Revista Brasileira de Bioética

Marcelo Moreira Corgozinho
Programa de Pós-Graduação em Bioética/Centro Internacional de Bioética e Humanidades/Cátedra Unesco de Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil
mmcorgozinho@gmail.com

Miguel Ângelo Montagner
Programa de Pós-Graduação em Bioética/Centro Internacional de Bioética e Humanidades/Cátedra Unesco de Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil
montagner@hotmail.com

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: perspectiva de ação moral diante das macrodesigualdades sociais e saúde

Universal Declaration on Bioethics and Human Rights: perspective of moral action in the face of social inequalities in health

Resumo: Este texto tem como objetivo contribuir com a perspectiva social da bioética, enquanto marco ético presente na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, nas reflexões em temáticas de saúde coletiva. Trata-se de estudo teórico, que teve como passos metodológicos a organização em três seções: (1) Princípios de Georgetown em análises de dilemas sociais; (2) concepção epistemológica da dimensão social da bioética - princípios do respeito à vulnerabilidade humana, equidade e justiça social, responsabilidade social e saúde, solidariedade e cooperação; e (3) perspectiva moral diante de contextos sociais desfavoráveis. Considera-se que o texto da Declaração apresenta como potencialidade a formulação de uma obrigação de ação moral diante das situações contextuais que fragilizam determinados grupos da sociedade.

Palavras-chave: bioética, desigualdade na saúde, vulnerabilidade social, saúde coletiva.

Abstract: The aim of this work is to add reflections regarding public health issues, as an ethical framework within the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, to social perspective of bioethics. It is a theoretical study methodologically organized in three sections: (1) Georgetown principles in the analysis of social dilemmas; (2) epistemological notion for social dimension of bioethics - principles of respect for human vulnerability, equity and social fairness, social responsibility and health, solidarity and cooperation; and (3) moral perspective facing unfavorable social contexts. The Declaration's text may show as potentiality the formulation of a duty of moral action in face of contextual situations that weaken some society groups.

Keywords: bioethics, health inequality, social vulnerability, public health.

Introdução

É polêmica a discussão em relação ao precursor do neologismo “bioética”, que perpassa por Fritz Jahr (1927), André Hellegers e Van Rensselaer Potter (1970), como aponta Pessini (2013). Sem adentrar em tal polêmica, reconhece-se a importância contemporânea da contribuição de Potter que, posteriormente, motivou o resgate da dimensão social na bioética (Potter, 1971). No que tange à difusão mundial da bioética clínica, destaca-se a contribuição dos americanos Beauchamp e Childress, a partir dos princípios universais difundidos internacionalmente pelo Instituto Kennedy da Universidade de Georgetown (Garrafa, 2006). Além disso, novas situações motivaram a construção de um campo de conhecimento que auxiliasse os profissionais de saúde nos impasses éticos decorrentes de suas práticas.

A proposta inicial de uma bioética interdisciplinar teria sido substituída por uma ética biomédica de caráter individual (Cunha, Garrafa, 2016). Ao reduzir a discussão bioética à reflexão sobre os aspectos éticos relacionados ao atendimento clínico e à pesquisa com seres humanos, a bioética contribuía para a desconsideração dos determinantes e condicionantes sociais relacionados à dimensão socioeconômica (Porto, Garrafa, 2011).

Essa impossibilidade de análise sistêmica dos dilemas bioéticos foi questionada pelos países do hemisfério sul, que rejeitaram a bioética desenvolvida apenas pelos princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (Garrafa, 2006; Garrafa, Porto, 2003). Assim, até o final do século XX a bioética internacional voltava-se especificamente para as questões biomédicas e biotecnológicas (Garrafa, 2005b). Em 2005, a inclusão do contexto social nas discussões da bioética ganhou força com a homologação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos - DUBDH (Unesco, 2005).

Este texto objetiva contribuir com a perspectiva social da bioética, enquanto marco moral-ético presente na DUBDH, nas reflexões que envolvam temáticas de saúde coletiva. Trata-se de estudo teórico, que teve como passos metodológicos a organização em três seções principais: Ressalvas dos princípios de Georgetown nas análises dos dilemas sociais; a concepção epistemológica da dimensão social de bioética, a partir dos princípios contemplados no texto da DUBDH, como respeito à vulnerabilidade humana, equidade e justiça social, responsabilidade social, solidariedade e cooperação; e, para completar a discussão, apresentou-se uma perspectiva bioética diante de contextos sociais desfavoráveis.

Princípios de Georgetown em dilemas sociais

O contexto em que emergiram os princípios éticos de Georgetown era aquele em que os direitos humanos clamavam proteção frente aos antecedentes de atrocidades ocorridas com seres humanos durante a II Guerra Mundial (Tealdi, 2005). A partir de denúncias de problemas éticos em pesquisa com seres humanos, o governo norte-americano criou a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research.* Esta comissão produziu e publicou o *Belmont Report,* que propôs três prin¬cípios fundamentais para uma discussão na área biomédica, a saber: respeito à autonomia, benefi¬cência e justiça (Garrafa; Martorell; Nascimento, 2016). Nessa perspectiva, os princípios deveriam ser interpretados como uma concepção "liberal" da moral para contribuir com o desenvolvimento científico em saúde, por meio da concepção universalista da moral civil (Tealdi, 2005).

Em 1979, a concepção bioética caracterizada pela justificação moral a partir de princípios éticos foi apresentada por Tom Beauchamp e James Childress na obra *The Principle of Biomedical Ethics* (2013). Estes quatro princípios *prima facie* – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – foram apresentados como referencial ético que funcionasse como um modelo de análise dos diversos conflitos em situações concretas da vida (Garrafa, 2005b).

Os princípios forma designados como *prima facie* - deveres obrigatórios ou corretos à primeira vista (Tealdi, 2005). Desse modo, a bioética principialista estadunidense se disseminou rapidamente pelo mundo e várias concepções críticas começaram a emergir em decorrência da insuficiência prática dos princípios para questões sociais que necessitavam de abordagem contextualizada. Como principais correntes teóricas que criticaram os princípios, destacam-se: a ética das virtudes, a ética feminista, a ética do cuidado, o utilitarismo, as concepções teóricas baseadas no comunitarismo e, em especial, os direitos humanos (Tealdi, 2005). Como exemplo marcante da fragilidade apontada, o princípio da justiça que deveria sig¬nificar um referencial de apelo social, na prática foi pouco praticado (Garrafa, 2005a; Garrafa, Martorell, Nascimento, 2016).

Além disso, ocorreu a supervalorização do princípio da autonomia, que em discursos sobre o respeito aos sujeitos humanos emergiram, também, exageros na utilização do termo em direção ao individualismo exacerbdo capaz de anular qualquer visão contrária – coletiva – indispensável ao enfrentamento de temas persistentes em bioética (Garrafa, 2005b). O estudo das situações persistentes em bioética e saúde coletiva encontra-se vinculado às condições que se mantêm nas sociedades huma-

nas desde a antiguidade e que não deveriam mais ocorrer, como exclusão social, fome, analfabetismo, dentre outros (Garrafa, 2005b; Garrafa, Porto, 2003).

Os princípios propostos pelo principialismo são válidos na medida em que não ocorra alguma "colisão" que obrigue o estabelecimento de alguma prioridade entre eles (Garrafa, 2005b). Esse reconhecimento da fragilidade dos princípios para analisar os problemas de saúde coletiva, como os macroproblemas éticos persistentes, motivou a retomada conceitual que ultrapassassem os conflitos bio-médicos existentes (Garrafa, Martorell, Nascimento, 2016).

Os pesquisadores da América Latina reconheceram a contribuição do principialismo para a bioética mundial, no entanto, suas premissas impulsionaram um forte movimento que questionava a suficiência frente aos dilemas bioéticos persistentes (Garrafa, 2005), como as disparidades sociais que geram vulnerabilidade humana (Corgozinho, Oliveira, 2016). Esse movimento almejava uma abordagem de enfrentamento dos impasses éticos em questões sociais básicas (Garrafa, 2005b), ou seja, tratar os problemas persistentes no hemisfério sul implicaria em se ter uma percepção crítica sobre os cenários político, econômico e social (Garrafa, Martorell, Nascimento, 2016).

O contexto social presente na DUBDH

O reconhecimento formal da DUBDH, em outubro de 2005, na sede da *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* - Unesco, em Paris, representou um marco da bioética contextualizada na esfera internacional, tornando-a comprometida com as populações mais vulneráveis (Unesco, 2005). A partir da Declaração apontou-se o caráter social da bioética e ampliaram-se definitivamente suas discussões para além da temática biomédica e biotecnológica (Garrafa, 2005a).

Destaca-se a importante conquista da Bioética Latino-americana, com destaque à Bioética de Intervenção no Brasil, pelo resgate do escopo inicial da bioética proposto por Potter, que agora se fundamenta a partir da inserção de temáticas sociais no texto da Declaração (Cunha, Garrafa, 2016). Mesmo que o Brasil esteja na condição de país em desenvolvimento econômico, ainda se mantém entre aqueles com presença de extrema desigualdade socioeconômica e iniquidades em saúde (Corgozinho, Oliveira, 2016).

Segundo Garrafa (2005a), a Declaração é considerada um avanço extraordinário para os países em desenvolvimento, e mostra um preâmbulo que referencia docu-

mentos e tratados internacionais já aprovados pelas Nações Unidas. Embora as declarações internacionais não tenham eficiência jurídica formal – norma não vinculante – é inquestionável que possuem valor "jurídico" pelo caráter orientador e pedagógico (Garrafa, 2005a; Garrafa, 2012). Por exemplo, existe uma forte relação entre a bioética e os direitos humanos, pois a proposta de aproximação aos direitos humanos se justifica pelo fato de que, na medida em que os dilemas bioéticos são analisados à luz destes direitos, pretende-se uma solução para os problemas persistentes em bioética e saúde coletiva (Pagani et al, 2007).

No art. 3 da DUBDH fica registrado que a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitadas em sua totalidade, prevalecendo os interesses e o bem-estar do indivíduo ou da sociedade (Unesco, 2005). Nesse sentido, falar em direitos humanos significa implementar normas consagradas em direitos fundamentais, cujo conteúdo prescreve direitos à humanidade, que partem do reconhecimento da complexidade e pluralidade do caráter universal de tais direitos (Pagani et al, 2007).

No que tange à organização do texto da DUBDH, verifica-se que ele se estrutura em seis partes: preâmbulo, disposições gerais, princípios, aplicação dos princípios, promoção da Declaração e disposições finais, contendo ao todo 28 Artigos. Assim, a DUBDH se tornou referência para uma postura crítica diante dos dilemas bioéticos em questões sociais, ao tocar em temas essenciais, como respeito pela vulnerabilidade humana; equidade, justiça social e igualdade; responsabilidade social e saúde; e solidariedade e cooperação. Em seguida vamos nos deter em cada um deles.

Respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual

No âmbito da bioética, a noção de vulnerabilidade não é recente, aparecendo em importantes documentos, como o Relatório Belmont de 1978, nas Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisa Biomédica com Seres Humanos de 2002, na versão da Declaração de Helsinki em 2008 e no texto da DUBDH em 2005 (Unesco, 2013). Além disso, a partir do princípio da autonomia proposto pelo principialismo, ocorreu a reafirmação da ideia do consentimento informado diante da vulnerabilidade que pode caracterizar pessoas e/ou grupos específicos (Neves, 2007).

Atualmente, a noção adjetiva de vulnerabilidade persiste no vocabulário bioético, tornando-se cada vez mais frequente na constatação de uma realidade que se pretende ultrapassar ou mesmo suprimir por meio da atribuição de um "poder" cres-

cente aos vulneráveis. Com derivação do latim, *vulnus*, a palavra vulnerabilidade significa “ferida” (Neves, 2007). O conceito de vulnerabilidade sempre permeia o núcleo etimológico que a correlaciona com as condições de exposição a ferimentos, algo que é suscetível a danos físicos ou emocionais (Cunha, Garrafa, 2016).

Segundo a Unesco, a vulnerabilidade humana significa a fragilidade e/ou a precariedade própria do ser humano e manifesta-se a partir das dimensões ontológica, cultural e social, enquanto a integridade individual propõe a inadequação da invasão das barreiras pessoais do corpo que ensejaria ameaça à saúde ou à vida. No âmbito da bioética internacional, a vulnerabilidade ganha força como princípio ético, afirmando que a vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração, o que corresponde a reconhecê-la como traço indelével da condição humana, intrínseca à sua irredutível finitude e fragilidade (Unesco, 2013).

O art. 8 da DUBDH implica tanto em um dever negativo de abster-se de fazer algo como um dever positivo de promover a solidariedade e compartilhar os benefícios do progresso científico. Por um lado existe uma relação entre o respeito pela integridade e dignidade das pessoas e, por outro, o respeito pela vulnerabilidade delas (Unesco, 2013; Unesco, 2005).

O termo vulnerabilidade faz referência à proteção devida aos cidadãos mais frágeis da sociedade, e aparece em saúde pública e epidemiologia em referências a grupos vulneráveis à contaminação ou a determinados agravos ou patologias. Trata-se de qualificação atribuída às pessoas ou populações que resulta de caraterísticas particulares ou ocasionais (Unesco, 2013).

Schramm (2008) evoca a utilização do termo “vulnerado” para a fragilidade presente em determinados grupos sociais, decorrente das situações de exclusão social e pobreza. Tais desigualdades afetam diretamente o bem-estar dos indivíduos (Corgozinho, Oliveira, 2016) e, mesmo assim, parece existir uma estrutura social organizada de forma a aceitar as desigualdades sociais (Braveman, Gruskin, 2003; Corgozinho, Oliveira, 2016).

O *International Bioethics Committee* of Unesco (2013), ao tratar do princípio da vulnerabilidade humana, descreve as situações em que a vulnerabilidade é desenvolvida ou exacerbada em indíviduos ou grupos, resultando na perda da capacidade para se protegerem, conforme segue:

- Pobreza: desigualdades sociais;

- Falta de acesso à informação;
- Discriminação de gênero;
- Situações de limitação substancial ou privação de liberdade pessoal;
- Relações hierárquicas;
- Marginalização em vários fundamentos: imigrantes, nômades, minorias étnicas e raciais;
- Exploração de recursos em países em desenvolvimento;
- Guerras;
- Efeitos negativos da atividade humana, por exemplo, alterações climáticas ou diferentes tipos de poluição.

Desse modo, alguns indivíduos ou grupos são mais vulneráveis que outros em relação direta com as suas condições de vida, tais como condições de moradia, alimentação, trabalho, raça, gênero, classe, dentre outros. E a vulnerabilidade, como princípio, obrigaria a reconhecer que todas as pessoas são vulneráveis em essência e podem ser feridas por outro, exigindo-se respeito para a abstenção de qualquer prejuízo à sua autodeterminação (Solbakk, 2011).

A autonomia e a vulnerabilidade são pilares que funcionam em articulação. A autonomia deve ser pensada em função da vulnerabilidade como componente indispensável, sendo entendida como pedido de apoio para ultrapassar a fragilidade humana (Corgozinho, Oliveira, 2016). Além disso, o art. 8 da DUBDH trata da perspectiva sobre vulnerabilidade que prepondera no contexto bioético latino-americano: “indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada” (Unesco, 2005).

Assim, é indiscutível a crescente importância que adquiriu o princípio da vulnerabilidade humana em diretrizes contemporâneas e documentos de política aplicáveis aos cuidados de saúde e em bioética de forma geral, reportando à emergência de discussões que contemplem a noção de responsabilidade social associada ao tema (Solbakk, 2011).

Equidade, igualdade e justiça

Em relação ao direito à saúde, a legislação infraconstitucional reforçou a linha constitucional, conforme observado na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990, que afirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado

promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Ademais, o conceito de saúde incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS) considerou a percepção de saúde de forma ampliada, considerando fatores sociais, econômicos e ambientais como condicionantes da relação entre saúde e doença (Brasil, 1990).

O processo de luta travado inicialmente pelo movimento da Reforma Sanitária, desde o final dos anos 70, produziu um amplo consenso em torno de princípios e diretrizes básicas que deveriam nortear a atuação do Estado na saúde. Nessa perspectiva, o art. 7º da Lei n°8080/90 apresenta os seguintes princípios e diretrizes: universalidade, integralidade, preservação da autonomia das pessoas, igualdade, direito à informação, divulgação de informações, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, e conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Brasil, 1990).

Além dos referidos princípios e diretrizes, o princípio ético da equidade em saúde deve orientar a gestão pública na priorização da alocação dos recursos públicos. A equidade, por vezes confundida com a igualdade, atualmente é tratada como a diferença entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias, tendo assim suas necessidades atendidas de forma diferenciada (Corgozinho, Oliveira, 2016).

Especificamente no que toca à inserção da equidade na DUBDH, destaca-se sua inclusão no preâmbulo do documento, como descrito no trecho: considerando o desejo de desenvolver novos enfoques relacionados à responsabilidade social de modo a assegurar que o progresso da ciência e da tecnologia contribua para a justiça, para a equidade e para o interesse da humanidade. No art. 10, enquanto integrante de seus princípios e, ainda, incluída dentre um dos objetivos: “promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos [...]” (Unesco, 2005).

A eleição dos mais necessitados é central na elaboração de qualquer metodologia que pretenda modificar a alocação de recursos de modo equitativo. Políticas de alocação de recursos que se pretendam mais equitativas, devem ser avaliadas, em um primeiro momento, pela seleção das necessidades. Sob a perspectiva da equidade, a alocação de recursos públicos deverá ser norteada em favor dos grupos vulneráveis, reconhecendo que a diminuição das desigualdades injustas resulta de fatores que estão fora do controle individual (Fortes, 2008).

A igualdade é a consequência desejada da equidade, pois é por meio do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se

pode alcançar a igualdade. Torna-se um marco ético que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos públicos, associado aos princípios da responsabilidade individual, pública e da justiça social (Fortes, 2008; Porto, Garrafa, 2011). Assim, a equidade em saúde tornou-se marco bioético que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos públicos, associado aos princípios da responsabilidade individual, pública e da justiça social (Corgozinho, Oliveira, 2016).

Em relação à justiça social, cabe citar a teoria da justiça de John Rawls (2002). O autor apresenta dois princípios propostos na Teoria da Justiça, a saber:

I) cada pessoa tem igual direito a um esquema plenamente adequado de liberdades básicas iguais que seja compatível com as liberdades que são para todos; e

II) as desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições: a) devem estar associadas a cargos e posições abertos a todos sob condições de igualdade equitativa de oportunidades; e, b) devem ser para o maior benefício dos membros da sociedade que têm menos vantagens. Especificamente no segundo princípio a equidade aparece como adjetivo que qualifica a igualdade de oportunidades e confere carga valorativa.

O segundo critério que trata da forma de distribuição da renda e da riqueza, por um lado, pretende diminuir as desigualdades através da eleição de uma política que maximize os benefícios aos menos favorecidos e, por outro, põe de manifesto a aceitação da desigualdade entre os homens sempre que se entenda que são justas – justo princípio de repartição, justa igualdade de oportunidades. O autor propõe um critério que caracteriza a “desigualdade justa” ou “discriminação positiva” inerente à equidade, quando o tratamento desigual é benéfico aos indivíduos mais carentes.

A desigualdade justa opõe-se à noção utilitarista de que justiça na alocação de recursos seja determinada por suas consequências sobre a soma das utilidades que resulta em maior número de utilidades individuais. Em síntese, considera como sendo uma alocação justa de recursos, aquela que possui maior capacidade de aumentar as oportunidades dos indivíduos, ou seja, políticas voltadas a atingir o maior número de pessoas possível em condições de vulnerabilidade social. Além disso, chama atenção a justiça como equidade devido à sua dimensão contratualista hipotética ser fruto do consenso social e, assim, esta escolha não advém de um único indivíduo (Rawls, 2002).

Solidariedade e cooperação

No texto da DUBDH, o art. 13 descreve que a solidariedade entre os seres humanos e a cooperação internacional para este fim devem ser estimuladas (Unesco, 2005). A solidariedade busca um olhar diferente para as pessoas, grupos ou setores que estão em situações histórico-sociais distintas, frente às quais uns se capacitam a apoiar os outros de modo desinteressado. No que tange à relação entre diferentes países, a solidariedade e cooperação ocorre de forma que o mais forte e desenvolvido apoia os outros, além de realmente contribuir diante de uma situação de fragilidade temporária ou permanente (Selli, Garrafa, 2005).

O interesse da bioética pela proposta da solidariedade crítica como instrumento a orientar o serviço voluntário orgânico tem, entre outras justificativas, motivações provenientes do contexto social. A solidariedade crítica e o voluntariado orgânico enfatizam o genuíno comprometimento do agente em intervenções e ações orgânicas que buscam proporcionar a conquista da real autonomia dos indivíduos, livre de qualquer forma de paternalismo, assistencialismo ou autoritarismo (Selli, Garrafa, 2005).

O voluntariado orgânico, por sua vez, foi construído por analogia ao conceito de intelectual orgânico entendido como participação politizada, comprometida, ativa e beneficente das pessoas que desenvolvem o serviço voluntário na construção das condições necessárias à democratização efetiva do Estado, em todas as suas dimensões. Assim, a solidariedade não se esgota enquanto relação típica da sociedade civil e possui um elemento político que tem como referência o Estado (Selli, Garrafa, 2005).

O referencial incorpora a ideia da inserção do maior número possível de indivíduos ou grupos nos processos de tomada de decisão, problematizando de forma ativa as formas tradicionais de decidir politicamente.

Responsabilidade social e saúde

A expressão “responsabilidade social” apareceu no contexto da ética nas empresas e instituições privadas como forma de definir os deveres morais dessas empresas para com as sociedades em que estão estabelecidas. Atualmente, a noção de responsabilidade é ampliada para indivíduos, comunidades, instituições públicas e privadas (Unesco, 2010).

Inicialmente, os acadêmicos da área bioética tinham certa resistência em utilizar de forma sistemática o conceito de “responsabilidade” e, desta forma, não investiram

em uma descrição normativa do termo. Como exemplo, a concepção bioética principialista não descreve a responsabilidade como um princípio ou constituinte da estrutura normativa da bioética (Schicktanz, Schweda, 2012).

Schicktanz e Schweda (2012) propõem que a análise do papel da responsabilidade deve envolver algumas variáveis: a) o sujeito; b) o período de tempo particular e a direção temporal; c) o responsável por algo ou alguém; d) o objeto contra alguém; e) padrões normativos de análise; e f) recompensas ou consequências diante da abordagem ética. Os autores reforçam que a utilização do termo em bioética seja no plural "responsabilidades", pois existem diferentes concepções de responsabilidade que se aplicam em diferentes contextos. A pluralização do termo enfatiza que os deveres e as responsabilidades dos diversos atores envolvidos devem ser considerados, promovendo a responsabilidade moral de cada membro da sociedade tanto no respeito coletivo que proteja toda a sociedade como também em recuperar a saúde dos grupos suscetíveis.

Entretanto, o discurso internacional que envolve a responsabilidade social em bioética propõe que as questões éticas em praticamente todos os campos de atividade humana adquiram conotação pública – responsabilidade social, o que deixa de representar uma questão eminentemente de consciência individual (Garrafa, Oselka, Diniz, 1997). A responsabilidade social ganhou visibilidade internacional na bioética após sua inclusão no texto da DUBDH, incorporando ao contexto da responsabilidade a temática do direito ao acesso à saúde (Garrafa, 2012; Unesco, 2005).

A responsabilidade social deve ser entendida como obrigações morais. A diferença entre as obrigações legais e morais não implica que estas últimas sejam menos importantes; implica em não existir coerção legal para cumpri-las. No entanto, quando se consideram os deveres decorrentes do direito fundamental, a responsabilidade é ampliada e direcionada ao setor público e privado. A partir da legítima soberania, o Estado deve, portanto, ser capaz de proteger os cidadãos contra as ameaças à saúde e ameaças sociais como a pobreza e a degradação ambiental (Unesco, 2010).

O *International Bioethics Committee* of Unesco descreve que o art. 14 da DUBDH define que a promoção da saúde e do meio social deve ser objetivo central de qualquer governo democrático, e considera que usufruir o mais alto padrão de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano (Unesco, 2010).

O princípio da responsabilidade social remete à necessidade de proteção aos respectivos direitos (Unesco, 2010):

- Acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais;
- Acesso a nutrição adequada e água de qualidade;
- Melhoria das condições de vida e do meio ambiente;
- Eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos; e
- Redução da pobreza e do analfabetismo.

Assim, o acesso universalizado à saúde passa a integrar a nova agenda bioética do século XXI, visto como direito de cidadania (Garrafa, 2012). É responsabilidade do Estado e das instituições públicas individualizar soluções morais de forma que seja possível enfrentar as demandas sociais frente a escassez de recursos (Corgozinho, Oliveira, 2016; Garrafa, Oselka, Diniz, 1997).

O art. 14 é considerado o mais inovador, pois introduz definitivamente o princípio da responsabilidade social e saúde no campo da bioética, além de abrir novas perspectivas de ação que vão além de ética médica, como a necessidade de inclusão do progresso científico no contexto político e social mundial (Unesco, 2010). Contudo, não se pode perder de vista os dilemas das situações persistentes em bioética, como a epidemiologia das desigualdades sociais (Garrafa, Oselka, Diniz, 1997).

No que tange à perspectiva global dos cuidados de saúde, o enfrentamento dos problemas deveria ser direcionado a abarcar as implicações inerentes a cada cultura e tradição, em diferentes condições de vida. É decisiva a influência do contexto social na saúde das pessoas, sobressaindo-se à frente dos fatores genéticos e escolhas pessoais de estilo de vida. Assim, **é inadequado culpar os indivíduos por não terem saúde**, pois em muitas circunstâncias eles são incapazes de controlar os determinantes sociais da saúde – os que estão em vulnerabilidade social adoecem mais e morrem precocemente quando comparados com os cidadãos socialmente privilegiados (Unesco, 2010).

Observa-se que a ética da responsabilidade pública deve direcionar a definição das prioridades na alocação, destinação, distribuição e controle dos investimentos do Estado; sendo este responsável pelo provimento do mínimo necessário para que as pessoas vivam com dignidade (Garrafa, 2012). Ademais, nenhum setor na sociedade ou cidadão pode isolar-se da responsabilidade para a promoção da saúde e do desenvolvimento social (Unesco, 2010).

Perspectiva moral diante de contextos sociais desfavoráveis

A globalização econômica, potencializada pelo rápido avanço tecnológico, repercutiu em consequências negativas no meio social, como o aumento das desigualda-

des e injustiças sociais (Carvalho, Albuquerque, 2015). O cenário pós-neoliberal das políticas sociais surge relacionado à tendência global de formação de blocos econômicos para a integração de mercados. Neste cenário se repudia a desigualdade extrema, não apenas em razão da sua dimensão ética, mas pelo fato de a desigualdade impossibilitar o acesso de certos grupos sociais ao consumo deste mercado (Garbois, Sodré, Dalbello-Araujo, 2014).

Na bioética, a falta de consenso moral não apresenta um obstáculo intransponível, pelo contrário, oferece a oportunidade para o discurso com novos entendimentos. Assim, a compreensão de situações diversas sobre uma nova ótica, e a análise de sua interseção com aspectos sociais pode influenciar teoria e prática (Shan, 2015). Com isso, emergem as discussões sobre o contexto social em diversos seguimentos da sociedade civil e acadêmica (Carvalho, Albuquerque, 2015), incluindo a bioética nacional e internacional (Garrafa, 2012).

Na agenda política em saúde, a discussão sobre o social encontra lugar de destaque quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), com o objetivo de promover, em âmbito internacional, o reconhecimento sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos, populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas (Buss, Pellegrini-Filho, 2007).

Essa comissão foi incumbida de recolher, siste¬matizar e sintetizar evidências sobre os determinantes sociais e o seu impacto sobre as desigualdades na saúde, assim como de produzir recomendações para ação sobre os mesmos. Para ela, “os determinantes estruturais e as condições de vida quotidianas constituem os determinantes sociais da saúde e são responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde dentro e entre países” (Garbois, Sodré, Dalbello-Araujo, 2014).

Nesse modelo conceitual, os determinantes sociais da saúde são abordados em diferentes camadas, desde aquelas que expressam as características individuais – microdeterminantes e ligadas aos comportamentos e estilos de vida da pessoa, até as camadas mais intermediárias, representadas pelas redes comunitárias e de apoio. Logo após estão os fatores relacionados às condições de vida e de tra-balho dos indivíduos, finalizando pela camada que expressa os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, sociais e ambientais (Buss, Pellegrini-Filho, 2007).

Nessa perspectiva, afirma-se que é decisiva a influência do contexto social na saúde das pessoas (Buss, Pellegrini-Filho, 2007), pois alguns indivíduos são mais

vulneráveis que outros em relação direta com as suas condições de vida, tais como as condições de moradia, alimentação, trabalho, raça, gênero, classe, dentre outros (Almeida, 2010; Braveman, Gruskin, 2003).

A bioética deve influenciar as políticas públicas, sendo que o ponto crucial não é apenas a formação de argumentos adequados e apropriados à reflexão, mas também que eles sejam eficazes (Shan, 2015). No que tange à perspectiva global dos cuidados de saúde, o enfrentamento dos problemas de saúde deve ser direcionado a abarcar as implicações inerentes a cada cultura, em diferentes condições de vida (Unesco, 2013).

Contudo, a dimensão social da bioética, presente no texto da DUBDH, volta seu olhar às variáveis contextuais que promovem vulnerabilidade humana, ou seja, é inadequado culpar os indivíduos por não terem saúde, pois em muitas circunstâncias os indivíduos são incapazes de controlar os determinantes sociais da saúde – os vulneráveis sociais adoecem mais e morrem precocemente, quando comparados com os cidadãos socialmente privilegiados (Unesco, 2013).

No campo das ações sanitárias públicas e, mais especificamente no Sistema Único de Saúde -SUS, pouco se tem trabalhado sobre os deveres e as obrigações morais dos diferentes atores direta ou indiretamente envolvidos nas várias atividades adequadas ao funcionamento do sistema coletivo (Schicktanz, Schweda, 2012). A bioética deve ser “orientadora de ação” e, nesse sentido, levanta questões que permitem ampliar a percepção sobre determinado problema (Shan, 2015).

Contudo, enfatiza-se que o social não é algo externo ao sujeito, à sua saúde e muito menos à Saúde Coletiva, mas sim algo que deve resgatar a base social que deu sustentação à sua própria constituição como um campo de saberes, práticas e valores historicamente construídos, coletivamente transformado e comprometido com um mundo mais justo, menos desigual e, portanto, mais feliz (Garbois, Sodré, Dalbello-Araujo, 2014).

Considerações finais

Contrariamente ao pensamento reducionista, advoga-se pela análise da complexidade da vida em sociedade para além da compreensão do poder normatizador do modelo biomédico tradicional. Os macrodeterminantes sociais, como as políticas públicas, iniquidade social, ambiente social, produto nacional bruto, desenvolvimento sustentável, desigualdade de renda, dentre outros são fortes variáveis que influen-

ciam a vulnerabilidade humana. Por exemplo, o Japão é o país com a maior expectativa devida ao nascer porque é um dos países mais igualitários do mundo (Buss, Pellegrini-Filho, 2007).

Observou-se que o Principialismo é uma corrente bioética insuficiente para enfrentar os dilemas resultantes da exclusão social, como as iniquidades em saúde coletiva.

Apesar da DUBDH não oferecer aporte jurídico de natureza vinculante, pode-se considerar sua potencialidade na formulação de uma obrigação de ação moral diante das situações que fragilizam determinados grupos da sociedade. O contexto social encontra-se representado no texto da Declaração, a partir dos princípios da responsabilidade social; igualdade, justiça e equidade; respeito pela vulnerabilidade humana; e solidariedade e cooperação.

Conclui-se que a DUBDH pode ser considerada como uma expressão normativa da bioética por fornecer instrumentos éticos na elaboração de políticas públicas, principalmente no enfrentamento das questões relacionadas às desigualdades sociais relativas a grupos vulneráveis (Carvalho, Albuquerque, 2015). Torna-se, então, um compromisso “enxergar” as fontes geradoras de vulneração humana, identificando a possível inação ou o fracasso do Estado em responder às condições que criam e agravam as situações de desigualdades, ligadas diretamente com as negações dos direitos mínimos dos indíviduos (Braveman, Gruskin, 2003).

Referências

1. Almeida LD. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. Bioética. 2010;18(3):537-48.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th edition. New York: Oxford University Press; 2013.
3. Brasil. Presidência da República. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 [Acesso em 26/10/18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
4. Braveman P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. Bull World Health Organ. 2003;81(7):539-45.
5. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis Saúde Coletiva. 2007;17(1):77-93.
6. Carvalho RRP, Albuquerque A. Desigualdade, bioética e Direitos Humanos. Bioética. 2015; 23(2):227-37.
7. Chan S. A bioethics for all seasons. Journal of Medical Ethics. 2015;41:17-21.

8. Corgozinho MM, Oliveira AAS. Equidade em saúde como marco ético da bioética. Saúde e Sociedade. 2016;25(2):431-41.
9. Cunha T, Garrafa V. Vulnerability: a key principle for global bioethics? Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2016;25(2):197-208.
10. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e saúde pública. Cadernos Centro Universitário São Camilo. 2006;12(2):41-50.
11. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. Saúde e Sociedade. 2014;23(4):1173-182.
12. Garrafa V, Martorell LB, Nascimento WF. Críticas ao principialismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. Saúde e Sociedade. 2016;25(2):442-451.
13. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. Bioética. 1997;5:27-33.
14. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral coun¬tries in a context of power and injustice. Bioethics. 2003;17(5-6):399-416.
15. Garrafa V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. Bioética. 2012;20(1):9-20.
16. Garrafa V. De uma bioética de princípios a uma bioética interventiva. Bioética. 2006;13:125-34.
17. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da Bioética. Revista Brasileira de Bioética. 2005;1(2):122-32a.
18. Garrafa V. Introdução à bioética. Revista do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. 2005;6(2):9-13b.
19. Organizações das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Tradução para o português: Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília; 2005.
20. Pessini L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. Bioética. 2013;21(1):9-19.
21. Porto D, Garrafa V. A influência da reforma sanitária na construção das bioéticas brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(Supl.1):719-29.
22. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971.
23. Schicktanz S, Schweda M. The diversity of responsibility: the value of explication and pluralization. Medicine Studies. 2012;3:131-45.
24. Selli L, Garrafa V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. Rev Saúde Pública. 2005;39(3):473-8.
25. Tealdi JC. Los Principios de Georgetown: análisis crítico. In: Garrafa V, Saada A, Kottow M. (coords). Estatuto Epistemológico de la Bioética. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Unesco; 2005 [Acesso em 26/10/2018]. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000150148
26. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Unesco). Report of the International Bioethics Committee of Unesco on the principle of respect for

human vulnerability and personal integrity. Paris, 2013. [Acesso em 26/10/18]. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001895/189591e.pdf

27. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Unesco). Report of the International Bioethics Committee of Unesco on Social Responsibility and Health. Unesco; 2010. [Acesso em 26/10/18]. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001878/187899E.pdf.

Recebido: 10/12/2018. Aprovado: 31/12/2018.