

Bioética e Saúde Pública

Bioethics and Public Health

**Paulo Antonio de
Carvalho Fortes***
**Elma Lourdes Campos
Pavone Zoboli****

* Professor Associado do
Departamento de Prática de
Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da USP. Presidente
da Sociedade Bioética de São
Paulo (2005-2008).

** Professora Doutora
Departamento de Enfermagem em
Saúde Coletiva da Escola de
Enfermagem da USP. Vice-
Presidente da Sociedade Brasileira
de Bioética (2005-2007).
E-mail: elma@usp.br

RESUMO

Os autores mostram as interfaces entre a bioética e a saúde pública, apontando que desde o final dos anos 90 a bioética vem ampliando seu escopo de abrangência, voltando-se a questões afeitas à saúde pública. O artigo enfoca questões relacionadas à ética e às políticas públicas de saúde, às ações coletivas de saúde e às pesquisas em Saúde Pública.

DESCRITORES

Ética; Ética-Saúde Pública; Bioética

ABSTRACT

The authors show the interfaces between bioethics and public health, pointing that since the end of the 1990s bioethics has been broadening its scope, and turning to questions linked to public health. The article focuses on questions related to ethics and public health policies, collective health initiatives and research in Public Health.

KEYWORDS

Ethics; Ethics-Public Health; Bioethics

A BIOÉTICA EM INTERFACE COM A SAÚDE PÚBLICA

A fim de viabilizar a convivência, a sociedade e/ou os grupos têm traçado, ao longo da história da humanidade, diferentes balizamentos. A ética é um deles. A palavra ética procede do grego *ethos*, que significava, originalmente, “morada”, “lugar onde vivemos”, mas, depois, passou a significar o “caráter”, o “modo de ser” que uma pessoa ou grupo vai adquirindo ao longo de sua existência. Refere-se aos costumes, à conduta de vida e às regras de comportamento, ou ainda, ao modo de ser ou caráter adquirido como resultado de se por em prática determinados costumes ou hábitos considerados bons. Circunscreve-se, assim, ao agir humano, aos comportamentos cotidianos e às opções existenciais.

A ética da saúde ocupa lugar de destaque no conjunto das reflexões éticas, pois se preocupa com questões relacionadas à manutenção e à qualidade de vida das pessoas. Assim, a ética da saúde pode ser vista como profundamente enraizada no terreno dos direitos humanos, já que o direito à vida é o primeiro deles. Nas palavras de Alkire e Chen (2004), inserir a saúde no âmbito dos direitos humanos, levanta questões relativas aos deveres e obrigações individuais e institucionais para com a melhoria da qualidade de vida e saúde dos seres humanos, pelo simples fato de serem humanos e, portanto, fins merecedores de dignidade. Dessa forma, como destaca Leopoldo e Silva (1998), a ética na saúde exige um “*compromisso com a realização histórica de valores que encarnem nas condições determinadas de situações sociais e políticas diferenciadas o direito de que todo ser humano deveria primordialmente usufruir*” (p. 35).

No seio do movimento social de afirmação e construção dos direitos humanos que marcou os anos 70 do século passado, na saúde, se instaurou a bioética como alternativa secular, inter, multi, transdisciplinar, prospectiva, global, multicultural, inter-religiosa e sistemática para abordar, num contexto pluralista e com base no diálogo inclusivo, os temas de ética desta área. Dessa maneira, as antigas concepções éticas ver-

tais, autoritárias, com deveres e princípios absolutos, foram pouco a pouco perdendo sua força e sendo substituídas por orientações de caráter mais horizontal e democrático, com responsabilidades recíprocas e multilaterais dos diversos atores sociais envolvidos nesta área.

Literalmente, o termo “bioética” significa “ética da vida”. O vocábulo, de raiz grega, *bios* designa as ciências da vida, como a ecologia, a biologia e a medicina, dentre outras, e *ethos*, também do grego, refere-se aos valores implicados nos fatos e conflitos da vida. Ao se juntar estes vocábulos em um único termo, não só se criou uma nova palavra, mas também se provocou uma transformação na maneira de fazer ciência e ética, aproximando-se estes dois campos do conhecimento humano. Cobra-se, dos que estão voltados para o desenvolvimento científico, sua responsabilidade social e ética com a consideração das conseqüências de ordem moral das pesquisas e avanços tecnológicos almejados e/ou conquistados e dos que se dedicam à ética são exigidas discussões e reflexões mais próximas da realidade e capazes de dar conta da dinamicidade e velocidade com que as novidades advindas da tecnociência se incorporam à vida das pessoas e às práticas profissionais, sem perder de vista os dilemas e os conflitos das situações que persistem ao longo dos anos, como a epidemiologia das desigualdades sociais e sua interface com os perfis de saúde e doença.

Ao cunhar o neologismo “Bioética”, o oncolologista norte-americano Van Rensselaer Potter, da Universidade de Wisconsin, pretendia alertar para a urgência de se balancear a orientação científica da biologia com os valores humanos, com vistas a garantir uma ponte para o futuro da humanidade. Mais do que focar direitos individuais, enfatizava responsabilidades pessoais, defendendo a busca de uma sabedoria capaz de examinar as possibilidades para promover a saúde, a sobrevivência humana e a justiça social. Por sabedoria, entendia o discernimento de como usar o conhecimento para o bem social (Whitehouse, 2003).

Em meio às polêmicas que cercam a paternidade da bioética, os estudiosos do assunto também creditam ao pesquisador André Hel-

lengers, do Instituto Kennedy de Bioética em Washington (DC), a intuição pioneira. Holandês de nascimento, este obstetra, fisiologista fetal e demógrafo, usou o termo pela primeira vez para designar, em um contexto institucional, uma área de pesquisa ou campo de aprendizagem, quando fundou “*The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*”. Seu trabalho à frente do Instituto Kennedy contribuiu, fortemente, para imprimir à bioética o significado que lhe é mais corrente, correlacionando-a a ética da medicina e das ciências biomédicas.

Assim, nos anos setenta, década do século passado quando o termo bioética entrou no vocabulário cotidiano da saúde, a atenção voltou-se mais para as questões de caráter individual da relação clínica entre os profissionais de saúde, especialmente os médicos e os enfermos, enfocando primordialmente as situações limites, como eutanásia, reprodução assistida, manipulação genética, aborto, dentre outros (Pessini e Barchifontaine, 2000).

Neste momento, parece haver um distanciamento, uma quase incompatibilidade, da bioética e da saúde pública, pois, como assinala Kass (2004), esta se preocupa com as iniquidades sociais e econômicas e suas expressões no perfil de saúde das populações desde o século XIX, enquanto que aquela, em suas primeiras décadas, esteve mais visivelmente preocupada com o bem do indivíduo. Além disso, como afirma a autora, a excessiva ênfase e prioridade dada à autonomia e ao direito individual de recusa, especialmente nas produções da bioética norte-americana deste período, mostra-se como um argumento insuficiente, e por que não dizer às vezes inadequado, para os profissionais de saúde pública que procuravam um balizamento ético para seus trabalhos e ações de base comunitária ou populacional.

A partir dos anos 80, a bioética começa a ampliar seu foco, situando a relação clínica no contexto de um sistema de saúde e incorporando a reflexão das questões relativas à estrutura, à gestão e ao financiamento deste sistema. Neste período, a difusão da bioética em direção aos países do hemisfério sul, especialmente à América Latina, onde convivem ilhas de excelência tecnológica em saúde ao lado da extrema pobreza da maioria das populações, torna imperativa a inclusão dos problemas da coletividade na agenda das discussões, com temas como o acesso aos serviços de saúde, a alocação de recursos em saúde, as questões demográficas e

populacionais e a responsabilidade social e coletiva sobre as condições de saúde. Tanto é assim, que o Programa Regional de Bioética para a América Latina e Caribe, desde seu estabelecimento pela Organização Pan-americana da Saúde, em 1994, define dentre as prioridades temáticas em bioética para a região a ética em Saúde Pública (Pessini e Barchifontaine, 2000).

No final da década de 90, ampliando ainda mais seu escopo de abrangência e girando de volta para as aspirações iniciais de Potter ao propor o neologismo, inicia-se a chamada bioética da saúde da população, entrando em cena com mais vigor os direitos humanos e as ciências sociais e humanas. Confere-se, dessa maneira, maior destaque às questões da justiça social, da equidade e da alocação de recursos na saúde.

Caracteriza este momento da bioética:

- a perda do lugar central que vem sendo ocupado pela medicina de alta tecnologia, com desvio do enfoque central das questões relativas ao avanço biotecnológico em direção aos determinantes da saúde, dentre os quais figura o acesso aos serviços de saúde e à tecnologia neles incorporada;
- a ênfase igualmente colocada na saúde e nos cuidados à saúde, com a preocupação voltada não apenas para quem tem acesso a determinados serviços sanitários, mas também para quem adoece ou não, e o quanto equitativa mostra-se esta relação;
- a preocupação com as questões demográficas;
- a priorização dos excluídos nos países em desenvolvimento;
- a necessidade de um novo marco conceitual que, se apropriando de conceitos e teorias de outros campos do conhecimento humano, dê conta das demandas de reflexão geradas por esta bioética da saúde das populações. (Pessini e Barchifontaine, 2000)

A agenda do VI Congresso Mundial de Bioética, promovido pela *International Association of Bioethics* (IAB), em Brasília em 2002, pode ser considerada como uma marca significativa da aproximação destes dois campos de conhecimento: saúde pública e bioética. Sob o tema “Bioética: poder e injustiça”, discutiram-se questões bem presentes na produção e estudos em saúde pública e coletiva, como vulnerabilidade individual e das nações, cidadania e participação popular, direitos humanos e saúde, alocação de recursos de saúde, exploração e prioridades na pesquisa em saúde, gênero, etnia e saúde, entre outros. É claro que isto não levou

à exclusão das questões e dilemas concernentes às biotecnologias e demais situações limites, e isto nem deveria ocorrer, já que a vida e a saúde das pessoas dá-se na completude destas realidades díspares, e a bioética propõe-se como uma abordagem prospectiva e global da ética das ciências da vida e da saúde.

E óbvio também é que não se pode fazer equivaler saúde pública e bioética, sob o risco de se incorrer na mesma falácia da confusão usual de bioética com ética médica. Embora seja grande a interface da saúde pública com a bioética, havendo, por vezes, até mesmo, uma confluência entre ambas, estas seguem sendo campos distintos de conhecimento multidisciplinar, teórico e prático. Como sugere Kass (2004), a bioética pode contribuir para uma ética da saúde pública, por exemplo, com argumentações acerca de se há e porque há um imperativo ético em reduzir injustiças globais e promover a saúde global, ou, ainda, com articulações e definições de padrões para estruturas justas nas questões de relevância para a saúde pública. Como argumenta a autora, a bioética tem um compromisso, desde sua gênese em Potter, com a justiça social e diversos modelos e abordagens existentes para estas questões precisam ser testados com comunidades reais e com a diversidade cultural e de arranjos políticos em jogo, tendo em mente a saúde pública.

A ÉTICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As políticas públicas de saúde são resultantes das condições econômicas e sociais de um país, assim como das ideologias dominantes e dos valores ético-sociais prevalentes em um dado momento histórico. Têm como objetivos, entre outros, proporcionar um ótimo nível de saúde às pessoas, proteger as pessoas dos riscos de adoecer e satisfazer as necessidades de saúde.

Sabemos que os níveis de saúde de uma população não são de exclusividade das políticas de saúde, pois para eles contribuem fatores biológicos/genéticos, condições do meio ambiente, incluindo o do trabalho, assim como os estilos de vida saudáveis e não saudáveis adotados pelas pessoas. Todavia, principalmente em países em desenvolvimento, tais como o Brasil, constituem-se em fator social de grande relevância quando se pensa em justiça social, equidade e inclusão social.

No cotidiano da implementação das políticas públicas de saúde, boa parte das vezes as

decisões são motivadas por valores e princípios morais, apesar disto não ser claramente percebido ou revelado. Com isto, não afirmamos que se deva desconsiderar a importância e a presença marcante de interesses político-partidários, corporativos, econômicos e preferências pessoais dos administradores e técnicos no processo de tomada decisória, porém é preciso ressaltar que mesmo as decisões de caráter político, para serem eficazes, têm que levar em conta os valores morais prevalentes na sociedade. (Fortes, 2000).

E, se na elaboração e implementação das políticas públicas escolhas têm de ser feitas, e se não há como fugir de realizar escolhas, quais fundamentos éticos devem orientá-las?

Parece ser consensual que devam ser fundadas no princípio ético da justiça distributiva. Contudo, se é certo que o conceito de justiça distributiva se faz importante para as justificativas das políticas econômicas e sociais em vigor nos estados contemporâneos, também é certo que, decorrente do pluralismo moral existente a partir do século XVII, torna-se difícil delinear um único caminho para se definir o que deve ser considerado como sendo “justo”. (Fortes, 2002)

Foi bastante disseminado nas últimas décadas o pensamento ético liberal que entende que são as leis do livre mercado as garantidoras de uma sociedade justa, adequando as necessidades individuais e coletivas à demanda de serviços. Esta orientação não considera que seja injusta a existência de desigualdades sociais, se o princípio da liberdade individual for garantido.

Diferentemente, as teorias éticas que propugnam pela equidade entendem que a sociedade organizada e o Estado, mediante a implementação de políticas públicas, devam intervir para garantir a justiça distributiva e minimizar os efeitos das loterias biológica e social. Justas, então, são as políticas de saúde orientadas pelas necessidades individuais e coletivas de saúde, aceitando a premissa da existência de diferenças e desigualdades entre as pessoas.

Esta interpretação do princípio da justiça requer que a sociedade organizada e o Estado forneçam meios para atender as necessidades individuais e coletivas, porém não se advoga que os recursos sejam distribuídos igualmente a todos. Ao contrário, compreendendo a existência de desigualdades e diferenças, os recursos devem ser proporcionados em virtude das diferentes necessidades. Contrapõe-se à aceitação acrítica de que todas as desigualdades sociais são inevitáveis ou toleráveis, compreendendo que podem ser minimizadas por meio de medi-

das práticas fundamentadas na equidade e na responsabilidade social.

Entretanto, é certo que uma sociedade, em um determinado momento histórico, pode não apresentar condições para dar conta da integralidade das necessidades de todas as pessoas, pois as necessidades se modificam e se sofisticam, tanto que países com situação econômica mais privilegiada do que a nossa também não dispõem de recursos suficientes para atender a totalidade das necessidades.

Assim, poderíamos partir do pensamento formulado pelo médico e bioeticista espanhol Diego Gracia (1990): “*A cada pessoa conforme suas necessidades até o limite que permitam os bens disponíveis*”. A seguir, baseado no princípio da equidade, da maneira que foi exposto pelo filósofo norte-americano John Rawls (1975), as políticas públicas deveriam priorizar as camadas sociais ou as pessoas mais desfavorecidas. Esta afirmação não significa que se restrinja a política à ação focalizadora do modo que foi proposto nas últimas décadas por organismos internacionais, incentivando os países latino-americanos a reduzirem a responsabilidade estatal no financiamento dos serviços de saúde. Enseja, sim, que a prioridade das políticas seja a melhoria da situação sanitária das populações e grupos humanos mais desfavorecidos.

Cabe ressaltar que a responsabilidade ética das políticas públicas de saúde não se esgota no tempo presente. Ações ou omissões do presente sobre a inexistência de adequada organização de atenção à saúde, a utilização desmesurada de procedimentos tecnológicos e as transformações ambientais danosas podem comprometer as futuras gerações. Entendemos, então, que as políticas públicas de saúde devam se orientar para a concretização dos princípios expostos no art. 3º de nossa carta constitucional, que afirma serem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I. construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II. garantir o desenvolvimento nacional;

III. erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV. promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

OS FUNDAMENTOS ÉTICOS DAS AÇÕES COLETIVAS DE SAÚDE

O objeto da saúde pública é o processo saúde-doença da coletividade visando promo-

ver, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e da coletividade, e obter um ambiente saudável, por meio de ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade. Portanto, entre os fundamentos éticos que norteiam as ações coletivas de saúde estão os princípios da beneficência, da não maleficência, do respeito à autonomia individual, assim como o princípio da justiça distributiva e da equidade, discutidos anteriormente neste capítulo.

Segundo Lecorps e Paturet (1999), as ações de saúde pública se exercem em condições em que não exista possibilidade de uma intervenção eficaz por parte da ação individual, seja pela falta ou controle de informações necessárias que não dominam, seja pela carência de possibilidade de intervenção individual sobre os fatores coletivos que produzem os riscos de adoecer.

Visando proteger a coletividade, muitas vezes as ações de saúde pública restringem liberdades e direitos individuais. É o caso, por exemplo, de parte das atividades de vigilância sanitária. Esta se caracteriza como ação de saúde eminentemente preventiva, atuando sobre fatores de riscos associados a produtos, insumos e serviços relacionados à saúde, ao meio ambiente, ao ambiente do trabalho, assim como à circulação internacional de transportes, cargas e pessoas. (Costa, 1998)

As medidas de vigilância sanitária, tendo caráter antecipatório, devem ser orientadas para resultar em benefícios ou, ao menos, para evitar prejuízos às pessoas e à coletividade. Restringem ou condicionam as liberdades ou a propriedade individual, ajustando-as aos interesses da coletividade, em nome da supremacia do interesse público sobre o individual. A intervenção destas ações de saúde pública nas relações entre produtores, fornecedores, consumidores e cidadãos, pode ser eticamente justificada pelos princípios de beneficência (fazer o bem) e de não maleficência (não causar mal, não prejudicar), por evitar danos a outros, sobrepondo-se a outros princípios éticos, como o da autonomia individual.

Exemplificando, quando um agente sanitário interdita um estabelecimento comercial ou industrial, em nome da proteção da saúde da coletividade, ele está restringindo o direito de propriedade, que é fundamentado no princípio da autonomia da pessoa de querer ou não querer possuir um determinado bem.

Em igual sentido podemos lembrar das medidas de notificação compulsória de doenças transmissíveis, instrumento importante da

Vigilância Epidemiológica. Em nome dos interesses da coletividade, os profissionais de saúde podem romper o princípio ético da privacidade das informações pessoais, que se refere ao processo de comunicação de informações interpessoais do qual espera-se que o receptor das informações não as divulgue para terceiros. Consiste no conjunto de informações sobre uma pessoa que ela pode decidir manter sob seu exclusivo controle, ou comunicar, decidindo quanto e a quem, quando, onde e em que condições. Mas, no interesse de preservar o bem estar da coletividade, a ética, nestes casos, valida a não-manutenção dos segredos pessoais para evitar a disseminação de doenças ou agravos à saúde, facilitando o descobrimento de novos casos e medidas profiláticas aos suscetíveis. (Sacardo e Fortes, 2000)

Também situações de restrição da liberdade de locomoção no caso de doenças infecto-contagiosas, tais como meningite meningocócica, obrigando o indivíduo infectado a permanecer em condições de isolamento obrigatório, baseiam-se nos interesses do coletivo, contrariando o direito pessoal à liberdade de locomoção.

O fundamento ético para essas atividades pode ser encontrado no pensamento do filósofo inglês John Stuart Mill (1806–1873), autor do clássico *On Liberty*, para quem o único fim para o qual a sociedade poderia interferir com a liberdade de qualquer um de seus membros seria o de prevenir danos a outros indivíduos ou à própria coletividade.

É, ainda, neste sentido, que se compreende a validade ética das medidas de vacinação compulsória para crianças previstas nas normas sanitárias e no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8069/90). Sabe-se que os objetivos da vacinação compulsória não se esgotam na proteção individual, não pretendem somente proteger as crianças e os adolescentes, mas visam ao bem-estar do coletivo, pois a imunização individual diminui a frequência de pessoas suscetíveis, controlando e impedindo a disseminação das doenças. Contudo, ao ser medida impositiva, envolve uma questão ética, pois restringe a autonomia dos pais ou dos responsáveis, mesmo quando divirjam do uso de vacinas.

O princípio ético do respeito à autonomia afirma que é a pessoa que escolhe livremente entre as alternativas que lhe são apresentadas e decide o que é o “bom”, o “adequado” para ela, de acordo com seus valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças pessoais. Em decorrência de ser racional e livre, a pessoa au-

tônoma é responsável pelas conseqüências de suas atitudes e atos. Respeitar a autonomia é reconhecer que cada pessoa pode tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação, embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo que suas decisões contrariem as mais prevalentes na sociedade.

As medidas de saúde pública adotam, frequentemente, uma orientação ética do tipo utilitarista, que tem como expoentes, entre outros, os pensadores anglo-saxões Jeremy Bentham e John Stuart Mill. O utilitarismo tem como princípio ético fundamental a utilidade social. Este princípio afirma que as ações são eticamente corretas quando tendam a promover a maior soma de prazer (felicidade, bem estar) de todos aqueles cujos interesses estão em jogo (Crisp, 1997; Mill, 2000).

Seu paradigma é o alcance do “*maior bem estar para o maior número possível de pessoas*”, ou seja, a maximização do bem estar.

Apesar das dificuldades de se conceituar o que é “bem estar”, isto pode significar que, quando são defrontadas duas ou mais opções, dever-se-ia pesar cada uma delas e escolher aquela que trouxesse mais benefícios e na qual fossem eliminados, evitados, ou minimizados, o dano, o sofrimento, a dor, ou seja, tudo o que for considerado em oposição ao “bem”, à “felicidade” do maior número de pessoas envolvidas (Crisp, 1997).

Trazendo-se a reflexão do princípio utilitarista para as decisões em saúde pública observa-se que muitos critérios adotados pelos planejadores do setor saúde são consoantes com o princípio da utilidade social, entendendo como sendo o correto, o justo, a ação que resulte em mais saúde para o maior número de pessoas. Isto pode ser exemplificado pela afirmação do bioeticista espanhol Diego Gracia (1990), quando enfatiza: “Dentro do âmbito sanitário os limitados recursos com que se conta devem destinar-se às atividades que com um menor custo produzam um maior benefício em saúde. Por exemplo, se há de se escolher entre uma campanha de vacinação ou a realização de um transplante cardíaco, não há dúvida de que a relação custo-benefício exige conceder prioridade ao primeiro programa, por mais que este resulte como conseqüência no prejuízo e até na morte de algumas pessoas”. (p. 582)

A visão utilitarista, presente no campo da saúde pública, embasa a aceitação de riscos causados por procedimentos tais como as campanhas de imunização de massa. Os riscos poten-

ciais das vacinas utilizadas, mesmo as mais frequentes como a antipoliomielite (Sabin) ou a tetravalente, são conhecidos pelos profissionais e administradores do sistema público de saúde. Porém os riscos de causarem efeitos colaterais individuais são cotejados com os benefícios para a coletividade, advindos da eficácia dos procedimentos. Ou seja, o que preside a decisão das políticas públicas, neste caso, é o princípio da utilidade social, a maximização dos benefícios.

Estas considerações também são válidas para o caso da fluoretação das águas para consumo humano. Medida sabidamente eficaz em evitar a cárie dentária, conforme Kalamatianos e Narvai (2003), a fluoretação das águas de abastecimento público, apesar de efetiva, segura, equânime e barata contra a cárie dentária, pode provocar fluorose dentária em algumas pessoas. Todavia, a saúde pública, em nome do bem da coletividade, em não dispondo tecnicamente de meios para se separar águas com flúor e águas sem flúor de acordo às opções individuais, impõe a primeira a todos, ponderando os benefícios para muitos e os riscos de danos para alguns.

Assim, apesar da existência de riscos de danos não excluir eticamente um determinado procedimento, o que deverá ser feito é a implementação de ações no intuito de minimizá-los e de estabelecer medidas de recuperação e reabilitação da saúde, em caso da ocorrência de um efeito indesejável. Por exemplo, desde os anos 80, a França indeniza os pais ou responsáveis por seqüelas causadas por vacinações compulsórias.

Contudo, é preciso ser ressaltado que a saúde pública também realiza medidas que não objetivam o cálculo maximizador de benefícios. São medidas que independem da magnitude dos beneficiários, mas realizadas pela noção ética do dever. Exemplificando, lembramos as medidas para diminuição da mortalidade materna. Poder-se-ia alegar que o número de mulheres que morrem em decorrência da gestação não é alto. Porém, a saúde pública, em virtude dos conhecimentos existentes sobre as causas e desencadeantes dos riscos de morte materna, da existência de tecnologia disponível para minimizá-la, passa a ter um dever ético de evitar que uma só mulher venha a morrer de problemas evitáveis no período gestacional. O mesmo raciocínio vale para a lógica de erradicação, via imunização, tomada com relação a algumas moléstias infecto-contagiosas, para as quais há tecnologia preventiva disponível — poliomielite, sarampo, rubéola etc.

Mas nem sempre as medidas de saúde pública trazem obrigações individuais orientadas pelo predomínio do interesse da coletividade. Há, em nosso cotidiano, ações públicas de caráter obrigatório, que podem contrariar a liberdade pessoal de decidir e que não se fundamentam no princípio da não maleficência da coletividade, mas sim, na existência de benefícios diretos para o bem estar ou a saúde das pessoas que deverão ser submetidas a elas.

Este é o caso do uso obrigatório de cinto de segurança nos veículos e de capacete para os condutores de motocicletas. Essas medidas coercitivas da decisão individual são tomadas com o intuito de proteger diretamente as pessoas envolvidas. Podem ser consideradas medidas paternalistas. Paternalismo, aqui entendido como uma ação de caráter beneficente, tomada contrariamente aos desejos de uma ou mais pessoas capazes de decidirem autonomamente. Essa orientação contraria o anteriormente exposto pensamento de Stuart Mill, de que não seria moralmente justificado que se impusesse a indivíduos autônomos restrições às suas ações em nome de supostos benefícios para si, benefícios julgados segundo uma ótica externa.

Assim, tendo como objetivo a proteção das pessoas individualmente e/ou da coletividade, e, em havendo orientações diversificadas, as ações de saúde pública sempre necessitam ser analisadas quanto aos princípios éticos que lhes fundamentam.

ÉTICA E PESQUISA EM SAÚDE PÚBLICA

Um dos campos mais candentes da bioética é a ética em pesquisa. Desenvolvida a partir das preocupações e abusos na experimentação clínica, urge voltar as atenções para a pesquisa em saúde pública, enfocando se os requerimentos para este tipo de pesquisa diferem ou não dos definidos para os demais e elaborando guias de ação compatíveis com as suas especificidades.

A primeira dificuldade que surge ao abordar esta questão é distinguir e demarcar os limites entre a pesquisa em saúde pública e a prática nesta área. Seria o estudo de cobertura vacinal que o serviço de vigilância epidemiológica de um determinado município desenvolve com o objetivo de acompanhar esta atividade em seu território uma pesquisa? E os estudos descritivos que este mesmo serviço pode desenvolver para seguir o comportamento de determinado agravo, por exemplo, a série histórica de uma doença

de notificação compulsória? São estatísticas oficiais apenas, ou são pesquisas? Mas, não são estes tipos de estudo que encontramos publicados nos periódicos ou nos anais dos congressos de epidemiologia ou de saúde pública ou coletiva? Seria o critério de publicação o definidor do que é pesquisa? Isto parece difícil já que a publicação dos resultados é uma das últimas etapas de uma pesquisa e é bem sabido que, apesar da vontade e empenho de muitos pesquisadores, muitas pesquisas não chegam a ser publicadas e não perdem seu caráter de pesquisa por esta razão. E o contrário também é verdadeiro, um relato de experiência não adquire status de pesquisa apenas porque foi publicado em algum periódico.

As diretrizes éticas para revisão de estudos epidemiológicos do CIOMS (*Council for International Organizations of Medical Sciences*) alerta que, na epidemiologia, a prática e a pesquisa se sobrepõem. Tanto é assim que alguns autores, como Coughlin e Beauchamp (1996), chegam a afirmar que todo estudo em epidemiologia que envolva sujeitos humanos deveria ter um protocolo escrito e ser aprovado por um comitê de ética em pesquisa. Esta posição dos autores precisa ser tomada com certa cautela, pois poderia inviabilizar e onerar o desenvolvimento destas atividades em algumas ocasiões. Além do mais, em situações de surtos, epidemias ou agravos inusitados requer-se ação imediata.

Entretanto, em meio a toda essa polêmica, parece consensual que as pesquisas em saúde pública têm de considerar, especialmente, os seguintes aspectos éticos: os benefícios para a população em geral ou em estudo; a distribuição de riscos e benefícios pela população e o grau de restrição dos direitos individuais que será necessário para alcançar o benefício previsto. Assim, merecem destaque, dentre outros: o balanço risco-benefício, o processo de consentimento livre e esclarecido dos sujeitos de pesquisa, a privacidade e a confidencialidade das informações manuseadas e obtidas, o conflito de interesses, a divulgação dos resultados, a formação e utilização de banco de dados e/ou de materiais biológicos.

O fato de muitas das pesquisas em saúde pública basearem-se, primordialmente, na observação e requererem intervenções como questionários e exames de rotina que, aparentemente, não são tão invasivas ou de risco quanto os procedimentos para um ensaio clínico, não se pode cair na falácia de crer que este tipo de pesquisa não oferece risco algum para os sujeitos par-

ticipantes e/ou para a população envolvida. A invasão da privacidade individual pode ocorrer, por exemplo, quando se indaga a alguém particularidades de sua vida sexual, se já foi vítima de violência doméstica, se foi exposto a riscos ou praticou atos considerados ilegais em nosso País, como o uso de drogas ilícitas e aborto provocado. O prejuízo aos grupos populacionais ocorre pelas possíveis discriminações decorrentes da divulgação dos resultados do estudo, basta lembrarmos o exemplo da Aids. Assim, os pesquisadores sempre têm de buscar minimizar desconfortos, perturbações, inconveniências e riscos que podem ser causados aos sujeitos, buscando locais tão privativos quanto possível para a aplicação dos questionários e assegurando a liberdade da pessoa de se retirar da pesquisa ou de se recusar a responder as perguntas que lhe causarem constrangimento. Isto sem mencionar o preparo não só técnico, como ético, dos entrevistadores e os cuidados com a forma da divulgação dos resultados para evitar estigmas e discriminações.

Mesmo que as pesquisas envolvam a utilização de dados secundários, constantes em prontuários, fichas de investigação epidemiológica, atestados de óbito, declarações de nascido vivo, entre outros, os profissionais têm de estar conscientes de que junto com estes dados vai uma promessa de não causar danos às pessoas, pois as informações contidas em tais documentos foram obtidas por meio de uma relação marcada pela confiança, a prática clínica ou a atenção à saúde da coletividade.

As pesquisas que visarem o diagnóstico de agravos têm de prever a assistência necessária aos sujeitos, ou seja, é eticamente inconcebível recrutar pessoas para programas de *screenings* sem lhes assegurar acompanhamento e/ou tratamento das anormalidades que venham a ser detectadas. Por exemplo, os protocolos que propuserem a identificação de sintomáticos respiratórios para tuberculose ou de verificação dos índices de cárie dentária têm de contar com um serviço para onde encaminhar os positivos para o atendimento necessário. Neste sentido, os estudos genéticos merecem especial atenção, pois para muitas doenças é possível a identificação do gene ligado à possível manifestação fenotípica do agravo, mas não há tratamento ou prevenção.

Com relação ao retorno dos resultados aos sujeitos, quanto investir de recursos para encontrá-los e notificá-los dos achados? Tome-mos como exemplo a questão do retorno dos resultados aos sobreviventes de um estudo de

coorte retrospectivo para avaliar mortalidade em exposição ocupacional. Usualmente, este tipo de estudo envolve a utilização de registros sem nenhum contato direto do pesquisador com os sujeitos. O respeito pela autonomia das pessoas requer a notificação individual dos sobreviventes, não bastando as publicações da totalidade dos dados que também são de extrema importância por provocarem alterações nas políticas públicas. Entretanto, é mister ponderar beneficência e não maleficência, pois para muitas doenças não há métodos preventivos disponíveis. Por outro lado, a justiça requer que os prejudicados pela exposição tóxica possam requisitar reparação, indenização. Assim sendo, não prover informação representaria cumplicidade na negação de um direito.

Cabe também ser lembrado que algumas pesquisas em saúde pública ficariam inviabilizadas se não houvesse como justificar que não se deva obter o termo de consentimento livre e esclarecido por escrito, por exemplo, no acesso a dados de prontuários ou materiais biológicos armazenados. Entretanto, esta é situação de exceção e não de regra, na qual não se dispensa a autorização da instituição guardiã da informação ou do material, nem a aprovação do projeto por comitê de ética em pesquisa, devendo o pesquisador deixar claro porque se configura a excepcionalidade em relação ao termo de consentimento.

A obrigação de não causar danos é precípua na divulgação dos resultados, que deve, então, ser feita de maneira mais precisa possível, evitando enfatizar ou exagerar riscos existentes ou sugerir inexistentes, o que poderá provocar pânico na comunidade. Da mesma forma, a omissão da existência de riscos ou a distorção das informações por interesse de uma das partes envolvidas, é potencialmente maleficiente às populações. Lembra-se que toda comunicação deverá respeitar o padrão cultural e de compreensão da população para a qual se dirige, a fim de que ocorra em linguagem acessível e esclarecedora.

A prática da apreciação dos aspectos éticos das pesquisas com sujeitos humanos e da revisão de protocolos por comitês de ética em pesquisa vem se disseminando rapidamente, no Brasil, após a edição da Resolução CNS/MS 196/96, que regulamenta esta questão. Porém, como tradicionalmente as diretrizes para a ética em pesquisa têm por base e foco principal os ensaios clínicos, é necessário avançar na discussão dos aspectos éticos das pesquisas em saúde pública. Portanto, considerando as peculiaridades deste tipo de estudo, é mister encontrar, num

esforço conjunto dos comitês de ética em pesquisa e dos pesquisadores da área de saúde pública, as formas adequadas para salvaguardar os direitos dos sujeitos de pesquisa, sem comprometer a realização dos estudos e evitando-se posições extremas que defendem a inexistência de risco para os sujeitos neste tipo de pesquisa ou que consideram tudo justificável em nome do bem comum e do interesse público.

FINALIZANDO

Entendendo que as ações de saúde pública sempre requerem uma avaliação ética, apontando por um caminho justo na promoção da saúde das populações e na redução das iniquidades injustas e evitáveis, cuidando e zelando pela dignidade e qualidade da vida humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALKIRE, S.; CHEN, L. Global health and moral values. **The Lancet**, v. 364, p. 1069-74, Sep. 18 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução CNS/MS 196/96**. Brasília; (s.n.), 1996.
- COSTA, E.A. **Vigilância sanitária: defesa e proteção da saúde**. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública USP, São Paulo, 1998.
- COUNCIL for International Organizations of Medical Sciences. **International guidelines for ethical review of epidemiological studies**. Geneva; (s.n.), 1991.
- COUGHLIN, S.S.; BEAUCHAMP, T.L. (Ed.). **Ethics and epidemiology**. New York: Oxford; 1996.
- CRISP, R. **Mill – on utilitarianism**. London: Routledge Philosophy Guidebook, 1997.
- FORTES, P.A.C. Bioética, equidade e políticas públicas. **O mundo da saúde**, v. 26, n. 1, p. 143-147, 2002.
- _____. **O dilema bioética de selecionar quem deve viver: um estudo de microalocação de recursos escassos em saúde**. 2000. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Saúde Pública USP, São Paulo, 2000
- GRACIA, D. La bioética médica. In: SCHOLLE Connor S.; FUENZALIDA-PUELMA, H.L. (Orgs.). **Bioética: temas y perspectivas**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1990. p. 3-7 (Publicación científica n. 527).

HOLT, R.; BEAL, J.; BREACH, J. Ethical considerations in water fluoridation. In: BRADLEY, P.; BURLS, A. **Ethics in public and community health**. London: Routledge; 2000. p. 159-166.

KALAMATIANOS, P.; NARVAI, P.C. Uma proposta de esquema para a análise ética das ações de saúde pública. **O mundo da saúde**, v. 28, n. 1, p. 34-41, 2004

KASS, N.E. Public health ethics: from foundations and frameworks to justice and global public health. **Journal of law, medicine e ethics**, v. 32, n. 2, p. 232-42, 2004.

LECORPS, P.; PATURET, J.B. **Santé publique: du biopouvoir à la démocratie**. Rennes: École Nationale de Santé Publique, 1999.

LEOPOLDO E SILVA, F. Da ética filosófica à ética em saúde In: COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Coords.). **Iniciação à bioética**.

Brasília: Conselho Federal de Medicina, p. 19-36, 1998.

MILL, J.S. **On liberty**. London: Penguin Books, 1985.

MILL, J.S. **O utilitarismo**. São Paulo: Iluminuras, 2000.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. **Problemas atuais de bioética**. 5ª ed. São Paulo: Loyola, 2000.

RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SACARDO, D.P.; FORTES, P.A.C. Desafios para a preservação da privacidade nos serviços de saúde. **Bioética**, v. 8,n. 2, p. 307-22, 2000.

WHITEHOUSE, P.J. The rebirth of bioethics: extending the original formulations of Van Rensselaer Potter. **The American Journal of Bioethics**, v. 3, n. 4, p. W26-W31, 2003.

*Recebido em 10 de janeiro de 2006
Aprovado em 21 de fevereiro de 2006*