

Os enfoques da bioética e a intervenção em enfermagem em saúde coletiva

Bioethical approaches and nursing intervention in collective health

**Elma Lourdes Campos
Pavone Zoboli***

* *Enfermeira. Mestre em Bioética pela Universidad de Chile. Doutora em Saúde Pública pela USP. Professora Doutora do 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

O presente artigo, partindo de reflexões teóricas acerca da bioética e da saúde coletiva, propõe uma resposta inicial para a interface entre a bioética e a intervenção de enfermagem em saúde coletiva, âmbitos de conhecimento e campos de prática que se unem na defesa da dignidade do ser humano.

DESCRITORES

Bioética; Enfermagem em Saúde Pública; Ética em Enfermagem

ABSTRACT

The present article, based on theoretical reflections concerning bioethics and collective health, proposes a first response to the interface between bioethics and nursing intervention in collective health, knowledge and practical fields that join in defense of human being dignity.

KEYWORDS

Bioethics; Nursing in community health; Nursing ethics

INTRODUÇÃO

Nos últimos quarenta anos, tem se instaurado, na saúde, uma nova abordagem ética, de cunhos horizontais, seculares, prospectivos, plurais e globais. É a bioética, que se apresenta como uma oxigenação da ética na saúde, abrindo-a primeiro aos novos dilemas trazidos pela tecnologia de ponta, e agora, mais recentemente, para novos enfoques a velhos problemas que persistem na área, desde tempos remotos.

Este neologismo, bioética, que, literalmente, poderia ser definido como ética da vida, foi proposto por V. R. Potter, em 1971, em seu livro *Bioethics: bridge to the future*. Oncologista que era, vinha preocupado com o futuro da humanidade e com a sobrevivência desta frente aos avanços da tecnociência. Em 1970, convidado para evento comemorativo do aniversário do sistema universitário norte americano, imagina que a ocasião pede um discurso mais “filosófico” e menos técnico. É quando propõe a junção das ciências biológicas e das humanidades em um único campo do conhecimento, a fim de, ao aproximá-las, fazer com que a ética se voltasse para os fatos novos que estavam ocorrendo e que a biologia passasse a considerar algo além das bancadas e seus experimentos. Isto porque, nos EUA de então, a ética na saúde, especialmente a ética médica, era trabalhada, usualmente por teólogos e filósofos que a discutiam de maneira bastante distante da realidade vivida pelos profissionais e estudantes em sua prática diária. Por outro lado, os pesquisadores não questionavam a dimensão ética da tecnociência que estavam desenvolvendo, mas a sociedade, ainda sob impacto dos atroz experimentos da Segunda Guerra Mundial, e mais especificamente os estadunidenses, sob o choque causado pela publicização do experimento Tuskegee, realizado com negros do estado do Alabama para estudar a história natural da sífilis sem considerar critérios éticos, queriam saber se tudo que era possível cientificamente estaria justificado e/ou permitido (Zoboli, 2006).

A idéia proposta por Potter é rapidamente apropriada por diversos pesquisadores eeticistas

da sociedade estadunidense, e André Hellengers funda o *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics* [Instituto Kennedy para o estudo da reprodução humana e da bioética], que é apontado pela literatura da área como um dos mais expressivos difusores da bioética nos meios acadêmico e civil. Sendo um instituto com recursos financeiros e atuando na tecnologia de ponta na área de medicina fetal e reprodução humana, centrou seus debates, reflexões e estudos no que atualmente se conhece como a bioética das situações-limite, como reprodução assistida, redução embrionária, clonagem e outros. Isto fez que durante muito tempo se acreditasse que a bioética seria algo ligado às biotecnologias de ponta, tanto na vertente de seu desenvolvimento como de aplicação na atenção à saúde (Zoboli, 2003).

Assim, a bioética se desenvolveu muito mais voltada para os cenários dos serviços de saúde no nível terciário da atenção e longe das questões relacionadas à saúde das populações, coletividades e grupos ou outros cenários onde acontecem encontros de saúde. Com isto não só corria o risco de se afastar dos problemas mais comuns à maioria das pessoas, especialmente nos países de maioria pobre, como, por certo, se distanciou da idéia proposta por Potter, como ele mesmo alerta em publicações posteriores. Em um dos artigos, em que faz este resgate de suas idéias originais, escrito com seu auxiliar Peter Whitehouse em 1998, alerta para esse distanciamento e que propôs os adjetivos global e profunda à bioética para conduzi-la no retorno a seu rumo inicial ou, ao menos, deixar registrado o que pensava quando propôs o novo termo. Lamentava vê-la sendo tratada de maneira reduzida, como uma questão de direitos, já que enfatizava muito mais as responsabilidades pessoais do que os direitos individuais. Defendia o amor pela vida, que chamava de “biofilia”, e almejava com a bioética que a humanidade alcançasse uma sabedoria, entendida enquanto o conhecimento de como usar o conhecimento (Potter e Whitehouse, 1998).

Nos fins do século XX, segunda metade da década de 1990 e primeiros tempos de 2000, os Congressos Mundiais de Bioética em São Fran-

cisco e no Japão, bem como a difusão da bioética na América Latina, onde convivem ilhas de excelência tecnológica em saúde ao lado de situações de extrema pobreza e exclusão, imprime à bioética um forte sabor social e uma preocupação em resgatar o sentido amplo em que tinha sido concebida por Potter (Zoboli, 2006).

Assim, Pessini e Barchifontaine (2005) afirmam que a bioética tem de combinar conhecimento e reflexão, humildade e responsabilidade, competência interdisciplinar e intercultural, com vistas a potencializar a humanidade. Poderíamos dizer, potencializar a competência de cada um, de todos e da própria humanidade para construir pontes na direção de sua sobrevivência e seu futuro, bem como da Terra, avançando em suas dimensões ética e moral em um parâmetro compatível com os alcances da tecnociência.

Talvez então pudéssemos entender a bioética como uma nova maneira de focar a ética nas ciências da vida e da saúde que combina estudo e reflexão e traça uma ponte entre as ciências biológicas e humanas por meio de diálogo inclusivo, plural e responsável na busca da sabedoria, entendida enquanto o conhecimento de como usar o conhecimento para o bem social e a promoção da dignidade humana e da boa qualidade de vida para todos (Zoboli, 2006).

Mas se é reflexão, a bioética parece incluir uma face sistematizada que encontra-se bem expressa na clássica definição proposta na segunda edição da *Enciclopédia de bioética*, organizada por Reich em 1995. Esta conceituação, mantida na terceira edição de 2004, entende a bioética como o “estudo sistemático das dimensões morais, incluindo a visão, decisão, conduta e normas das ciências da vida e da saúde utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar” (Reich, 1995).

E é a mesma conceituação que nos leva a perceber que há uma multiplicidade de enfoques possíveis para se trabalhar a reflexão moral em bioética. Dentre os diversos enfoques citados por Pessini e Barchifontaine (2005), vamos tomar neste texto três deles, que parecem ser os que mais podem contribuir para traçar a interface da bioética e da intervenção de enfermagem em saúde coletiva: o principialismo, as virtudes e o cuidado.

Enfocando a bioética com diferentes lentes

O *principialismo* é o mais difundido dos enfoques da bioética, chegando a ser confundi-

do com esta. Foi proposto por Tom Beauchamp e James Childress em 1978, em seu livro *Principles of biomedical ethics*. O enfoque principialista propõe um sistema de análise ética baseado em quatro princípios: respeito pela autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

Com base na quinta edição do livro de Beauchamp e Childress (2001), podemos delimitar o entendimento que os propositores têm para estes princípios. Entendem a autonomia com base nas teorias filosóficas de Kant e Mill e, na prática da saúde, a tomaram como a capacidade das pessoas decidirem, de tomarem decisões sobre sua própria vida e saúde. Por respeito pela autonomia, então, compreendem que profissionais de saúde, em relação à pessoa de quem cuidam, têm de dizer a verdade, respeitar sua privacidade, proteger a informação confidencial e fomentar o consentimento livre e esclarecido, ajudando-a em sua tomada de decisão. Este respeito não significa uma atitude passiva, de não interferência, mas sim positiva, transitiva, pró-ativa no sentido de promover a autonomia das pessoas para a tomada de decisão, evitando influências indevidas que possam levar a constrangimentos ou coações e propiciando a informação devida para os esclarecimentos necessários à decisão que vai ser tomada pela pessoa. Desta forma, parece haver um dever do profissional em prover as condições para que a tomada de decisão seja feita de maneira substancialmente autônoma.

Em um *continuum*, Beauchamp e Childress (2001) incluem os princípios da não-maleficência e beneficência, pois reconhecem que, na prática, é muito difícil fazer a distinção de ambos. Entretanto, a fazem na propositura do sistema, com a intenção de alertar que para cumprir os deveres relativos ao princípio da não-maleficência, na maioria das vezes basta que os profissionais de saúde se abstenham de algumas ações potencialmente malélicas, prejudiciais ou danosas às pessoas de quem cuidam. Para dar conta dos deveres advindos do princípio da beneficência, porém, são requeridos atos transitivos, ações intencionais que busquem e almejem beneficiar as pessoas, ou seja, não é suficiente se abster, é preciso agir. A não-maleficência, de maneira geral, pode ser entendida como não causar mal ou dano. Deste princípio decorrem as obrigações de não matar, não causar dor ou sofrimento, não incapacitar, não ofender, não privar os outros dos bens da vida.

A beneficência é considerada por Beauchamp e Childress (2001) como fazer ou pro-

mover o bem, decorrendo os deveres de prevenir o mal ou dano, eliminar o mal ou dano, proteger e defender os direitos dos outros, ajudar as pessoas com incapacidades, prevenir danos que possam ocorrer aos outros, mitigar condições que possam causar danos aos outros, resgatar pessoas em perigo, fazer o balanço dos benefícios, custos e danos com vistas a alcançar o maior benefício líquido e prover o proporcional retorno tanto à sociedade, quanto às pessoas individualmente, num reconhecimento dos méritos destas e da dívida social que temos, por exemplo, pelos pacientes e sujeitos de pesquisa que, ao longo da história da humanidade, se têm prestado ao ensino e aos estudos em hospitais universitários.

A justiça é tomada, na teoria de Beauchamp e Childress (2001), em sua vertente distributiva. Isto é, com a distribuição dos bens e recursos, de maneiras justas, eqüitativas, apropriadas e determinadas por normas justificadas. Com base nas teorias de eqüidade de John Rawls, defendem a distribuição dos benefícios necessários para cada um amenizar ou corrigir os efeitos deletérios da loteria biológica ou social. Mas a complementam com posições utilitaristas, advogando que na área da saúde a justiça distributiva seja efetivada a partir de um acesso igual a um mínimo decente, com a vistas a se alcançar o maior bem para o maior numero de pessoas.

Estes quatro princípios: respeito pela autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, conformam um sistema *prima facie*, ou seja, uma obrigação decorrente de um dos princípios é mandatária até o momento que surja uma outra mais obrigatória e que suplante a anterior. Isto indica a necessidade de se ponderar e especificar os princípios na realidade de cada caso, pois para Beauchamp e Childress (2001) não há entre eles uma hierarquia *a priori* a ser observada no caso de conflitos de deveres.

O principialismo se mostra atrativo na saúde pela simplicidade de sua linguagem. Entretanto, suas limitações — especialmente nas situações de conflito — e a abertura característica da bioética para considerar a pluralidade moral da sociedade e dos grupos atuais, têm feito este enfoque dialogar com outros.

Um deles é o *enfoque do cuidado*, cuja proposição mais difundida na literatura da bioética é um referencial de cunho psicológico defendido por Carol Gilligan. Em sua obra, *In a different voice*, a autora relata, com base em achados de seus estudos empíricos sobre desenvolvimento moral, que a abordagem abstrata, baseada na

separação humana e nos direitos individuais, e que reforça quase que com exclusividade o papel da razão no equacionamento ético, além de até então vir sendo aceita como o modelo para análises de maturidade de desenvolvimento moral, não é a única compreensão existente e possível para pautar a moralidade dos atos e relacionamentos. Em seus estudos Gilligan (1998) identificou uma abordagem contextual que considera a conexão humana, os relacionamentos comunitários e concede espaço, significativo, para as emoções na deliberação ética. A esta abordagem a autora chamou *ética do cuidado*, definindo como seus elementos-chave: o reconhecimento da importância do vínculo; o não rompimento das relações de vínculo; a busca da felicidade de todos; a preocupação de não magoar ninguém e a busca da solução não violenta dos conflitos por meio da comunicação.

Parece-nos que esta abordagem pode dialogar com o principialismo, na medida em que considera as relações humanas nas quais os atos, cerne da análise principialista, acontecem. O enfoque do cuidado pode delimitar a teia relacional que deve estar presente na ponderação e especificação dos princípios, especialmente nas deliberações frente a conflitos de obrigações.

O *enfoque das virtudes* será discutido segundo as proposições de Alasdair MacIntyre em sua obra *After Virtue*, que é citada na literatura de bioética como uma das pioneiras em trazer de volta para o cenário das discussões éticas do século XX, marcado pelos princípios e direitos, a preocupação com o caráter dos agentes, isto é, com suas qualidades intrínsecas. Para MacIntyre (1984), a virtude é uma qualidade humana adquirida, cuja possessão e exercício tendem a capacitar-nos para realizar os bens que são internos às práticas e cuja falta nos impede de realizar tais bens. Para entender esta compreensão de virtude é necessário definirmos a visão do autor para prática e bens internos.

Por prática, MacIntyre (1984) entende qualquer forma coerente e complexa de atividade humana, cooperativa, socialmente estabelecida, cujos bens internos, inerentes, são concretizados no transcurso da tentativa de se realizar os padrões de excelência apropriados e parcialmente definidos para estas atividades, resultando na expansão sistemática dos poderes humanos para operar a excelência e da ampliação das concepções humanas acerca dos fins e bens envolvidos.

Toda prática tem bens internos e externos. Os primeiros são os que podem ser conseguidos por meio de outras práticas, por exemplo,

se tomarmos esta compreensão para a prática de enfermagem, o salário que o enfermeiro recebe a cada mês seria o bem externo desta prática. Os bens internos são os que só podem ser conseguidos pelo próprio exercício da prática em questão, fora dela sua consecução é impossível. Eles já se realizam na medida em que a prática é executada, e são capazes de descrever o prazer advindo de seu alcance somente os que participam da prática. Eles não se esgotam como os bens externos, que se uns têm mais, obrigatoriamente outros terão menos, ao contrário, quanto mais se conquistar os bens internos de uma prática todos os partícipes e a própria prática ganham (MacIntyre, 1984).

O bem interno na prática da enfermagem poderia ser tomado como a indescritível satisfação que sentimos ao cuidar, ver os resultados de nosso cuidado e “aquele não sei o quê” que nos mantém na enfermagem apesar de tudo que vemos e sentimos de dificuldade, pois sabemos que este bem que buscamos, almejamos e desejamos somente nela será possível conseguirmos. Então, prática não é só um conjunto de habilidades técnicas requeridas para o exercício, vai além disto. E parece que assim podemos nos encaminhar para uma interface com as práticas de enfermagem.

A enfermagem como prática social

Entender a enfermagem enquanto prática é tomá-la como uma das tantas práticas sociais que são constituintes da sociedade e com as quais ela se relaciona em seus diferentes momentos de produção e reprodução. Significa ir além de suas dimensões técnico-operativas que derivam da aplicação direta do saber tecnocientífico e vê-la inserida no bojo da responsabilidade social, compartilhada por todas as práticas que são determinadas e determinam a sociedade. Quer dizer, ver a enfermagem como um trabalho, inserido no seio do trabalho em saúde e no processo de produção dos serviços de saúde. Assim, sua finalidade guarda correlação com a finalidade social do trabalho e dos serviços de saúde, enquanto instituições sociais. Nesta concepção, a prática da enfermagem tem um objeto e lida com meios e instrumentos para transformar, de maneira intencional e planejada este objeto (Chiesa, Bertolozzi e Fonseca, 2000).

Parece-nos que o que se toma como visão balizadora da prática da enfermagem é que definirá seu objeto, meios e instrumentos. Então, precisamos situar a prática de enfermagem

no âmbito da saúde coletiva. A saúde coletiva, campo de conhecimento e âmbito de práticas, entende a saúde e a doença em um processo histórico e socialmente determinado. Surgida como um movimento do meio acadêmico brasileiro, na década de 1970, em resposta a preocupações com as desigualdades na atenção e nos perfis de saúde e sua estreita relação com as condições de vida e trabalho das pessoas, grupos e classes, chega aos serviços, especialmente com efetivação do SUS, após 1988 (Ibid.).

Para a saúde coletiva, o contexto social não é um fator na ou para a saúde, mas é o que determina e condiciona a saúde e a doença dos grupos e classes sociais. Não é um fator, não é algo agregado, externo, é constitutivo. O processo saúde doença adquire conotação histórico-social e as pessoas e os grupos passam a ser vistos em sua complexidade e integralidade (Ibid.).

Assim, com a visão multidimensional da saúde coletiva o objeto da prática da enfermagem passam a ser os corpos sociais e a promoção da saúde, e a emancipação dos sujeitos passa a ser sua finalidade (Ibid.).

A intervenção de enfermagem em saúde coletiva, segundo Egry (1996), é a interferência consciente (sistemizada, planejada, dinâmica) no processo saúde-doença de uma dada coletividade, consideradas as distinções de classe social e/ou coletividades, objetivando a transformação do perfil saúde-doença, e atuará não só nos resultados, mas nos determinantes e condicionantes da saúde da doença. Como definem Chiesa, Bertolozzi e Fonseca (2000), é conjunto de práticas e habilidades para o monitoramento e enfrentamento dos problemas de saúde da população ancorados em determinados pressupostos que embasam um dado modelo de sistematização.

Como se poderia traçar uma interface entre a bioética e a intervenção de enfermagem em saúde coletiva?

Os princípios, do enfoque principialista, como alerta Gracia (1989), são cânones vazios de conteúdo, pois tudo o que dizem é: respeita a pessoa autônoma, seja bom, não seja mau e seja justo. Dotá-los de conteúdo é tarefa a ser realizada em cada sociedade, pelos diferentes grupos com base em deliberações éticas prudentes. O objeto da saúde coletiva (corpos sociais com sua complexidade, desigualdades) e a finalidade de promover a saúde e emancipar os sujeitos, em nosso entender, podem nortear a direcionalidade para se dotar de conteúdo os

princípios. Os conteúdos permitidos serão os que forem capazes de conseguir estas finalidades e dialogar com o objeto de maneira inclusiva e respeitosa.

No enfoque do cuidado, este objeto e finalidade, traçados para a enfermagem a partir do prisma da saúde coletiva, também poderão mostrar quais relações de vínculo devem ser mantidas e fortalecidas: as que emancipam os sujeitos e concorrem para a promoção de sua saúde.

No enfoque das virtudes, os bens internos poderão ser tomados, da mesma maneira, como sendo a promoção da saúde das pessoas, e a emancipação dos sujeitos e as habilidades requeridas para consegui-los conformarão as virtudes a serem cultivadas na prática e formação da enfermagem.

Em outra via, vendo desde as reflexões da bioética para a intervenção de enfermagem em saúde coletiva, esta poderá nos levar a respeitar e dialogar com a pluralidade que hoje conforma o coletivo e a considerar as diferenças para que estas não sejam motivos e justificativas para as desigualdades.

O principialismo pode contribuir com a informação e os esclarecimentos dos sujeitos, ponto importante da emancipação destes. Com base no respeito ativo, proposto por Beauchamp e Childress (2001), e com os parâmetros para a informação, advogados por Fortes (1998), sabemos que nossos processos de comunicação na intervenção de enfermagem em saúde coletiva deverão ocorrer de forma a propiciar informação em quantidade e qualidade suficientes para a compreensão dos sujeitos, considerando suas peculiaridades de cultura, educação, idade e outras.

Muitas são as contribuições e trocas possíveis destes campos de conhecimentos e âmbitos de práticas: a enfermagem em saúde coletiva e a bioética. Esta é apenas uma reflexão inicial que pretende marcar que a saúde coletiva e a bioética se unem por uma preocupação com o outro, com a transformação do que não é compatível com a dignidade do ser humano, com a consideração do diferente e a eliminação das desigualdades que não são necessárias e podem ser evitadas. Parece que não querem, ambas, explicar a realidade, mas nela intervir, com vis-

tas a modificá-la para melhor, para mais vida e vida boa para todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Principles of biomedical ethics**. 5.ed. New York: Oxford University, 2001.

CHIESA, A.M.; BERTOLOZZI, M.R.; FONSECA, R.M.G.S. A enfermagem no cenário atual: ainda há possibilidade de opção para responder às demandas da coletividade?. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 67-71, jan./fev. 2000.

EGRY, E.Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.

FORTES, P.A.C. **Ética e saúde**. São Paulo: EPU, 1998.

GILLIGAN, C. **In a different voice: psychological theory and women's development**. Cambridge: Harvard University, 1998.

GRACIA, D. **Fundamentos da bioética**. Madrid: Eudema, 1989.

MACINTYRE, A. **After virtue**. 2.ed. Notre Dame: University of Notre Dame, 1984.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. DE P. DE. **Problemas atuais de bioética**. 7.ed. São Paulo: Loyola, 2005.

POTTER, V.R.; WHITEHOUSE, P.J. Deep and global bioethics for a livable third millennium. **The Scientist**, v. 12, n. 1, 1998. Disponível em: <http://www.the-scientist.com/yr1998/jan/opin_9801105.htm>.

REICH, W.T. (Org.). Introduction. In: **Bioethics enciclopedia**. 2.ed. New York: Mac Millan Library, 1995. 1 CD-ROM.

ZOBOLI, E.L.C.P. **Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família**. 2003. Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ZOBOLI, E.L.C.P. Bioética, gênese, conceituação e enfoques. In: Oguisso, T.; Zoboli, E.L.C.P. (Org.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. São Paulo: Manole, 2006.

*Recebido em 6 de janeiro de 2006
Aprovado em 15 de fevereiro de 2006*