra *ethos* na sentença de Heráclito *êthos antrôpoi daímon* (*o ethos de um homem é o seu daímon*)²⁰. Para Heidegger, a sentença de Heráclito deveria, de fato, ser traduzida por *a habitação (familiar) é para o homem o aberto para a presentificação do Deus (o não familiar)*, entendendo *êthos* como *morada, lugar de habitação [...] o âmbito aberto onde o homem habita* [e que] *torna manifesto aquilo que vem ao encontro da essência do homem e assim, aproximando-se, demora em sua proximidade*, sendo que [a] *morada do homem contém e conserva o advento daquilo a que o homem pertence em sua essência*²¹. Em outras palavras, nesta “carta”, o autor, preocupado em subsumir a ética à ontologia, defende a tese de que a ética é a forma de saber que afirma a morada do humano no ser e considera a verdade do ser o elemento originário do humano. Com isso, Heidegger pretende assinalar uma interiorização do *ethos* ao próprio sujeito, reaproximando este conceito do outro, grego, *héxis* (“hábito”), visto que o referente de *ethos* já não é mais um lugar externo no qual se vive e que pode, eventualmente, proteger, mas, sim, um “lugar” interiorizado, referido a si mesmo e ao mundo e que fundamenta a *práxis*.

A partir do sentido inicial da palavra *ethos* – “morada”, “habitat” aberto ao “não familiar” – surge a proposta de uma bioética que tenha o

papel de “proteger” os pacientes morais, constituídos por pessoas, comunidades, outras espécies vivas e o próprio “mundo da vida” (*Lebenswelt*) frente às possíveis consequências daninhas dos atos de agentes morais que podem prejudicar os pacientes morais. Infringindo, portanto, o princípio moral geral de evitar o sofrimento evitável a todos os seres sencientes.

A bioética da proteção surge, em particular, considerando as especificidades e as carências dos assim chamados “países em desenvolvimento”, mas sem esquecer que ela pode ser aplicada, *mutatis mutandis*, à situação do mundo globalizado na medida em que este está, cada vez mais, afetado por uma sinergia de causas a efeito “catastrófico”, ou seja, que se encontra em uma situação na qual *vivemos a emergência da humanidade como quase sujeito; a compreensão incoativa que seu destino é a autodestruição; o nascimento de uma exigência absoluta: evitar a autodestruição*²².

Existem, evidentemente, condições mais específicas da assim chamada parte “em desenvolvimento” (ou “em subdesenvolvimento”) do mundo, como aquelas referentes à “pobreza extrema” e à privação da liberdade econômica, que pode tornar as pessoas reféns e vítimas da violação de outras liberdades necessárias para realizarem seus projetos de vida. Ou aquela da privação da liberdade social e política que pode gerar a privação de liberdade econômica. Ou seja – para utilizar um termo de Amartya Sen – a privação da capacitação (*capability*) para ter uma vida digna²³. Mas isso não nos isenta de pensarmos em termos mais globais e em longo prazo, pensando, por exemplo, os problemas que afetam o planeta como um todo e a humanidade como espécie (simbolizada pela preocupação com as “gerações futuras”), o que pode ser feito utilizando as ferramentas da *bioética da proteção* tanto em seu sentido *estrito* (quando referida a indivíduos e populações de suscetíveis e vulnerados da espécie humana) quanto em seu sentido *lato*, referindo-se, por exemplo, a espécies animais e a sistemas ambientais, que estão também ameaçados, isto é, em situações de risco e de uma consistente probabilidade de dano.

De fato, a BP pode ser aplicada, *stricto sensu*, a pacientes morais que identificamos como *vulnerados*, isto é, que não são capazes de se protegerem sozinhos ou que não possuem algum amparo que venha da família, do grupo ao qual pertencem, do Estado ou da própria Sociedade, sendo que, neste sentido, a BP pode ser considerada como manifestação de uma preocupação constante que perpassa a história dos modos de convivência hu-

mana, que se manifesta claramente na cultura dos direitos humanos, ou, num âmbito mais extenso, que envolve as relações entre humanos e outros tipos de seres ou ambientes vivos, como no caso dos direitos animais e da proteção ambiental.

De fato, e de acordo com Miguel Kottow, existiria historicamente uma *tradição do conceito de proteção* que iniciaria com o surgimento, em Época Moderna, do Estado-nação, e a *elaboração filosófico-política do contrato social* com Rousseau, que é quando ficou estabelecida, como função primordial do Estado, a proteção de seus súditos *frente a riscos e fracassos da vida natural individual*, ou *para neutralizar a violência entre os indivíduos* com Hobbes e, posteriormente, com Mill, que desenvolveu o *conceito de proteção dos direitos cidadãos*, dando o fundamento aos pensadores contemporâneos para confirmar que, de todas suas possíveis funções, o Estado mantém a obrigação de cautelar a vida e o patrimônio de seus cidadãos, mesmo que se desentenda sobre qualquer outro compromisso²⁴.

Em particular, a BP surge no campo da ética aplicada e das bioéticas graças ao estabelecimento de uma interface entre, por um lado, a problemática da saúde pública e sua dimensão moral – que, por sua vez, pode ser vista como tendo uma relação com a política e a biopolítica – e, por outro, a problemática da conflituosidade moral envolvida pelas práticas em saúde, abordada pela ética aplicada, especialmente pela bioética, e também pela biopolítica. Ou seja, para poder pensar as condições de possibilidade e suas justificativas morais, para as políticas públicas de saúde e para que as correspondentes ações governamentais biopolíticas possam ser consideradas, pelos seus destinatários e usuários (ou, como preferem alguns, seus “clientes”), não somente *efetivas* (quando avaliadas em sua capacidade de dar de fato amparo e garantir uma qualidade de vida que possa ser vista como sendo pelo menos razoável), mas também *legítimas* (quando encarradas a partir da aplicação e adaptação das ferramentas do saber bioético aos conflitos e dilemas morais que surgem em Saúde Pública). A justificativa aduzida para esta tentativa de estabelecer uma interface entre saúde pública e bioética foi – como já vimos – ter constatado os limites das ferramentas bioéticas tradicionais, essencialmente aplicadas aos conflitos interpessoais dos agentes e pacientes morais envolvidos, quando, de fato, dever-se-ia considerar que tais conflitos se dão também entre populações e espécies, como mostram os conflitos vigentes nas políticas públicas como as de saúde, que devem ser conformes a alguma

forma de justiça sanitária (como aquela implicada pelo Sistema Único de Saúde brasileiro).

Por isso, este novo âmbito do campo da ética prática se ocupa, em particular, dos problemas sanitários, focando indivíduos e populações de afetados em sua saúde e bem-estar de maneira significativa, e inscritos em um contexto amplo que pode ser qualificado como aquele das situações de escassez – que são aquelas em que, de fato, devem viver os “susceptíveis” e “vulnerados”, que são o objeto de estudo *stricto sensu* da BP.

Como lembra ainda o bioeticista Miguel Kottow, a expressão “bioética de proteção” foi antecipada pela expressão “ética de proteção”, que remete ao sentido de um ethos que *abandona o terreno da reflexão e se consagra à ação, reconhece as necessidades reais dos seres humanos existentes, para os quais não tem consolo na filosofia, mas na assistência*, podendo-se dizer que a *ética de proteção é concreta e específica; concreta porque atende indivíduos reais que sofrem desmedros ou insuficiências de empoderamento que são visíveis e específicas porque cada privação é identificável*²⁴. Neste sentido as ações terapêuticas deveriam ser vistas – de acordo ainda com Kottow – como *proteções específicas e concretas, tanto no social como no individual* e reconhecendo que *os seres humanos são diferentes em sua dotação natural e material, assim como em seu empoderamento*, o que implica que deveríamos desenvolver *um pensamento moral para o estado de desigualdade em que a humanidade sempre tem vivido* e devendo-se reconhecer *a proteção como uma ética para a desigualdade*, o que implicaria *uma agenda moral consciente de que os anelos de igualdade e autonomia passam por um apoio aos débeis que lhes permita empreender o caminho até a equanimidade*²⁴.

Discussão

Tradicionalmente, a palavra *ética*, da palavra grega *ethos*, tem sido referida seja ao estudo ou tematização da moralidade do agente moral e, em particular, entendida como estudo (ou “cálculo”) das consequências de seus atos, ou seja, atribuída seja ao “bom caráter” (ou “virtude”) de um indivíduo que atua no mundo humano e que pode ter, com suas práticas, consequências daninhas sobre terceiros, seja à moralidade dos “costumes” ou hábitos vigentes em uma comunidade ou população (*polis, comunitas*, estado-nação) e que podem funcionar como padrão de comportamento, como norma de ação que possa ser considerada racional.

Mas a sensibilidade contemporânea, da qual emerge a necessidade de repensar a moralidade da *práxis* humana num mundo percebido como complexo e conflituoso, e da qual surge a necessidade de reconceituar a ética tradicional em termos de bioética, entendida como “ética da qualidade de vida”, nos permite, também, recuperar o significado provavelmente primordial da palavra *ethos*, que – como vimos – é justamente aquele de “amparo”, “guarita”, “abrigo”, isto é – em nossos termos – de *proteção*.

Aqui defendemos a tese de que a Saúde Pública, entendida como campo ou alvo central da biopolítica, não só tem a ver com a proteção, mas também com o fato de que este caráter protetor constitui sua tarefa ao mesmo tempo específica – como é o caso da BP *stricto sensu* que se ocupa de humanos suscetíveis ou vulnerados – e abrangente, que é o caso da bioética *lato sensu*, preocupada com animais e ambientes naturais, quando prejudicados em sua autopoiese e qualidades. De fato, as duas versões da BP possuem um denominador comum indicado pelo “princípio da qualidade de vida” e que permite entender a Saúde Pública de maneira abrangente, como conjunto de disciplinas e práticas que têm por objeto específico o estudo e a proteção da saúde das populações humanas em seus contextos naturais, sociais e culturais (definição que corresponde *mutatis mutandis* àquela de saúde dada pela OMS). Neste sentido, podemos reformular a dupla tarefa de prevenção do adoecimento e de gestão dos riscos à saúde, por um lado, e de promoção de estilos de vida considerados saudáveis, por outro, como os dois aspectos inseparáveis da proteção; ou seja, a atividade de “proteger” parece estar pressuposta nos dois aspectos complementares implícitos nas políticas sanitárias, que são a prevenção contra o adoecimento e a promoção de estilos de vida considerados saudáveis, os quais podem ser vistos como as duas faces da prática de proteção.

Assim sendo, podemos dizer que existe:

(1) uma proteção “negativa”, entendida como conjunto de medidas de prevenção *contra* o adoecimento e as ameaças em geral que afetam (ou podem afetar) a qualidade de vida de uma população de indivíduos humanos;

(2) uma proteção “positiva”, entendida como aquilo que “promove” e favorece o autodesenvolvimento humano, e que é uma condição necessária para o exercício de sua *autonomia*.

Ademais, de um ponto de vista antropológico e psicológico “proteger” pode ser visto como uma experiência característica dos “mamíferos humanos”, conhecida pelos pais, que começam

por proteger suas crias para que elas possam se desenvolver emocional e cognitivamente até se tornarem autossuficientes e autônomas, isto é – para utilizar a expressão de Amartya Sen – para se tornarem “capacitadas”, saindo, portanto – e de acordo com nossos termos –, da condição de vulneração.

Aqui tentamos indicar porque a BP pode ser considerada um “paradigma” para poder entender os conflitos da Saúde Pública do ponto de vista moral e tentar resolvê-los praticamente de maneira justificada. Vimos, também, que a proteção pode ser entendida em seu duplo sentido negativo e positivo, isto é, de proteção *contra* ameaças e de proteção *em prol* do desenvolvimento (ou *autodesenvolvimento*) das possibilidades de cada sujeito autônomo em assumir sua vida e seu destino; ou seja, em se “empoderar”.

Mas, neste caso, a BP, além de tentar evitar as críticas ao tradicional paternalismo médico e sanitário, deve também em princípio evitar a culpabilização das vítimas do adoecimento, pois, caso contrário, ao invés de protetora, ela pode se tornar “repressora”. Esta observação é importante porque uma objeção bastante comum à BP é que ela redundaria, em última instância, em paternalismo, pois os agentes de proteção tomariam decisões sem consultar os pacientes a serem protegidos, isto é, desconsiderando sua eventual “capacitação” de tomar decisões sobre suas vidas; mas, de fato, a BP se aplica com propriedade só a indivíduos e populações de vulnerados e suscetíveis que não podem tomar decisões sozinhos, e não aos simplesmente vulneráveis, que, de fato, são todos os seres vivos, competentes ou não que sejam. Ademais, a proteção é em princípio ofertada, não imposta aos destinatários.

Assim sendo, as autoridades sanitárias, se forem legítimas em suas práticas, podem ser consideradas responsáveis por um nível razoável e efetivo de bem-estar da população; pela garantia de acesso aos serviços de saúde a toda a população que precisa deles; pela prevenção das epidemias e outros programas de saúde coletiva como a promoção de estilos de vida ditos “saudáveis”. Neste caso, a responsabilidade pelas políticas de saúde cabe ao agente sanitário gestor (que representa uma instituição legitimamente constituída), o qual deve assumir as ações necessárias capazes de responder às necessidades de saúde da população sob a forma de protegê-la frente à sua “vulnerabilidade” e às ameaças concretas em sua saúde, apesar das dificuldades que isso representa, inclusive do ponto de vista econômico, pelo menos se considerarmos que os recursos materiais não são

infinitos e que são, de fato, escassos, o que pode implicar, em muitos casos, verdadeiros dilemas morais ou “escolhas de Sofia”.

Em outros termos, a responsabilidade protetora implica necessariamente o controle dos resultados das políticas públicas adotadas, logo a avaliação da efetividade das práticas das instituições públicas e de seus agentes (ou funcionários). Assim sendo, o princípio de proteção implica – também necessariamente – o dever da eficácia como condição para poder intervir legitimamente na vida dos cidadãos, inclusive limitando a autonomia pessoal frente às exigências do bem comum, quando isso for necessário e não havendo outros meios (como no caso de epidemias e pandemias).

De fato, quando o conceito de proteção desenvolvido pela bioética é aplicado aos problemas da Saúde Pública, para tentar entender seus aspectos morais e resolver os conflitos envolvidos que afetam sua qualidade de vida, tal conceito visa integrar dois aspectos considerados vinculados: a responsabilidade moral dos agentes sanitários e sua eficácia pragmática, que será verificada nos efeitos benignos ou daninhos da aplicação de determinadas políticas sanitárias, podendo-se, portanto, considerar a BP como uma genuína ferramenta, ao mesmo tempo analítica e pragmática, da ética aplicada na medida em que for capaz de analisar e dirimir conflitos, tendo por objetivo tentar resolvê-los na prática e tendo em vista a qualidade de vida e o bem-estar dos destinatários das políticas de saúde.

Em suma, uma bioética fundamentada no princípio de proteção parece poder legitimar políticas sanitárias que se pretendem universalistas, como é o caso da política sanitária inspirada na Constituição Brasileira e nos princípios do Sistema Único de Saúde, SUS. Mas a BP deve também respeitar, na medida do possível, a pluralidade dos valores e interesses que perpassam as coletividades, não impondo comportamentos que poderiam infringir os direitos fundamentais das pessoas e dos grupos específicos, mas oferecendo – e não impondo – modelos de comportamentos

considerados válidos do ponto de vista da prevenção do adoecimento e da promoção da saúde, o que pode ser visto também como um papel dos programas de educação em saúde.

Mas existem exceções a esta regra geral, como no caso de epidemias que podem afetar sensivelmente a saúde da população e que implicam em medidas coercitivas impostas a indivíduos ou grupos que formam a população. Neste caso, vale, portanto, o princípio de proteção do “corpo social” como um todo contra as ameaças de indivíduos e grupos que possam prejudicá-lo.

Considerações finais

Como tentamos mostrar, uma bioética aplicada à Saúde Pública e baseada no *princípio de proteção*, recupera o sentido considerado primevo da ética e pertence a uma tradição socialmente importante (a da medicina social do século XIX) que valoriza, nessa época de tentativas de reinstaurar um “Estado Mínimo”, um papel relevante do Estado Moderno, o qual – pode-se argumentar – só tem legitimidade se tiver a competência de oferecer uma proteção adequada a seus cidadãos, mesmo quando esses decidam, por boas razões, não aceitar tal proteção. De fato, nesse caso, os interesses do bem comum podem tornar legítimas as medidas compulsórias que limitam a liberdade individual e que, se não foram acatadas, podem implicar em sanções para com os transgressores. Em suma, a proteção da Saúde Pública legitima alguma forma de restrição do exercício da autonomia individual, baseada na prioridade léxica dos direitos sociais sobre os individuais.

Mas para que uma bioética da Saúde Pública, assim como a delineamos aqui em termos de proteção dos sujeitos e das populações de suscetíveis e vulnerados, possa ter seus resultados esperados, não podemos prescindir da condição necessária de que os indivíduos que compõem a coletividade sejam pelo menos razoáveis ou sensatos.

Referências

1. Kottow M. *From Justice to Protection. A Proposal for Public Health Bioethics*. New York: Springer; 2012.
2. Houaiss A, Villar MS. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
3. Bazzicalupo L. *Biopolítica. Una mappa concettuale*. Roma: Carocci; 2010.
4. Berlinguer G. *Storia della salute da privilegio a diritto*. Firenze: Giunti; 2011.
5. Esposito R. *Bios: biopolítica e filosofia*. Lisboa: Ed. 70; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Entenda o SUS. [acessado 2016 jun 30]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>.
7. Mori M. *Manuale di bioetica. Verso una civiltà biomedica civilizzata*. Firenze: Le Lettere; 2012.
8. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. [acessado 2016 jun 29]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>
9. Schramm FR. A moralidade da biotecnociência: a bioética da proteção pode dar conta do impacto real e potencial das biotecnologias sobre a vida e/ou a qualidade de vida das pessoas humanas? In: Schramm FR, Rego RS, Braz M, Palácios M, organizadores. *Bioética, riscos e proteção*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ/Ed. Fiocruz; 2005. p. 15-28.
10. Foucault M. *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard; 1976.
11. Casabona CMR. Biodroit. In: Hottos G, Missa J-N, organizadores. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles: De Boeck Université; 2000. p. 112-117.
12. Barbosa HH. Princípios da Bioética e do Biodireito. *Bioética* 2000; 8(2):209-216.
13. Schramm FR. A Bioética da Proteção em Saúde Pública. In: Fortes P, Zoboli E, organizadores. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Ed. Loyola; 2003. p. 71-84.
14. Kottow M. Sanitary justice in scarcity. *Cad Saude Publica* 1999; 15(Supl. 1):43-50.
15. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saude Publica* 2001; 17(4):949-956.
16. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Washington: U. S. Government Printing Office; 1979.
17. Kottow M. *Bioética en Salud Pública*. Santiago: Editorial Puerto de Palos; 2005.
18. Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 1988. p. 79-111.
19. Aranguren JLL. *Ética*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1997.
20. Peters FE. *Termos Filosóficos Gregos*. Lisboa: Fund. Calouste Gulbenkian; 1983.
21. Heidegger M. Sobre o "Humanismo". *Carta a Jean Beaufret, Paris*. In: Heidegger M. Conferências e escritos filosóficos. São Paulo: Abril Cultural; 1979. p. 147-173. (Coleção Os Pensadores).
22. Dupuy JP. *Petite métaphysique des tsunamis*. Paris: Seuil; 2005.
23. Sen A. *Desenvolvimento com liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
24. Kottow M. Bioética de protección. In: Tealdi JC, organizador. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 165-167.

Artigo apresentado em 31/07/2016

Aprovado em 12/09/2016

Versão final apresentada em 28/01/2017