

JOANILVA RIBEIRO LOPES,
MARCOS AURÉLIO TRINDADE,
MARIA ÂNGELA FIGUEIREDO BRAGA
ORLENE VELOSO DIAS
(Organizadores)

BIOÉTICA E SUAS PERSPECTIVAS SOCIAIS

EDITORA

Unimontes

Coleção
José Geraldo de
Freitas Drumond

JOANILVA RIBEIRO LOPES,
MARCOS AURÉLIO TRINDADE,
MARIA ÂNGELA FIGUEIREDO BRAGA
ORLENE VELOSO DIAS
(Organizadores)

BIOÉTICA E SUAS PERSPECTIVAS SOCIAIS



Montes Claros 2021

© - EDITORA UNIMONTES - 2021
Universidade Estadual de Montes Claros

REITOR

Prof. Antonio Alvimar Souza

VICE-REITORA

Profa. Ilva Ruas de Abreu

EDITORA UNIMONTES

EDITOR GERAL

Prof. Antônio Dimas Cardoso

CONSELHO EDITORIAL

Profa. Adelica Aparecida Xavier;
Prof. Alfredo Maurício Batista de Paula;
Prof. Antônio Dimas Cardoso;
Prof. Carlos Renato Theóphilo;
Prof. Casimiro Marques Balsa;
Prof. Elton Dias Xavier;
Prof. Laurindo Mékie Pereira;
Prof. Marcos Esdras Leite;
Prof. Marcos Flávio Silva Vasconcelos Dângelo;
Profa. Regina de Cássia Ferreira Ribeiro.

DIAGRAMAÇÃO/CAPA

Bernardino Mota

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Associação Brasileira das Editoras Universitárias (ABEU)

B615 Bioética e suas perspectivas sociais [recurso eletrônico] / Joanelva Ribeiro Lopes, Marcos Aurélio Trindade Maria Ângela Figueiredo Braga e Orlene Veloso Dias (organizadores). – Montes Claros : Editora Unimontes, 2021. (Coleção José Geraldo de Freitas Drumond).
187 p.; 21 cm.

Modo de acesso: world wide web:

<http://www.editora.unimontes.br/index.php/e-book/ebook-livros>

ISBN: 978-65-86467-26-0

1. violência. 2. Bioética. 3. Cuidados paliativos. 4. Saúde e direitos dos pacientes. I. Título.

CDU : 34:174

Elaborado por Neide Maria J. Zaninelli - CRB-9/ 884

Este livro ou parte dele não pode ser reproduzido por qualquer meio sem autorização escrita do Editor.

EDITORA UNIMONTES
Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro
Montes Claros - Minas Gerais - Brasil
CEP: 39.401-089 - CAIXA POSTAL: 126
www.unimontes.br
editora@unimontes.br

Filiada à

The logo consists of the letters 'ABEU' in a stylized, bold, sans-serif font. The 'A' and 'B' are connected, and the 'E' and 'U' are also connected. Below the logo, the text 'ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EDITORAS UNIVERSITÁRIAS' is written in a smaller, all-caps, sans-serif font.
**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DAS EDITORAS UNIVERSITÁRIAS**

AUTORES

José Geraldo de Freitas Drumond e Orlene Veloso Dias

Tema: A Ciência do Século XXI

Maria Ângela Figueiredo Braga e Sheyla Borges Martins

Tema: Violência Doméstica em Tempos de Pandemia

Marcos Aurélio Trindade e Joanilva Ribeiro Lopes

Tema: Ética e Bioética: Questões Sociais, Raízes Filosóficas e Cidadania.

Jorge Gomes e Poliana Ferreira Luís

Tema: Bioética e Cuidado dos Idosos

Alexandre Andrade Martins

Tema: Bioética e Saúde Global Desafios em um Mundo Conectado

Roque Junges

Tema: Direito à Saúde e Direitos do Paciente: Agenciamentos Biopolíticos

Alexandre Silva e Gabriel Alves Silva

Tema: A Bioética diante o Abandono às Pessoas com Doenças que Ameaçam a Continuidade da Vida.

Elton Dias Xavier e Calvin Batista Campos

Tema: Utopia e Bioética Cyborg no Melhoramento Humano

Thomas de Figueiredo Braga Colares

e Luciana Colares Maia

Tema: Cuidados Paliativos em Tempo de Pandemia

APRESENTAÇÃO

Este livro tem como objetivo primeiro prestar uma homenagem ao saudoso professor José Geraldo de Freitas Drumond, haja vista sua admirável relevância enquanto bioeticista no vasto campo científico regional e na propagação do pensamento bioético no sertão mineiro. Nesse sentido, a Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES-MG tem o prazer de atribuir a este memorável pesquisador a menção honrosa póstuma por meio da coletânea de livros para o curso anual de Bioética Social, em face das variadas possibilidades interdisciplinares em torno da ciência bioética, temática para a qual o cientista citado tanto contribuiu.

Para tanto, uma extensa pesquisa foi empreendida pela comissão organizadora deste trabalho. Em prol da diversificação de temas, a fim de ofertar um amplo leque de discussões, foram convidados cientistas e pesquisadores de reconhecimento nacional e internacional das diversas áreas do conhecimento. Nesse horizonte, contribuíram para este livro

professores internos da universidade, assim como docentes convidados de outras instituições, sempre na perspectiva de refletir sobre a natureza bioética e instigar o desejo pelo conhecimento em toda a sua dimensão. Diante das crises que o sistema de saúde enfrenta, seja pela mistanásia ou negligência de socorro, sobretudo considerando o contexto epidemiológico caótico frente à pandemia de COVID-19, que evidenciou as mais variadas fragilidades, a bioética social se mostra imprescindível. Assim, todos os esforços foram norteados pelo desejo de inibir a desigualdade global, justificando os interesses sociais em virtude do bem de todos.

Nesse aspecto, foram abordados temas vitais durante o curso promovido pela Unimontes. Professores consagrados na área, de norte a sul do país e internacional, contribuíram para a reflexão acerca da multiplicidade de perspectivas epistemológicas abarcadas pela bioética. Já bem dizia um filósofo medieval no vasto campo de seu estudo sobre ética e teologia, em busca do princípio e da finalidade, no sentido teleológico do conhecimento e felicidade, ao afirmar que: “O estudioso é aquele que leva aos demais o que ele compreendeu: a verdade”. É por essa causa comum que buscamos, a partir desta publicação, compartilhar experiências na tentativa de discutir e sanar conflitos éticos, considerando a realidade social e econômica dos indivíduos, bem como a conjuntura marginalizante que ainda continua a instituir abismos sociais.

Que essa leitura nos traga a abundância necessária para expandir novos horizontes no percurso perene em busca da razão para clarear a escuridão da ignorância e das desigualdades, e também do discernimento para enfrentar os reveses do caminho com sabedoria. De certo, a bioética, por sua natureza essencialmente ética, inclui-se entre os saberes que necessariamente demandam colocações, escolhas, e condutas adequadas à grandeza da vida humana. Indubitavelmente, essa obra, das muitas que virão, configura-se como o marco teórico da divulgação do curso bioético e de sua importância social para o enfrentamento da crise dos cuidados. Esperamos que os artigos aqui organizados ofertem contribuições nessa jornada.

Desejamos boa apreciação e leitura!

Comissão Organizadora

SUMÁRIO

AUTORES	3
APRESENTAÇÃO	5
PREFÁCIO	11
A CIÊNCIA DO SÉCULO XXI: PARA QUE E PARA QUEM?	15
José Geraldo de Freitas Drumond (in memoriam)	
Orlene Veloso Dias	
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM TEMPOS DE PANDEMIA: A MANIFESTAÇÃO DA VITIMIZAÇÃO E MULHERES NO CONTEXTO OVID19	31
Maria Ângela Figueiredo Braga	
Sheyla Borges Martins	
ÉTICA E BIOÉTICA: QUESTÕES SOCIAIS, RAÍZES FILOSÓFICAS E CIDADANIA	68
Marcos Aurélio Trindade	
Joanilva Ribeiro Lopes	
BIOÉTICA E CUIDADOS DOS IDOSOS	87
Jorge Luiz Gray Gomes	
Poliana Ferreira Luis	
BIOÉTICA E SAÚDE GLOBAL A PARTIR DE BAIXO: DESAFIOS DE UM MUNDO CONECTADO	96
Alexandre A. Martins	
DIREITO À SAÚDE E DIREITO DO PACIENTE: AGENCIAMENTOS BIOPOLÍTICOS	119
José Roque Junges	
A BIOÉTICA DIANTE O ABANDONO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS QUE AMEAÇAM A CONTINUIDADE DA VIDA	143
Alexandre Ernesto Silva	
Gabriel Alves Silva	

BIOÉTICA E A METÁFORA DOS CIBORGUES	158
Elton Dias Xavier	
Calvin Batista Campos	
CUIDADOS PALIATIVOS EM TEMPOS DE PANDEMIA	175
Luciana Colares Maia	
Thomaz de Figueiredo Braga Colares	

PREFÁCIO

Vivemos um tempo de grandes desafios. Assistimos em nossa volta forte tendência de polarização. O crescimento da ciência tão alardeada parece não ter oferecido suficiente alimento para as relações humanas. Primamos cada vez mais para os aspectos práticos da vida. A vida tem se manifestada numa trilha de gozo e satisfação. Rechaçamos o desconforto e motivamos as novas gerações para a busca do sucesso e conforto material. Parece crescer em nossa cabeça que, o sucesso material, deve sobressair sobre todas as outras dimensões da vida humana. Esquecemos que somos um ser de dimensões e de muitas inteligências. Há um legado herdado em nossa tradição ocidental que azeda nosso caminho, ou seja, entendemos a vida como um campo de disputa e de brigas intermináveis. Fizemos uma história com marcas indeléveis de sofrimento, que com certeza, custarão a ser cicatrizadas no decorrer do nosso caminhar.

Em nossa memória estão as atrocidades cometidas contra

a humanidade. Violências com diversas faces. Mas, porque tanta violência? Afinal, necessitamos manter instituições, esquemas de poder, estruturas de mando e opressão. Ora dominamos com a espada, guilhotina, forca, religião e com a ciência. É comum escutarmos o jargão libertário da boca de muitos: Viva a Ciência! Mas, de quê ciência estamos falando? De quê conhecimento nos referimos? Com certeza, no decorrer da história o conhecimento fora utilizado por muitos para dominar, excluir e marcar desníveis sociais em uma sociedade que não foi capaz de incluir todas as pessoas no processo de produção e de distribuição dos seus bens. Habermas chama atenção para a incapacidade da ciência moderna que não foi capaz de responder com eficiência os grandes dilemas do nosso tempo. Chamando atenção para situações em que a ciência fora usada para agravar os conflitos sociais.

Entendo que não há momento mais favorável para o lançamento de textos que refletem questões relacionadas à bioética. A coletânea que se segue nos proporciona momentos significativos de leitura e reflexão sobre temas que dizem exclusivamente a nossa relação com a vida, o cuidado, a natureza e a transcendência. O mundo da bioética tem o privilégio de nos lançar para a esfera do sublime. É um mundo que resgata e defende nosso ideal de nobreza. Nos conceitos bioéticos burilamos a existência humana, preservando, a mesma, das investidas ferozes daqueles que atentam diariamente contra os princípios elementares da existência humana.

A bioética nasceu exatamente no contexto da ciência moderna, sendo marco do aprimoramento das questões éticas discutidas desde a antiguidade clássica. A ciência experimental moderna trouxe novas perspectivas e ingerências significativas nos campos de atuação do agir humano. Os paradigmas anteriormente orientadores da velha sabedoria clássica, de fundamentação divina, foram sendo substituída gradativamente por um agir especulativo destituído de qualquer perspectiva de sacralidade. Se no passado o comportamento em sociedade era determinante, agora o fazer também necessita ser discutido e pensado de forma a encontrar uma maneira adequada que não deixe marcas dolorosas na história da humanidade.

Os valores éticos foram referenciais por séculos para orientação da conduta humana na história da humanidade. Os novos dilemas sociais, políticos, científicos, antropológicos e ambientais trouxeram novos questionamentos para a realidade vivida em sociedade. É importante salientar também que o paradigma antropológico foi questionado nos últimos séculos. Afinal nossa cultura partiu de um ponto de vista que a vida humana era soberana e estava acima das outras expressões de vidas. Assim, as demais manifestações de vidas eram subordinadas à vida humana. Os diversos esforços propiciaram que o entendimento a respeito da vida fosse ampliado, assim, passamos a compreender e incluir as demais expressões de vida na mesma perspectiva de atenção. Compreendemos então que, não há superioridade de uma vida sobre outra. Que todas as expressões de vida merecem

respeito e atenção. Neste contexto, passamos a considerar a biodiversidade que se manifesta ao nosso redor. Passamos a considerar as diversas manifestações da vida e por elas devotar maior sensibilidade e atenção. Neste cenário, a vida humana passa ser vista não mais com superioridade, a mesma, passa ser compreendida como uma expressão importante que se relaciona com as outras expressões encontradas no planeta.

A bioética não é uma ciência normativa, mas espaço de reflexão e orientação dos temas gritantes do nosso tempo. A bioética é um espaço de construção e educação de defesa da vida. A bioética não pretende ser espaço de vigilância e punição. A bioética é um espaço de educação para a liberdade, respeito e autonomia. Esperamos que a leitura dos textos que se seguem contribuam para o maior amadurecimento e crescimento pessoal de cada leitor. Que a educação fundada nos princípios bioéticos contribua para a construção de uma sociedade mais respeitosa. Entendemos que a bioética se faz cada vez mais necessária, neste contexto de regate de valores universais que possibilitem a criação de uma possibilidade de construção de uma casa comum onde todos possam viver nela tendo seus direitos e diferenças respeitadas.

Prof. Dr. Antonio Alvimar Souza.
Reitor da Unimontes. Departamento
de Filosofia. Unimontes.

A CIÊNCIA DO SÉCULO XXI: PARA QUE E PARA QUEM?

José Geraldo de Freitas Drumond¹ (*in memoriam*)
Orlene Veloso Dias²

“O objetivo da ciência não é abrir a porta da sabedoria infinita, mas fixar um limite para o erro infinito” (Bertolt Brecht).

INTRODUÇÃO

Nas primícias da História, o pensamento mágico dominou o homem primitivo, cujo conhecimento estava enfeixado na figura central do chamã ou feiticeiro que, mediante figuras, gestos e mimetismos em torno do fogo - um ente divino - era transmitido aos que demandavam favores.

O advento do pensamento racional se deu por meio dos filósofos gregos, durante os quatrocentos anos que precedeu a era cristã e caracterizou a chamada idade de ouro da Grécia,

¹ Médico. Professor de Bioética e Medicina Legal. Ex-reitor da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) (*in memoriam*). Esse texto foi escrito no ano de 2016.

² Doutora em Ciências pela Unifesp. Professora do Departamento de Enfermagem da Unimontes. Unimontes. Professora do Programa de Pós-graduação em Cuidados Primários em Saúde da Unimontes.

cuja civilização mediterrânea influenciou diretamente a cultura ocidental.

O mundo contemporâneo, no entanto, se encontra estressado devido ao formidável acúmulo de conhecimentos científicos, resultantes do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, que perpassa todas as latitudes do planeta e se incorpora, de modo praticamente insubstituível, ao cotidiano do ser humano.

Estamos diante de uma nova realidade científico-tecnológica - cujos impactos na economia mundial se avolumam a cada dia -, e cuja trajetória teve início há pouco mais de meio século. No entanto, a capacidade de transformação e intervenção da tecnociência na Natureza e na espécie humana tem provocado, ao mesmo tempo, perplexidades científicas e éticas.

Entre às inúmeras inovações tecnológicas na área de saúde, com repercussões imediatas na vida do cidadão, destacam-se a produção de antibióticos mais potentes, a reprodução medicamente assistida, a terapia genética e o uso de novos materiais que procuram estabelecer uma inusitada e íntima interface homem-máquina.

A biotecnologia vem alimentando três grandes utopias humanas: a utopia da eternidade (pelo aumento da longevidade), a utopia da beleza (pelas mudanças cosméticas na fisionomia humana) e a utopia do prazer (pelo uso de drogas que suprimem a dor e promovem os prazeres físico e

psíquico). Neste sentido, Sfez (1996), em sua seminal crítica “La santé parfaite- critique d’une nouvelle utopie”, sentencia que a atual obsessão humana é a utopia da saúde e do corpo perfeitos.

Inobstante todos os progressos observados, o mundo se encontra numa fronteira de graves responsabilidades, determinadas pelo incoercível processo de intervenção cada vez mais agressiva, na biosfera, acelerando a sua deterioração, e na própria biologia humana, ao interferir na sua identidade genética. Diariamente, nos laboratórios de genética molecular e reprodução assistida mundo afora, onde se manipulam o DNA humano e selecionam-se embriões, travam-se derradeiras batalha em favor da dignidade humana.

A ciência, fruto de ilimitadas investigações científicas, em grande parte justificadas pela incansável curiosidade dos pesquisadores, a cada dia produz uma surpreendente novidade como a que ocorre neste presente momento: a mídia comemora o nascimento de um bebê obtido de “três pais”, ou seja, além dos códigos genéticos dos pais, juntou-se um terceiro genoma de uma doadora.

A justificativa para tal prodígio científico se deu pela necessidade de “purificar” o genoma materno de uma doença mitocondrial e utilizou-se, então, a técnica denominada “3-parent”: transferência pronuclear que envolve fertilização do óvulo materno e de um óvulo doador

com o espermatozóide do pai (HAMZELOU, 2016).

Estas não são preocupações recentes da crônica científica. No ano de 1927, Fritz Jahr já havia publicado na conceituada revista científica alemã *Kosmos*, o artigo “Bio-Ethics: A Review of the Ethical Relationships of Humans to Animals and Plants”, inaugurando uma proposta de novas relações entre os homens, animais e plantas. Pastor protestante, filósofo e educador em Halle an der Saale, na Alemanha, Jahr inaugurou um novo “Imperativo Bioético”, ao ampliar o imperativo moral de Kant para todas as formas de vida, afirmando que todos os seres vivos em geral devem ser respeitados, como um fim em si mesmo, e tratados, se possível como tal (LOLAS, 2008).

Nos anos 70, surge nos Estados Unidos da América debate acadêmico sobre as possíveis consequências das aplicações do avanço do conhecimento científico e tecnológico sobre a integridade e dignidade do homem. Um dos seus mais destacados protagonistas, Potter (1971), reabilitou o neologismo “bioética” de Jahr (1927) ao propor uma nova reflexão ética, global e solidária em relação à vida em geral e à sobrevivência humana, em particular, sendo conhecido por sua obra fundamental “Bioethics: bridge to the future” (1971). Para Potter, uma sobrevivência prolongada da espécie humana em nosso planeta, por meio de uma civilização digna e sustentável, exige o desenvolvimento e a manutenção de um novo sistema ético (POTTER, 1971).

A bioética transformou-se, então na “ética da ciência”, ao alicerçar balizamentos morais para a aplicação da ciência e da tecnologia nos tempos hodiernos, tendo por escopo a preservação da dignidade do homem.

Tornou-se, enfim, uma interdisciplinaridade, usada nas várias tentativas de humanizar o empreendimento científico, difundindo-se para praticamente todas as áreas do conhecimento humano e transbordando-se para as atividades práticas cotidianas e sobrepujando-se à instância moral dos ditames deontológicos das diferentes categorias profissionais.

A ÉTICA DA PÓS-MODERNIDADE

A humanidade se encontra envolta numa perplexidade ética, caracterizada pela constatação de que a maioria das conquistas propiciadas pelo conhecimento humano - todo o conjunto do progresso científico e tecnológico da humanidade - permanece inacessível para a maior parte da família universal.

O consumismo, transformado num fim em si mesmo, submeteu ao planeta à economia de mercado, contribuindo para que nações ricas mantenham outros povos sob sua dominação econômica, ideológica e até mesmo religiosa.

Na singular transição histórica vivida pela sociedade contemporânea tornou-se imperativo o surgimento de uma nova reflexão ética para modular o comportamento humano,

de modo que as ações de homens e mulheres possam convergir para a consecução do bem-estar da humanidade, além de impedir que o avanço do conhecimento científico não coloque em risco a própria sobrevivência dos seres humanos neste planeta.

A invasão da tecnologia no cotidiano pessoal e profissional (razão do extraordinário progresso material e do aparecimento de uma sociedade de consumo, do supérfluo, do descartável, e da competição pelo acúmulo de bens), a insensibilidade individual e social, e a racionalização dos fenômenos sociais e pela abordagem economicista das relações sociais, caracteriza, na visão de Lipovetski (2005) uma sociedade culturalmente vazia. Para o respeitado pensador francês, “os grandes eixos modernos, a revolução, as disciplinas, a laicidade e a vanguarda foram modificados à força de personalização hedonista; o otimismo tecnológico e científico caiu, as inumeráveis descobertas foram acompanhadas pelo superarmamento dos blocos, pela degradação do ambiente e desmantelamento crescente dos indivíduos. Já nenhuma ideologia política é capaz de inflamar as multidões, a sociedade pós-moderna não tem mais ídolos ou tabus, já não tem uma imagem gloriosa de si mesma, um projeto histórico mobilizador; hoje em dia é o vazio que nos domina(...)”

CIÊNCIA E O APERFEIÇOAMENTO HUMANO

A biotecnologia tem se transformado em instrumento de aperfeiçoamentos ou melhorias dos seres humanos. A recombinação genética e a produção de novas drogas para reparar e prevenir doenças, assim como para tornar os seres humanos mais felizes pela mudança do humor, têm transformado a vida dos humanos. Fukuyama (1992), autor do célebre “The end of history”, afirma que “alterar a natureza humana não é ficção científica. Com remédios que modificam o humor ou terapias genéticas, a ciência já consegue “aperfeiçoar a espécie”. Mas a discussão sobre as consequências éticas dessas novidades mal começou”. E Stephen Hawking, um dos mais consagrados cientistas da atualidade, declarou que já é hora de a humanidade assumir o comando da evolução e planejar um programa de auto aprimoramento sistemático da espécie.

A discussão dos desenvolvimentos da ciência do século XXI e os resultados de sua aplicação na biosfera e na vida dos seres humanos nos remete à discussão da ética dos meios e da ética dos fins, na medida em que o poder transmitido oferece considerável autonomia aos humanos, cujas técnicas podem resultar em melhoramento da biologia de um indivíduo, levando-se em conta o seu desejo particular.

Engenhosos equipamentos nanotecnológicos são implantados no cérebro e em outras partes do corpo humano no intuito de suprir deficiências congênitas ou adquiridas,

como a superação da cegueira e da surdez e artefatos são projetados para dar vitalidade ao organismo em processo de envelhecimento fisiológico, diminuindo-lhe os efeitos próprios do processo de senescência.

As aplicações médicas da nanotecnologia incluem a elaboração de drogas “inteligentes”, equipamentos de destruição de células tumorais ou agentes infecciosos, eliminação de placas ateroscleróticas das paredes de vasos sanguíneos- especialmente artérias coronarianas -, e nanoestruturas para reparação ou substituição de organelas celulares e do próprio DNA.

Há um entusiasmo dos artífices da “nova ciência” que, associada à indústria, colabora efetivamente para lançamentos de produtos sintéticos, redesenhando a anatomia e fisiologia humanas, de modo a tornar o homem cada vez mais possuidor de capacidades jamais comparadas.

Na área médica, os progressos científicos e tecnológicos têm suscitado uma nova definição de saúde, medicina, qualidade de vida e bem-estar. E tem provocado expectativas de revisão de questões filosóficas tradicionais, como a definição do que é vida, o que é uma vida humana e o que é uma comunidade saudável. Afinal, como definir bem-estar social e bem-estar individual?

Duprá (2007) entende que a sociedade de consumidores num mundo de desenvolvimento científico e tecnológico, obrigou o “médico artesão” a transformar-se em fator de

produção de um processo industrial. O progresso econômico permitiu o melhoramento da qualidade de vida e, com maior poder de compra, também contribuiu para modificar nossa conduta frente à enfermidade. No entanto, apesar destes avanços, vivemos o paradoxo “epicúreo” no qual as crescentes expectativas geradas por este progresso provocam mais insatisfações nas populações, simplesmente porque o que é obtido nos serviços médicos pela maioria deles, é inferior ao esperado. Este fato é reforçado pela massiva informação pseudocientífica – em especial na televisão- que transforma a saúde em “show business”, que reflete na estimulação de uma hiperdemanda assistencial. Deste modo, conclui Duprá, a exploração escandalosa da enfermidade por estes meios pressiona os políticos para que os governos destinem cada vez mais recursos à saúde, os quais, afinal, nunca serão alcançados por todos.

No limite das alterações produzidas pelas novas tecnologias há que considerar a cibernética, a ciência do controle e da comunicação, a interface entre o animal e a máquina.

Os “cyborgs”, ou organismos cibernéticos, surgiram da constatação da existência de significantes similaridades entre os sistemas biológicos e os mecânicos ou elétricos. Igualmente às demais tecnologias, a cibernética segue na direção de adicionar próteses a corpos humanos ou animais e substituir funções perdidas ou aumentar atividades. Os

humanos utilizam permanentemente equipamentos para incrementar várias funções e, ao longo de séculos, têm adaptado algumas destas ferramentas em seus corpos, como dentes artificiais, óculos e lentes de contato, aparelhos de audição, marca-passos cardíacos, membros artificiais.

Inaugurou-se, enfim, a era da neurociência acoplada à computação eletrônica, uma interface direta entre o sistema nervoso e equipamentos eletromecânicos. São exemplos dessa interação homem-máquina a criação de junções neurosiliconiais envolvendo transistores e neurônios para a preparação de circuitos neuronais, a recriação de imagens visuais de sinais transmitidos por condutos ópticos de gatos, o controle remoto de manipulador mecânico de braços por implantes inseridos no córtex motor cerebral de macacos-coruja e o controle remoto que pode fazer ratos caminharem por meio do implante de placa de eletrodos.

Prevê-se a criação de uma nova geração de próteses robóticas controladas pelo cérebro, de tal modo que, situações consideradas até pouco tempo surreais, poderão ser descortinadas, como o uso de uma nova versão da internet, a “brainet”, uma ligação direta entre os cérebros.

O que parece futurologia é uma perspectiva viável, afirma o cientista brasileiro Miguel Nicolelis, eleito pela revista “Scientific American” um dos 20 cientistas mais influentes do mundo.

Nicolelis (2011), em seu bestseller “Muito além do nosso

eu: a nova neurociência que une cérebro e máquinas e como ela pode mudar nossas vidas”, afirma que

não é nada surreal imaginar que futuras proles humanas poderão adquirir habilidade, tecnologia e sabedoria ética necessárias para encontrar um meio através do qual bilhões de seres humanos estabelecerão contatos temporários com outros membros da espécie, unicamente através do pensamento. Como será participar desse colosso de consciência coletiva, ou o que ele será capaz de realizar e sentir, ninguém em nosso tempo presente pode conceber ou descrever. Como aquele último gol, marcado pela seleção brasileira de futebol na final da Copa do Mundo de 1970, existem maravilhas da natureza cujos gosto e textura só podem ser plenamente apreciados testemunhando-se, ao vivo e em cores, o desabrochar de sua miraculosa complexidade.

Solaiman *et al* (2006), desenvolvem projeto denominado “Walk Again”, a respeito de como diferentes áreas do cérebro são capazes de atuar juntas para “moldar” a consciência do corpo. O projeto é resultado de uma parceria entre a Universidade de Duke e instituições de Lausanne (na Suíça), Berlim e Munique, com a participação do pesquisador brasileiro Nicolelis.

“O intuito, a longo prazo, de toda a rede “Walk Again” pelo mundo afora, é criar tecnologias que possam ser usadas pelos pacientes. Não só o exoesqueleto, existem outras tecnologias

em que estamos trabalhando”, acrescentou. Todos os oito pacientes que participam do projeto já caminharam com o exoesqueleto, usando comandos cerebrais, assevera Nicoletti (2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização dos recursos que a ciência e a tecnologia contemporâneas disponibilizam ao homem impõe devida reflexão moral e ética e constitui o maior dos desafios da filosofia moral neste século XXI.

Os cenários descortinados pelos desenvolvimentos científicos incidem vigorosamente sobre qualquer empresa humana, desde o aspecto preventivo à modelagem de seres vivos atuais, até mesmo ao surgimento de novas espécies. Daí resulta que a aplicação de qualquer procedimento tecnológico para modificar a estrutura e fisiologia humanas requer sua concomitante reflexão ética.

A partir da constatação de que o conhecimento em si mesmo não legitima as respectivas aplicações é possível afirmar que a ciência e a tecnologia, produtos do conhecimento humano, representam um novo poder e este pode ser utilizado tanto para o bem como para o mal.

Tal qual a esfinge de Jano, deus romano, o poder da tecnociência tem a sua face iluminada projetada sobre os benefícios auferidos pela humanidade, enquanto sua face sombria alerta para os riscos e danos como consequências

não desejadas e prejudiciais ao homem, à humanidade e à biosfera.

Collins (2007), diretor do Projeto Genoma Humano, adverte que seria errado simplesmente deixar aos cientistas essas decisões. Eles têm uma função crucial nesses debates, considerando que sua especialidade pode permitir uma distinção clara do que é e do que não é possível. No entanto, lembra Collins, os cientistas não podem ser os únicos nesse debate. Por sua própria natureza, eles anseiam explorar o desconhecido. Seu senso moral, geralmente, não é nem mais nem menos desenvolvido do que o de outros grupos, e eles não conseguem evitar sua aflição diante de um conflito de interesses que os tornam indignados com os limites estabelecidos por quem não é da comunidade científica, arremata.

Francis Bacon cunhou a famosa sentença “conhecimento é poder”, inaugurando um período no qual se esperava uma crescente perfeição da humanidade, e no qual o conhecimento proporcionaria a dominação do homem sobre toda outra criatura e sobre a natureza. E se esperava que tal poder fosse colocado a serviço do bem-estar, da bondade e do futuro da humanidade, onde horizontes infinitos de progresso se abririam à humanidade com a ciência e a experiência.

No entanto, é possível constatar hoje que as esperanças não foram satisfeitas de todo. Não tem sido o progresso aquele tranquilo derivar para as perfeições possíveis da

Natureza e do Homem. E nem tem sido a humanidade melhor quanto mais ciência teve. Na verdade, quase todas as racionalidades têm se revelado irracionais em algum de seus desenvolvimentos. Nada tem falhado mais que o êxito.

Se Sócrates dizia: “a virtude é saber”; a Idade de Bacon inverteu os termos, ao afirmar que “o saber é virtude”. Esta sutil transposição dos termos muda o sentido, pois nem todo saber é virtuoso, e das consequências desse novo conhecimento padecem homens e mulheres, sem saber apenas que padecem por isso (LOLAS; DRUMOND, 2007).

Os progressos, todos os progressos, se revelam ambíguos. A natureza humana não parece ter se modificado para melhor. É hora de se perguntar: o progresso do conhecimento científico é um bem em si mesmo? Podemos deter esse progresso? Mas de qual progresso devemos tratar, o progresso da ciência e tecnologia ou o progresso da humanidade, do pensamento humano?

REFERÊNCIAS

COLLINS, F.S. **A linguagem de Deus: um cientista apresenta evidências de que Ele existe**. Trad. Giorgio Cappelli. São Paulo: Editora Gente, 2007.

<<http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1308459110>>. Acesso em: 27 mai. 2014.

DUPRÁ, R.C. Priorización em salud: un dilema ético. In: LOLAS, Fernando; MARTIN, K; Quezada, A. **Prioridades ensalud y salud intercultural**. Nº 1. Santiago de Chile:Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética/Universidad de Chile, 2007, p. 97-103.

FUKUYAMA, F.O. **Fim da História e o último homem**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

HAMZELOU, J. **Exclusive: World's first baby born with new "3 parent" technique**. 2016. Disponível em: <<https://www.newscientist.com/article/2107219-exclusive-worlds-first-baby-born-with-new-3-parent-technique/#ixzz6zxYC0w3Q><https://www.newscientist.com/article/2107219-exclusive-worlds-first-baby-born-with-new-3-parent-technique/>>. Acesso em: 29 set. 2016.

JAHR F. Bio-Ethic: eine umschau über die ethischen. Beziehungen des menschen zu tier und pflanze. **Handweiser für Naturfreunde**, Kosmos, v. 24, n. 1, p. 2-4,1927.

LIPOVETSKY, G. **A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo**. Trad. Terezinha Monteiro Deutsch. Barueri SP: Manole, 2005.

LOLAS, F. Bioethics and animal research. A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. **Biol Res**, v. 41, p.119-123, 2008.

LOLAS, F.; DRUMOND, J.G.F. **Fundamentos de uma Antropologia Bioética: O apropriado, o bom e o justo**. São Paulo: Loyola, 2007.

NICOLELIS, M. **Muito além do nosso eu: a nova neurociência que une cérebros e máquinas - e como ela pode mudar nossas vidas.** São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

POTTER, V.R. **Bioethics: Bridge to the Future.** Endewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall, 1971.

SFEZ, L.A. **Saúde perfeita: Crítica de uma utopia.**São Paulo: Loyola, 1996.

SOLAIMAN, S.; O'DOHERTY, J.E.; WINANS, J.A.; BLEULER, H.; LEBEDEY, M.A; NICOLELIS, M.A.L. Expanding the primate body schema in sensorimotor cortex by virtual touches of an avatar. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, 2006.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM TEMPOS DE PANDEMIA: A MANIFESTAÇÃO DA VITIMIZAÇÃO DE MULHERES NO CONTEXTO COVID 19

*Maria Ângela Figueiredo Braga²
Sheyla Borges Martins³*

A sociedade assemelha-se a um galinheiro, sendo, contudo, o galinheiro humano muito mais cruel que o galináceo. Quando se abre uma fresta na tela do galinheiro e uma galinha escapa, o galo continua dominando as galinhas que restaram em seu território geográfico. Como o território humano não é meramente físico, mas também simbólico, o homem, considerado todo-poderoso, não se conforma em ter sido preterido por outro por sua mulher, nem se conforma quando sua mulher o abandona por não mais suportar seus maus-tratos. Qualquer que seja a razão do rompimento da relação, quando a iniciativa é da mulher, isto constitui uma afronta para ele. Na condição de macho dominador, não pode admitir tal ocorrência, podendo chegar a extremos de crueldade (SAFIOTTI, 2011, p.61).

2 Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora do Departamento de Política e Ciências Sociais e coordenadora do Grupo de Pesquisa em Metodologia, Violência e Criminalidade da UNIMONTES.

3 Doutoranda em Desenvolvimento Social pela Universidade Estadual de Montes Claros e professora do Departamento de Política e Ciências Sociais da UNIMONTES.

INTRODUÇÃO

A violência é um fato social presente em todas as sociedades. Caracteriza-se pelo constrangimento físico ou moral exercido sobre alguém, submetido à vontade ou ira de outro alguém. Violência é uma prática que causa dor e sofrimento, seja de ordem física ou psicológica para as vítimas. Segundo Minayo e Souza (1998) toda violência social tem, até certo ponto, caráter revelador de estruturas de dominação de classes, indivíduos, etnias, faixas etárias gêneros e nações, e surge como expressão das contradições entre os que querem manter privilégios e os que se rebelam contra a opressão.

Dentro do espectro geral desse fenômeno, a violência contra mulheres no âmbito doméstico tem sido representada pela literatura especializada com sendo um fenômeno global, multifacetado e em processo de crescimento nas sociedades contemporâneas. Através do estudo de variadas culturas, diversos períodos históricos e múltiplas formas de agressão, conclui-se que os abusos contra as mulheres e os seus catalisadores permanecem consistentes e perpetuados ao longo do desenvolvimento da história humana.

Não se trata, portanto, de um fato novo. O que ainda é incipiente é a sua visibilidade e a preocupação com a sua superação e judicialização, a partir da criação de um complexo aparato de leis e estruturas para proteger as vítimas e/ou punir os agressores. As dimensões alarmantes

da manifestação desse problema são apresentadas através de índices que crescem em escala global. No ano de 2019, 17,8% das mulheres em todo o mundo sofrera violência física ou sexual (ONU, 2020). Uma em cada cinco mulheres foi violentada por alguém do seu círculo afetivo. No Brasil, mais de 500 mulheres foram agredidas por hora, em média, no ano de 2018. Em 76% desses casos, os agressores eram conhecidos da vítima, podendo ser um companheiro, ou ex-companheiro (IPEA, 2020). Trata-se de problema que não se restringe a uma classe social específica, religião ou raça/cor, mas que se evidencia com mais intensidade nos segmentos mais vulneráveis da sociedade. As mulheres pobres e negras são as que aparecem em maior número nas estatísticas.

A tendência de crescimento desses indicadores recebeu um incremento considerável no ano de 2020, com o início da pandemia COVID19 no mês de fevereiro, quando as estatísticas oficiais mais uma vez colocaram em tela e de forma preocupante um aumento do número de casos (denúncias e agressões), considerando um curto espaço de tempo em que foram instituídas em todo o mundo as medidas de distanciamento e isolamento social. O quadro que se apresentou desde então exigiu a junção de esforços e recursos de forma urgente, no sentido propiciar a segurança das mulheres em casa e, também, no trabalho, já que o trabalho remoto elenca o rol das medidas que foram instituídas.

Obviamente, a violência contra as mulheres não surgiu durante a pandemia. No entanto, é plausível afirmar que em meio às medidas de bloqueio da disseminação do coronavírus, esse fenômeno, notadamente na sua faceta denominada “violência doméstica”, intensificou-se em vários países. Nesta direção, este artigo busca analisar as nuances desse fenômeno durante a pandemia COVID19, buscando evidenciar a sua relação com o aumento da vitimização das mulheres em sua esfera íntima. Seria a pandemia a causa desse aumento? Quais foram as respostas organizadas diante do aumento da violência doméstica nesse contexto específico? No Brasil, quais medidas foram tomadas para a contenção do crescimento do número de agressões? A organização deste trabalho se deu em torno da busca de respostas a esses questionamentos.

O PANORAMA GERAL DAS VIOLÊNCIAS

Apesar de se apresentar como um fenômeno complexo e multifacetado, a temática da violência enquanto problema de saúde pública só adquiriu maior relevância científica a partir da década de 1980. Sabe-se que a questão da violência, ou melhor, das violências, foi vista historicamente como sendo um problema pertinente à segurança pública ou à ordem social, permanecendo como algo externo à agenda da saúde. Somente após o reconhecimento da violência como uma questão de saúde, pela Organização Mundial da Saúde, é

que esse fenômeno começou a ser investigado sob diferentes perspectivas analíticas. Deste modo, a violência passou a ser reconhecida pela Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) sob a rubrica de “causas externas”.

Essas causas externas, por sua vez, são hoje responsáveis pelo considerável aumento de mortes evitáveis. Daí a preocupação política e social, visto que o aumento do percentual das mortes violentas representa uma das principais modificações no perfil de mortalidade do Brasil e de vários outros países latino americano (YUNES e RAJS, 1994 *apud* DESLANDES, 2006, p.15).

A partir dessas evidências chega-se ao consenso de que a violência, por significar uma ameaça à vida, à integridade física e mental e à qualidade de vida, deveria tornar-se tema importante não só para as ciências jurídicas e sociais, como também para a saúde, setor que lida com as suas consequências. Segundo a OMS, todos os anos, pelo menos um milhão de mulheres vai exigir cuidados de saúde como resultados de espancamento, cerca de 500 mil serão estupradas ou abusadas sexualmente. Estima-se, ainda, que quatro milhões serão agredidas fisicamente pelos parceiros, parentes ou conhecidos (OMS, 2013).

Em termos etimológicos, a palavra “violência” deriva-se do latim “*violentia*”, que significa ato de força, bravura ou de violência. Para as definições científicas, entende-se violência como qualquer ato de alguém ou de algum grupo de pessoas

que vise causar dano, prejuízo ou dor para outros indivíduos ou para a própria coletividade (OLIVEIRA, 2011). Enquanto fato social presente em todas as sociedades e caracterizada pelo uso da força física, psicológica ou intelectual no sentido de obrigar uma pessoa a fazer algo contra a sua vontade inicial, restringe a sua liberdade e reprime-a física e moralmente por meio de atos violentos. De acordo com Telles:

Violência, em seu significado mais frequente, quer dizer uso da força física, psicológica ou intelectual para obrigar outra pessoa a fazer algo que não esta com vontade; é constranger, é tolher a liberdade, é incomodar, é impedir a outra pessoa de manifestar seu desejo e sua vontade, sob pena de viver gravemente ameaçado ou até mesmo ser espancada, lesionada ou morta. É um meio de coagir, de submeter outrem ao seu domínio, é uma violação dos direitos essenciais do ser humano (2003. p.15).

Os atos violentos podem ser vistos como uma infração aos direitos civis. No entanto, Cardoso (2002) discute que a reprodução das desigualdades numa lógica utilitarista tem contribuído para a institucionalização da violência como algo natural, o que deteriora a esfera pública na modernidade, suprimindo o poder de julgar e a vontade de agir coletivamente contra a injustiça.

A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

Entre os vários tipos de violência, existe a violência doméstica, aquela que se manifesta através de atos que visam infligir sofrimentos físicos, sexuais, mentais e econômicos, por meio de ameaças, enganos ou coação, em que a vítima habite o mesmo local que o infrator e que possuam uma relação próxima (ou não), como a de cônjuge, por exemplo (ALVES, 2005).

Dependendo da natureza dos atos, as agressões são classificadas a partir do foco e dos danos que são decorrentes deles. No âmbito doméstico, os focos são, principalmente, de ordem física, psicológica, patrimonial e moral. As principais formas do exercício dessa violência são (i) ameaça e a coação, que causam insegurança aos membros da família; (ii) intimidação, que pode ser feita pela destruição de pertences da vítima ou até da demonstração de força; (iii) violência emocional, que desmoraliza a vítima; (iv) isolamento, que impede que a vítima se relacione com outros membros da sociedade; (v) negação do ato violento, que minimiza a violência praticada; (vi) instrumentalização dos filhos, fazendo a vítima a se sentir culpada; (vii) utilização dos privilégios machistas, ao determinar as funções de homem e mulher dentro do domicílio; e (viii) violência econômica, que impede que a vítima tenha emprego e renda (ALVES, 2005).

Embora essas características pareçam ser contemporâneas,

todas elas são derivadas das diferenças históricas entre homens e mulheres, que vão desde as diferenças físicas até às posições ocupadas pelos gêneros na sociedade. Em suma, desde os primórdios, as mulheres vêm enfrentando o complexo da inferioridade perante os homens (ALVES, 2005).

Um conceito mais abrangente de violência doméstica foi adotado no Brasil a partir da criação da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06), com o entendimento de que ela se constitui de qualquer omissão baseada no gênero, que provoque morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico, moral ou patrimonial que ocorrem no âmbito da unidade doméstica, em um espaço de convívio permanente de pessoas que possuam ou não vínculo familiar (BRASIL, 2006). Um fator importante de se destacar é a tolerância moderada que existe em relação à prática da violência doméstica, o que dificulta as ações de enfrentamento. A privacidade desse fenômeno é um importante problema para a sua erradicação não só no Brasil, como no mundo.

AS VARIADAS FORMAS DE MANIFESTAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A violência física é qualquer ação que ofenda a integridade ou a saúde corporal da vítima. Segundo Silva (2003), ela compreende o ato em que um indivíduo ou a coletividade causa um dano por meio da força física ou através de alguma

arma ou instrumento que possa causar alguma lesão externa ou interna, como fraturas, cortes, hemorragias, hematomas, feridas, entre outros. No que diz respeito à violência física doméstica, os atos mais evidentes praticados pelos homens contra as mulheres são murros, socos, empurrões, chutes, beliscões, mordidas e tapas. Nos casos mais graves, esses atos levam a traumas irreparáveis ou até mesmo ao óbito (BRASIL, 2006).

Quanto à violência psicológica, esta pode acontecer de várias formas no ambiente familiar, como por exemplo, a desmoralização da vítima, a humilhação, as ameaças de agressão e de abandono, frieza no tratamento, castigo, impedimento de se manter relações com outros membros da sociedade.

Segundo a Lei “Maria da Penha” (11.340/06), os danos emocionais, como a perda de autoestima são formas de agressão que, especificamente ou no conjunto, causam violência psicológica na vítima. Minayo (2005) menciona a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a violência psicológica, também conhecida como mental. Para a OMS, esse tipo de violência inclui a ofensa verbal de forma repetida, reclusão dos recursos materiais ou a restrição parcial da utilização dos mesmos, além da privação dos recursos financeiros e dos objetos pessoais.

O impacto negativo da violência psicológica é, muitas vezes, considerado um dos mais graves entre todos os tipos

de violência, pois os danos mentais podem levar a vítima a se sentir distante do meio social ou desimportante para a sociedade, o que pode ocasionar uma profunda depressão e instabilidade psicológica.

A violência sexual é caracterizada não somente pela relação sexual contra a vontade da mulher, mas também pela exposição da vítima ao ridículo, fazendo-a participar de situações contra a sua própria vontade, como por exemplo, presenciar, manter ou participar de relações sexuais indesejadas, mediante intimidação ou não, ameaça, uso da força, que possam induzir a comercializar ou utilizar a sua sexualidade para fins não desejados (MINAYO, 2005).

Essa definição sofre contrastes quando feita por feministas, profissionais de saúde ou pelas definições jurídicas. São diversas as terminologias utilizadas para nomear os crimes de natureza sexual. Todas elas trazem consigo certa dificuldade em atender de maneira ampla aos aspectos envolvidos nesse tipo de crime: o psicológico, médico, jurídico e ético. Souza e Adesse (2005) citam Drezzet:

[...] os termos “agressão”, “abuso” e “violência sexual” são utilizados apenas para os casos de estupro e atentado violento ao pudor (AVP), uma vez que não alteram a conduta clínica. O estupro é definido pelo artigo 213 do Código Penal como “constranger à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”. Entende-se por conjunção carnal, o coito vaginal, completo

ou não, com ou sem ejaculação. A “violência ou grave ameaça” consiste no emprego ou não de força física capaz de impedir a resistência da vítima. Assim, o estupro é um crime que só pode ser praticado por um homem contra uma mulher, incluídas, nesse caso, meninas e adolescentes. (SOUZA; ADESSE, 2006, p.21)

Já o atentado violento ao pudor é caracterizado como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal” (SOUZA; ADESSE, 2006, p.21) No atentado violento ao pudor, todas as situações diferentes do coito vaginal são incluídas, como: mordidas, sucção das mamas, manobras digitais eróticas e a cópula anal ou oral. O atentado violento ao pudor pode ser praticado contra vítimas de ambos os sexos, sob as mesmas formas de constrangimento aceitáveis para o estupro.

Quando as ações se dão no campo do patrimônio, a violência é tipificada como patrimonial e caracterizada pela agressão ou prejuízo causado às mulheres em seus bens e/ou direitos, seja através da substituição dos bens ou dos danos parciais e/ou totais. Uma das formas de intimidação provocadas pelos homens às mulheres consiste nos danos causados aos pertences pessoais da vítima. Tais atos podem ser encarados como uma violência doméstica tanto psicológica como patrimonial, pois, além do impacto psicológico causado pela intimidação, provoca danos

materiais às vítimas (MINAYO, 2005). A Lei Maria da Penha percebe a violência patrimonial como sendo aquela caracterizada por qualquer ato que cause dano, retenção ou destruição dos objetos e documentos pessoais.

A violência moral, por sua vez, correlaciona-se com a violência psicológica no sentido de que os dois tipos de violência colocam em evidência a dúvida em relação à índole da vítima, deixando-a desacreditada perante a sociedade. Na realidade, a violência moral não é apenas uma violência prevista na Lei 11.340/06, mas também pela Constituição Federal de 1988 pelo Art. 5º:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...)
V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem; (...)
X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação (MICHELLAZZO, 2000).

Em suma, a violência moral acontece quando um ato provocado pelo homem culmina ou difama a honra da mulher. Esses atos, além de causarem transtornos psicológicos, podem levar a atos discriminatórios no âmbito

empregatício. Por isso, existe uma grande dificuldade em mensurar os efeitos totais da violência moral, bem como da violência psicológica, pois os seus efeitos variam desde a instabilidade psicológica até os danos econômicos causados pela não aceitação social da vítima.

A despeito da forma assumida, a violência contra as mulheres traz repercussões que são sentidas nas mais diversas dimensões, desde o nível mais macro, como o econômico, até o nível mais micro, como os danos psicológicos causados às vítimas. Em se tratando dos custos econômicos, a UNICEF WOMAN (2017) estimou que apenas no ano de 2016, 1,5 trilhão de dólares foram gastos, configurando o custo direto desse fenômeno para a sociedade. De forma indireta, os impactos são muito maiores. Basta mencionar, por exemplo, que a violência doméstica é uma das principais barreiras para a inserção e manutenção das mulheres no mercado de trabalho, e, conseqüentemente, para a progressão nas carreiras.

OS EIXOS DE ANÁLISE DAS CAUSAS DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Uma questão central que permeia a compreensão de um fenômeno social e um pressuposto para que ele possa ser prevenido é o conhecimento dos fatores que estão relacionados à sua manifestação, ou seja, as suas causas. As investigações sobre a violência contra as mulheres

organizam-se em torno de dois eixos: de um lado a análise dos fatores relacionados ao comportamento do agressor e do outro a análise das características que colocariam as mulheres em situação de vulnerabilidade à vitimização.

Para o alinhamento desses eixos na direção de uma perspectiva analítica mais abrangente, podemos considerar como fatores explicativos amplamente presentes na literatura, questões que englobam tanto as características do agressor, quanto das vítimas. De maneira geral, a questão da desigualdade de gênero é evidente para os dois casos. Se a desigualdade social manifesta-se a através das relações estabelecidas, ela pressupõe, portanto, uma comparação na distribuição dos atributos, sejam eles econômicos – como a renda, mercado de trabalho, etc. – sejam eles culturais (assimetrias nas relações de poder). Nesse ponto específico, teríamos a combinação de fatores estruturais (concretos, tangíveis) com fatores culturais, e, portanto, subjetivos. Isso demonstra a complexidade do tema em questão e de forma mais pronunciada os desafios para o seu enfrentamento.

A desigualdade social enquanto variável explicativa poderia ser considerada como ligada a outra variável de igual complexidade: o patriarcado. Nesse sentido, o ordenamento patriarcal aparece com uma dupla configuração nos estudos que o tomam como fonte de explicação para a violência: ele tanto pode ser considerado como a causa das desigualdades sociais, como pode ser o efeito dessas assimetrias entre

homens e mulheres. Justamente por isso, não raro aparecem na literatura a partir da evidência desse tipo específico de relação de causa e efeito.

Do ponto de vista cultural, o elemento que serve igualmente como cimento para o patriarcado, mas também pode ser o resultado dele, é a cultura machista. Nas sociedades ocidentais, os papéis e posições designados aos homens sempre foram mais valorizados do que aqueles designados às mulheres. A cultura machista é um conjunto de signos que sustentam a hierarquização desses papéis e posições, evidenciando a sobreposição e superioridade masculina por toda a extensão do tecido social. Como consequência, outro fator aparece também com dupla configuração: a misoginia. Dentro da cultura machista, o desprezo pelas mulheres dá sustentação à “superioridade” dos valores masculinos ao mesmo tempo em que é, enquanto aversão aos valores femininos, o seu mais evidente produto.

A ARQUEOLOGIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

O modelo patriarcal de organização social acompanhou a sociedade ocidental ao longo de sua história. As assimetrias entre homens e mulheres sempre foram determinantes nesse ordenamento. Se partirmos do pressuposto de que todos os seres humanos podem apresentar em algum momento de suas vidas um comportamento violento, a depender da situação com a qual se defrontam, não há como negar que os

homens, via de regra, apresentam uma tendência à violência consideravelmente maior do que as mulheres (FOX, 2000). Para além das explicações biológicas, no plano sociológico as análises transitam pelos processos de socialização de homens e mulheres, especificamente pelas diferenças verificadas nesses processos.

Primeiramente, há que se considerar que durante um longo período de tempo o que hoje concebemos como violência contra as mulheres foi um fato naturalizado e tolerado. No Império Romano, por exemplo, aos homens era concedida autoridade de vida e morte sobre a esposa. Já no século XVIII na Inglaterra, aos homens era permitido “disciplinar” a esposa, inclusive com a previsão de castigos físicos. Apenas no final do século XIX esta Lei foi extinta na Inglaterra e na América. Daí, uma ampla maioria de estudos de gênero inferir que se trata de um fenômeno que resulta do enraizamento da cultura patriarcal, na medida em que não apenas oferece incentivos, mas produz efeito de recompensa para a dominação dos homens sobre as mulheres (SAFIOTTI, 2006). O resultado é uma propensão maior de usarem a violência na direção da manutenção das posições dominantes.

A representação desse comportamento na cultura e no imaginário popular segue a mesma lógica de legitimação da sobreposição dos papéis dos homens em relação aos papéis da mulher: a dominação masculina, e, portanto a violência,

é retratada como natural, normal e aceitável na literatura, no cinema, na música, etc. Essas visões, que obviamente repercutem no tratamento que é dado às mulheres, foram influenciadas por diferentes pensamentos nas sociedades ocidentais (FOX, 2002). Das concepções e pressupostos religiosos até os códigos legais, há a concordância do patriarcado como naturalmente instituído, decorrente e sustentado pela ideia de superioridade dos homens.

O processo de perpetuação dessa cultura conta com ideologias através das quais a violência contra as mulheres é considerada uma expressão normal da dominação masculina:

Se, na Roma antiga, o patriarca detinha poder de vida e morte sobre sua esposa e seus filhos, hoje tal poder não mais existe, no plano de jure. Entretanto, homens continuam matando suas parceiras, às vezes com requintes de crueldade, esquartejando-as, ateando-lhes fogo, nelas atirando e as deixando tetraplégicas etc. O julgamento destes criminosos sofre, é óbvio, a influência do sexismo reinante na sociedade, que determina o levantamento de falsas acusações – devassa é a mais comum – contra a assassinada. A vítima é transformada rapidamente em ré, procedimento este que consegue, muitas vezes, absolver o verdadeiro réu (SAFIOTTI, 2001, p. 46).

Partindo de uma concepção mais ampla de violência, a Organização das Nações Unidas declarou que todo e qualquer ato que faça recair sobre as mulheres danos de

natureza física, sexual, psicológica, mesmo que ainda na forma de ameaças, privação de liberdade ou coerção, tanto no âmbito público quanto privado é uma violação dos direitos humanos. A partir desta determinação e considerando uma perspectiva histórica, o castigo conjugal passou a ser visto um ato de violência, e, portanto, inaceitável, perdendo o marido o “direito” de exercer controle sobre o comportamento da esposa. Inicia-se assim o processo de desnaturalização da violência, que passa a ser tratada dentro de uma lógica dos direitos humanos – uma violação, obviamente -, sendo objeto e razão de mudanças no próprio entendimento dos atos enquanto violentos, e por consequência, mudanças na legislação e na mobilização de mecanismos para o seu enfrentamento.

Fica, portanto, relacionado com o estabelecimento do padrão patriarcal de organização da sociedade, as ideias judaico-cristãs e os valores jurídicos ocidentais, considerados como a base de justificação ideológica de sua permanência como estruturador das relações sociais (FOX, 2002). Isso demonstra, de acordo com a autora, que existiu e ainda existe uma relação estreita entre os valores do patriarcado e a violência real praticada contra as mulheres. Houve uma incorporação e uma adaptação desses valores aos pilares das sociedades ocidentais, dando origem a um completo paradigma, aceito e legitimado primeiramente pelos homens, porém, não apenas por eles, mas também pelas mulheres, tal era – e ainda é – a sua força. A defesa desses preceitos,

principalmente na direção do reforço à ideia de inferioridade feminina também se deu entre as mulheres, sobretudo a partir do pressuposto da necessidade de proteção por parte dos homens.

Esses preceitos apenas começaram a ser questionados a partir do século XVIII, com a emergência de um novo paradigma, mais liberal, marcado pela rejeição dos valores patriarcais e da superioridade biológica dos homens. Essa rejeição se deu no nível de uma abrangente mudança cultural, na qual as manifestações, principalmente as explícitas, foram sendo criticadas, sem, no entanto, serem eliminadas. Mas, houve o reconhecimento de que as mulheres historicamente ocuparam posições desfavoráveis dentro de uma estrutura assimétrica de poder, sendo como consequência, discriminadas, subjugadas e vitimizadas, tanto nos âmbitos públicos, quanto privados (FOX, 2002).

Se as definições diferem em cada contexto social e histórico, o fato é que no novo paradigma, grande parte das agressões que durante séculos foram consideradas naturais e aceitáveis, passaram a ser consideradas como atos criminosos, sobretudo quando se trata de serem verificadas na esfera privada, quando são tipificadas como violência doméstica.

Seja qual for o tipo, portanto, essas agressões compõem um panorama que se caracteriza fundamente por ser considerado como violações dos direitos humanos.

Isso nos coloca diante de um fenômeno marcado pela multidimensionalidade de fatores culturais e estruturais que se reforçam, sendo explicadas de forma geral como expressão das desigualdades que se estabeleceram historicamente entre homens e mulheres.

Quando o âmbito doméstico constitui-se enquanto cenário da violência, emergem diversos paradoxos que tornam mais complexo o exercício de análise e os esforços de enfrentamento. O principal paradoxo diz respeito ao fato de ser a esfera domiciliar, e, portanto, familiar, o lugar da proteção e da segurança por excelência, se comparada à esfera pública. É no âmbito familiar que se materializam as ideias de cuidado, afeto e proteção.

AÇÕES COORDENADAS DE ENFRENTAMENTO DÁ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

O deslocamento da compreensão da violência contra as mulheres de algo natural, normal e aceitável para uma violação de direitos, fez surgir um aparato legal que visa organizar as respostas da sociedade a esse fenômeno. Do ponto de vista legal, alguns marcos foram importantes para dar visibilidade à questão e avançar no enfrentamento, a partir de ações mais eficazes de prevenção e também de punição ao agressor. A legislação brasileira, durante muito tempo, entretanto, não tratou de erradicar e/ou punir devidamente os casos de violência praticada contra as mulheres. Foi a partir da

mobilização feminista em favor da conquista dos direitos da mulher que houve uma substancial mudança nos códigos e leis que, de fato, procurou minimizar as distorções que até então prevaleciam entre homens e mulheres (DIAS, 2007).

Foi somente a partir dos movimentos ocorridos durante a década de 1970, que se deu a visibilidade ainda não experimentada à questão feminina. A sociedade passou a tomar conhecimento da submissão feminina e a falta de direitos destinados a elas; os privilégios trabalhistas concebidos aos homens diante da falta de oportunidades destinadas à mulher; a injustiça praticada contra as mulheres e, sobretudo, os inaceitáveis casos de maus-tratos aos quais eram submetidas (MINAYO, 2005).

A chamada Constituição Cidadã de 1988 representou um avanço significativo no reconhecimento da igualdade de direito às mulheres. A norma expressa motivou um reconhecimento público de que homens e mulheres são iguais, sem distinção de qualquer natureza. Isso representou o reconhecimento por parte das autoridades que, historicamente, homens e mulheres foram postos em lados opostos e que, inegavelmente, os primeiros obtiveram amplo êxito em suas realizações graças a uma cultura machista (DIAS, 2007).

A partir da maior visibilidade da violência contra a mulher, foram estabelecidas leis para a proteção dos direitos das mulheres, inclusive a criação de Delegacias de Defesa da

Mulher, que surgiram com base nos altos índices de mortes de mulheres, tanto adultas quanto adolescentes e crianças no país, além de fortes pressões dos movimentos feministas no enfrentamento à violência doméstica e familiar (MINAYO, 2005).

Porém, uma das maiores expressões do enfrentamento do problema é a Lei Maria da Penha. O fato de o Brasil ser signatário de Convenções como a Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher) e da Convenção da ONU sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, fez com que o país recebesse recomendações para a criação de um modo mais efetivo de proteção contra a violência doméstica e familiar. (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2012). O resultado foi a criação da lei, 11.340/2006, que trata do aumento do rigor das punições às agressões contra as mulheres no âmbito doméstica ou familiar. As medidas elencadas no seu escopo visam alterar as identidades de gênero presentes no âmbito doméstico, espaço este onde não pode mais predominar a ideia de que os conflitos dentro do relacionamento devem ser resolvidos unicamente pelos parceiros.

Conforme BANDEIRA (2009) esta Lei é uma conquista da luta de mulheres e do movimento feminista no Brasil, apresentando resultados expressivos a partir do ano 2000, durante o governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva,

quando foi criada a Secretaria Especial de Política para as Mulheres que dava apoio e as reivindicações das mulheres, visando enfrentar e combater a violência contra a mulher.

A lei “Maria da Penha” exhibe mecanismos legais que visam coibir e prevenir a violência doméstica sofrida pela mulher através de instrumentos inibitórios (VENTURINI, 2004). Contudo, a lei não trata apenas da violência física, que é a mais facilmente visível, mas também a psicológica, a sexual, a patrimonial, a moral, entre outras. Por isso, é um marco na luta contra a violência de gênero no Brasil, sobretudo pelo seu caráter pedagógico, sendo considerada a terceira maior lei do mundo desta natureza.

No entanto, a despeito de todos os avanços produzidos pela operacionalização da rede de proteção prevista pela legislação, as mulheres continuam sendo vítimas de violência praticada por seus esposos/companheiros e continuam sendo consideradas frágeis e submissas. Ainda permanecem arraigados na sociedade os traços de uma cultura patriarcal que lançou a mulher a uma situação de subserviência e, tragicamente, de submissão à violência praticada por seus esposos/companheiros.

O CENÁRIO DA PANDEMIA COVID19

No primeiro trimestre de 2020, quando a pandemia COVID19 se espalhou pelo mundo inteiro, diversas preocupações de ordem sanitária, de saúde pública e

econômica ocuparam o centro das preocupações de analistas, cientistas e da sociedade em geral. Desde o início das medidas de contenção, materializadas principalmente pelo distanciamento e isolamento social, proliferaram estudos que produziam projeções acerca dos impactos dessa pandemia para as mais diversas dimensões da vida social. Havia a previsão de que diversos segmentos seriam diretamente afetados e várias ações de intervenção deveriam ser viabilizadas para minimizar esses efeitos e possibilitar o planejamento do que seria o contexto pós-pandemia.

Porém, a extensão dos impactos previstos atingiu dimensões que aparentemente não teriam uma relação direta com uma crise sanitária. Isso exigiu uma mobilização muito maior do que havia sido previsto e o que se viu foi a instalação de diversas “subpandemias”, decorrentes das novas dinâmicas que foram necessárias para a contenção da propagação do vírus. Nesse quadro, destaca-se a questão da violência doméstica, problema social sério, que já atingia patamares elevados no contexto pré-pandemia, a despeito de todos os esforços para o seu enfrentamento.

A partir do início do segundo semestre de 2020, diversos relatórios começaram a apresentar um cenário de crescimento – considerando o curto espaço de tempo – dos indicadores de vitimização de mulheres na esfera privada: houve aumento nos números tanto das ocorrências de agressão, de denúncia,

e um aumento preocupante no número de feminicídio⁴ (ALENCAR *et al.*, 2020).

Essa questão não foi uma especificidade do Brasil no período considerado. Por todo o mundo, as estatísticas apontavam a emergência da criação de ações de proteção às mulheres em situação de violência doméstica, que se intensificou na maioria dos países. Trata-se de uma verdadeira “subpandemia”, crescendo em meio a crise do COVID19, demonstrando a necessidade de um esforço coletivo e global para contê-la, já que os serviços de saúde ficaram sobrecarregados com o atendimento dos casos de infectados e os serviços que compõem a rede de proteção e enfrentamento da violência da mulher foram igualmente impactados pela pandemia em sua capacidade de atendimento.

VARIÁVEIS EXPLICATIVAS OU DE AGRAVAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A PANDEMIA

Como visto, a violência doméstica está estreitamente ligada ao poder e ao controle, variáveis que são operacionalizadas, do ponto de vista do agressor como sendo a manifestação de uma estrutura patriarcal, marcada por intensas desigualdades na definição dos papéis sociais, bem como

⁴ Em Março de 2015 foi criada a Lei 13.104, que alterou o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Desde então, passou a ser considerado como crime cometido contra a mulher por razões da condição do sexo feminino. A lei prevê que a violência doméstica e familiar, o menosprezo ou discriminação à condição da mulher são razões de condição do sexo feminino.

pela assimetria na distribuição de poder. Do ponto de vista da vítima, há a privação de sua ação até mesmo quando se trata de relatar a violência sofrida.

Em situações de isolamento e confinamento durante a pandemia, diversas outras tensões sociais incidem sobre a insegurança financeira das mulheres, exacerbando o controle e o abuso por parte dos parceiros e inibindo o acionamento dos mecanismos de proteção, já que as vítimas encontram-se privadas de realizar suas tarefas cotidianas para além do ambiente doméstico. Deste modo, é possível compreender como o isolamento social constitui-se como um fator de risco que eleva as probabilidades de ocorrência de violência doméstica.

Esses fatores são considerados independentemente de qualquer contexto que possa ser tido como variável interveniente. Eles estão para além de qualquer crise social, já que são constitutivos das próprias relações, sobretudo na sua forma mais íntima. Porém, é necessário admitir que as crises podem ser agravantes desses fatores, intensificando-os, dependendo da sua natureza e até mesmo trazendo para o campo das explicações, fatores que não seriam diretamente considerados como potenciais causas para a violência.

Dentro do contexto da pandemia COVID19, por exemplo, o isolamento social, uma das principais medidas adotadas para a contenção de transmissão do vírus, cria as condições de aumento de vulnerabilidade das mulheres à vitimização

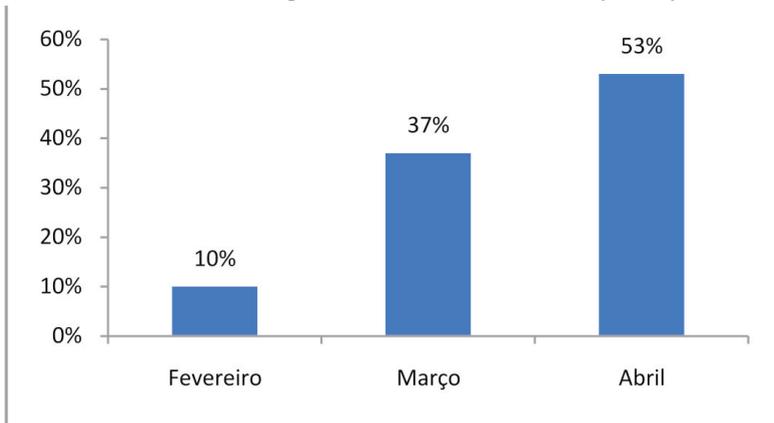
por diversos efeitos que gera (ALENCAR *et al.*, 2020). Os impactos econômicos são os principais desencadeadores das situações de agressão, tanto do ponto de vista da vítima, quanto do agressor. Para o caso das mulheres, destaca-se a maior probabilidade de desemprego como também a sobrecarga de trabalho. A variável “estresse”, decorrente desses efeitos aparece como fator de risco importante, acompanhado do aumento do uso e abuso de álcool e drogas, considerando a dimensão do agressor. Para potencializar a vulnerabilidade causada por esses elementos, as medidas de isolamento incidiram numa redução drástica das ações de enfrentamento (ALENCAR *et al.*, 2020).

No âmbito familiar, as ditas “dinâmicas internas” vão produzir e intensificar os obstáculos no plano material que dificultarão o rompimento das relações abusivas. Isso porque os impactos econômicos, que recaem com maior força sobre as mulheres, são convertidos em vulnerabilidade financeira e dependência econômica, principais obstáculos para que os ciclos de violência sejam interrompidos. As situações de estresse, do mesmo modo, aparecem como incremento, sobretudo através do aumento do consumo de drogas lícitas e ilícitas (ALENCAR *et al.*, 2020).

No contexto de confinamento e isolamento social, a situação de coabitação ou afetividade, portanto, deve ser considerado como fator agravante da violência. Nesses períodos, há o aumento do tempo de convívio entre a vítima

e o agressor e a consequente diminuição dos momentos de afastamento que são rotineiros, aumentando o número de conflitos e também a sensação de impunidade do agressor, como apontado no estudo realizado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, expressos no gráfico 1.

GRÁFICO 1 - Percentual de frequência dos relatos de brigas de casal no Twitter (2020)



Fonte: FBSP, 2020.

Junta-se a isso uma perspectiva analítica de interseccionalidade, em que os marcadores sociais de diferenciação passam a interferir também com mais intensidade no aumento das agressões. Aqui há uma referência notória às questões de raça/cor e de classe social, apontadas como as que mais interferem nas situações de vulnerabilidade. Para se ter uma ideia, o Atlas da Violência

no Brasil no ano de 2019 verificou um aumento na taxa de homicídios de mulheres negras (29,9%) consideravelmente superior em comparação com as mulheres não negras (1,6%) no coorte temporal 2007-2017. As mulheres vítimas de violência no Brasil são em sua grande maioria negras, de baixa escolaridade e em situações de vulnerabilidade social (IPEA, 2020).

Em se tratando das condições de trabalho, elas estão sujeitas a maior precariedade: a maioria das mulheres que exercem trabalhos domésticos (68,5 %) são negras (IPEA, 2020). Quando a questão é a desigualdade de renda, as mulheres estão expostas às condições que também são agravantes da probabilidade de vitimização. As trabalhadoras que precisam se deslocar correm risco maior de contágio e aumento da dificuldade no cuidado com os filhos e os afazeres domésticos. As que não se deslocam cumprem do isolamento o trabalho, aumentando a extensão da jornada e gerando maior sobrecarga (ALENCAR *et al.*, 2020).

As dinâmicas externas por sua vez, devem ser pensadas a partir das possibilidades de proteção, prevenção e encaminhamento dos casos de violência e neste sentido, a prestação dos serviços fica comprometida, já que toda a rede de apoio já estabelecida também é impactada pelo isolamento social. O resultado é que as dificuldades de acesso às instituições de saúde e de segurança pública aumentam

e a impunidade – ou a sensação dela – corroboram para o aumento das ocorrências.

De acordo com o Banco Mundial, isso é substancialmente preocupante em contextos considerados como marcados por “sistemas de saúde e Estado de Direito fracos e que já apresentavam níveis elevados de violência e desigualdade de gênero” (BANCO MUNDIAL, 2020, p. 01). No caso específico do Brasil, no primeiro semestre de 2020, houve um aumento de 22% de ocorrência de feminicídio e 27% nas denúncias, se comparados com o mesmo trimestre do ano de 2019, conforme demonstrado na figura 1.

FIGURA 1 - Panorama da violência contra a mulher no Brasil durante a COVID-19 (março-abril de 2019/2020)



Fonte: Banco do Brasil, 2020.

Segundo o Banco Mundial, os casos de feminicídio cresceram 22,2% entre março e abril do ano de 2020 em 12 estados do país, comparativamente ao ano de 2019. Registros públicos ainda confirmam queda na abertura de boletins de ocorrência, evidenciando que, ao mesmo tempo em que as mulheres estão mais vulneráveis durante a pandemia, elas têm maior dificuldade para formalizar queixa contra os agressores (BANCO MUNDIAL, 2020).

AS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A PANDEMIA COVID19

Diante desse cenário, a Organização das Nações Unidas – ONU desenvolveu uma campanha voltada para a violência contra as mulheres, visando preveni-la e eliminá-la através de um ponto focal abrangente: ampliar o apelo à ação global no sentido de preencher as lacunas de financiamento para a garantia de serviços essenciais para as vítimas durante a crise do COVID19. Havia também como diretriz da campanha, um apelo para que os países se concentrassem na prevenção e na coleta de dados para subsidiar as melhorias nos serviços de atendimento de meninas e mulheres (ONU, 2020).

Quatro eixos de enfrentamento foram definidos como sendo essenciais, principalmente durante a pandemia. Primeiramente, a urgência do aumento do investimento nos serviços prestados. Neste campo, são três as dimensões que devem ser priorizadas, começando com a manutenção,

ou seja, a garantia de funcionamento das ações existentes e posteriormente a sua expansão. Tendo em vista a especificidade do contexto de isolamento, é realçada também a inovação nos serviços para que sejam mais eficazes. Se os impactos econômicos são considerados importantes fatores de vulnerabilidade, o Banco Mundial recomenda também a garantia de renda para as mulheres, além de reforço nas campanhas de conscientização e incentivo às denúncias, tudo isso através de parcerias com a sociedade civil (ALENCAR *et al.*, 2020).

Mas as respostas organizadas em escala mundial variam muito entre os países. Algumas iniciativas foram destacadas nos quatro eixos definidos pelo Banco Mundial, de acordo as particularidades de cada contexto. Em Portugal, houve a manutenção dos serviços de acolhimento às mulheres vítimas de violência, seguida da ampliação das vagas nos abrigos. Na França, destaca-se a manutenção do atendimento eletrônico para denúncias, funcionando 24 horas por dia. 45 milhões de dólares foram investidos pelos Estados Unidos no programa de prevenção à violência contra a mulher e um plano de contingência para resguardar aquelas que estivessem expostas à violência durante a quarentena foi criado no Chile. Ainda na América do Sul, na Argentina, as mulheres tiveram a garantia de renda durante a pandemia (ALENCAR *et al.*, 2020).

As parcerias com a sociedade civil fizeram surgir

iniciativas que se propagaram em escala global. Desde campanhas para utilização de máscaras com sinalização de perigo nas Ilhas Canárias e na Argentina, até treinamento de entregadores no Reino Unido para identificarem sinais de violência. Na França, as parcerias foram feitas com as farmácias e mercados que implementaram serviços de aconselhamento durante o atendimento.

No Brasil, destacam-se ações de investimento no incremento tecnológico e recursos financeiros para garantir o funcionamento dos serviços existentes. Do ponto de vista formal, as instâncias responsáveis definiram como prioridade a articulação e coordenação de ações entre poderes e instituições, principalmente através de ações de comunicação, estudos e pesquisas (ALENCAR *et al.*, 2020).

Do ponto de vista da prática, os autores ressaltam que foi no nível local de governo que as ações de prevenção e mitigação da violência doméstica se deram (ALENCAR *et al.*, 2020). Obviamente, houve a continuidade dos serviços prestados, sobretudo pela Rede de Atendimento à Mulher, além de uma campanha do Ministério da Cidadania e da Mulher, Família e dos Direitos Humanos, visando à conscientização e enfrentamento do problema. Destaca-se também o Programa “Você não está sozinha”, uma parceria entre setor público, sociedade civil e iniciativa privada.

De todo modo, é importante ressaltar que uma melhor compreensão do alcance dessas ações apenas começa a

ser vislumbrado. Os apontamentos acerca desse tema esbarram no velho problema dos dados, que também foram impactados pela pandemia em sua produção e divulgação. A exata manifestação do problema da violência doméstica ainda não pôde ser dimensionada, haja vista que se trata de um fenômeno em curso. As pesquisas apenas começam a identificar as mudanças que devem ser mais bem explicadas e compreendidas, e o mesmo acontece com as respostas dadas pelo Estado e pela sociedade em geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a pandemia trouxe a tona e deu visibilidade às mais diversas desigualdades já existentes, sendo as mulheres mais expostas às situações de vulnerabilidade, as recomendações dos estudos já realizados caminham na mesma direção. É necessário que se tenha claro o que deverá mudar no contexto pós-pandemia e como responderemos juntos a essa necessidade de mudança.

As pesquisas continuam acentuando a complexidade dos fatores que explicam a violência doméstica e sua ocorrência, sobretudo diante do paradoxo fundamental entre intimidade e violência. A intimidade precede à violência e, desse ponto de vista, parece indicar que a contradiga. Mas a violência doméstica ocorre na intimidade, praticada não por estranhos, mas em meio a relações íntimas, cuidados, atividade sexual, e, de forma mais aprofundada durante a pandemia, a

proximidade física.

A violência doméstica, problema subjacente a todos às sociedades, está encoberta por diversos processos que vão desde o acesso desigual ao mercado de trabalho, informação, justiça e direitos entre homens e mulheres. A sua magnitude, principalmente por ser praticada por parceiros íntimos, depende de uma série de circunstâncias que variam desde a própria definição de violência até o contexto no qual é medida. Na pandemia, como antes e depois dela, certamente permanecerá oculta em parte considerável dos casos, apesar da visibilidade do tema e da implementação de uma rede de serviços de atendimento.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, J.; STUKER, P.; TOKARSKI, C.; ALVES, I.; ANDRADE, K. de. **Políticas Públicas e violência baseada no gênero durante a pandemia da COVID-19: ações presentes, ausentes e recomendadas**. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200624_nt_disoc_78.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

ALVES, C. **Violência Doméstica**. 2005. Disponível em: <<http://www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2004010.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2020.

BANCO MUNDIAL. **O Combate à Violência contra a Mulher (VCM) no Brasil em época de COVID-19**. 2020. Disponível em: <<http://documents1.worldbank.org/curated/en/807641597919037665/pdf/Addressing-Violence-against-Women-VAW-under-COVID-19-in-Brazil.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2020.

BANDEIRA, L. **Três décadas de Resistência feminista contra o sexismo e a Violência Feminina no Brasil: 1976 a 2000.** Sociedade e Estado, Brasília, v. 24, n. 2, p. 401-438, maio/ago. 2009,

BRASIL. Lei Nº 11.340/06, de 7 de agosto de 2006.

CARDOSO, O. **Direito legal e insulto moral: dilemas da cidadania no Brasil, Quebec e EUA.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

DESLANDES, S. Ferreira. **A violência como realidade e desafio aos serviços de saúde.** In: *Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida.* Rio de Janeiro: Ed: FIOCRUZ, 2002.

DIAS, M. B. **A Lei Maria Da Penha Na Justiça na Efetividade da Lei 11.340/2006 de combate a Violência Domestica e Familiar contra a mulher.** São Paulo: Editora Revista das Tribunas, 2007.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). **Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19**, ed. 2, 2020. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/06/violencia-domestica-covid-19-ed02-v5.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

FOX, V. C. **Historical Perspectives on Violence Against Women.** *Journal of International Women's Studies.* v. 4, 2002.

GREGÓRIO, S.B. **Violência.** 2000. Disponível em: <<http://www.ceismael.com.br/artigo/violencia-manifesta-e-oculta.htm>>. Acesso em: 10 mai. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (Org.). **Atlas da violência 2019.** Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: IPEA; FBSP, 2020.

MICHELLAZZO, B. M. **Do dano moral: Teoria, legislação, jurisprudência e prática.** 4 ed. São Paulo: Lawbook, 2000.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de (org). **Violência sob o Olhar da Saúde.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003. p. 282.

OLIVEIRA, J.C.J. **Maria da Penha vai à escola?** Representações sociais de jovens do ensino médio sobre a violência doméstica contra a mulher. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=34922201025>>. Acesso em: 10 set. 2020.

ONU Mulheres. **Gênero e Covid-19 na América Latina e no Caribe:** dimensões de gênero na resposta. 2020. Recuperado de <http://www.onumulheres.org.br/wpcontent/uploads/2020/03/ONU-MULHERESCOVID19_LAC.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

Organização Mundial de Saúde/OMS. **Estimativas globais e regionais de violência contra mulheres:** Prevalência e efeitos na saúde da violência de parceiros íntimos e violência sexual não parceira. 2013.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2012.

SOUZA, C. M. e; ADESSE, L. (orgs.). **Violência sexual no Brasil:** perspectivas e desafios. Disponível em:<<http://www.sepm.gov.br/publicacoes/publicacoes/violenciasexual.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2020.

TELES, M. A. de A.; MELO, M. de. **O que é violência contra a mulher.** São Paulo: Brasiliense, 2003.

VENTURINE, G., RECAMÁN, M., OLIVEIRA, S. [et al]. **A mulher brasileira nos espaços público e privado.** São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 1996.

ÉTICA E BIOÉTICA: QUESTÕES SOCIAIS, RAÍZES FILOSÓFICAS E CIDADANIA

Marcos Aurélio Trindade⁵
Joanilva Ribeiro Lopes⁶

Dedicado ao Bioeticista Professor Doutor Christian de Paul de Barchifontaine in memorim

E nós acreditamos na bioética social e suas incomensurabilidades, pautadas nas revoluções científicas, dialética deste modo: porque ela é ativa, aplicada, crítica e reflexiva. Pois vai além da situação clínica ou hospitalocêntrica. Sua busca relutante é com os interesses da humanização na saúde, da política, dos povos como toda a nação. Sua luta é pela dignidade, equidade e justiça visando o bem comum, rechaçando a desumanização social e afirmando a humanização global. De fato ela é a força “instituinte” em constante confronto relacional com o “instituído”, buscando melhorias na “institucionalização”- (Marcos Aurélio Trindade e Christian de Paul Barchifontaine).

5 Mestrando em Bioética PUCPR. Pesquisador de Bioética, Investigador na UBA- (Argentina). Ativista de direitos humanos, saúde e educação. E-mail: marcos.trindade2014@gmail.com.

6 Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Enfermagem da Unimontes.

UM OLHAR CRÍTICO

Os argumentos desse capítulo expressa a autoria crítica, calcada nos fundamentos bioéticos e suas interdisciplinaridades. Pois a questão a ser discutida no âmbito acadêmico, pela qual se vincula essa ciência é nada mais nada menos, do que entender a esfera social e suas raízes filosóficas, que progrediu o entendimento, a saber. Não se trata de relatar um poder científico rigoroso, no que aqui está sendo escrito, mas arguir critérios racionais, que implicam o aparato cognitivo do leitor a facilidade pela crítica, dentro do âmbito bioético, caracterizada pela ética da vida. Por conseguinte esses escritos foram expressões, proferidas no seminário da Unimontes-MG, através de palestras, sobre questões relacionadas a saúde e seus impactos significativos na sociedade. Quando logo ouvimos dizer a palavra ética é possível notar de imediato, os aspectos fenomenológicos psíquicos, dizendo em nossa mente, como: Normas, comportamentos, moral, educação, valores e uma série de variações terminológicas classificadas de substantivos. Mas pretendemos aqui expressar, que a ética pode ser compreendida de várias formas, porém sua vinculação acreditamos, como um valor moral, em benefício à humanidade.

Podemos assim dizer que, os valores são ações conscientes que o ser humano tende-se a buscar a maturidade humana. Esse tão posicionamento sobre “valores” remete ao efeito de

qualidade, referindo a alguém valorando ações positivas, que dignificam a estrutura social ao qual vivemos. São fundamentos de valores, que eventualmente a moral, faz interpelar a ética, e, assim conduzir uma sociedade justa.

Reflexões como, Hessen (2001, p. 23), “valor é sempre valor para alguém. Valor é a qualidade de uma coisa, que só pode pertencer-lhe em função de um sujeito dotado de certa consciência capaz de registrar”. Esse substantivo, qualidade, tem o efeito de emitir o juízo de bem. Conscientemente e moralmente a teoria valorativa de “bem”, conduz o homem ao progresso e não ao retrocesso. Mas, enquanto processo de teorias benéficas, devem ser bem empregadas, pelas ações humanas.

A história humana é uma valorização da atividade do homem. A valoração é uma apreciação de valores. E para saber o que tem valor, o homem emite juízos de existência, onde os valores são coisas, ou seja, elementos das coisas. Já os juízos de valor não são coisas e nem elementos das coisas. Os descobridores de valores revelam valores que até então ninguém havia percebido. E esses conceitos produziram e estão produzindo efeitos significativos para a compreensão, a saber. O que encontramos na *Ética a Nicômaco* o pensamento de Aristóteles. “O homem feliz vive bem e age bem; pois definimos praticamente a felicidade como uma espécie de boa vida e boa ação.” (ARISTÓTELES, 1991, p.8). A questão é mais ampla, vai além da vida privada, a ideia de

que o Homem é um ser social, vive em sociedade e pratica a política, tem como fim o bem comum, a vida boa e feliz.

Tomar uma posição ética é fazer a justiça. É a capacidade de fazer o bem, o que é devido aos outros, e o hábito de evitar o mal que possa ser feito aos outros. A justiça social é a que tende ao bem coletivo, à prosperidade de todos para que todos vivam na plenitude da sua dignidade pessoal. O fim do movimento da vida humana é a prática do bem, ser bom.

O verdadeiro e o bom se penetram reciprocamente, porque o verdadeiro é certo bem, e todo bem é verdadeiro; por isso o bem pode ser considerado como uma cognição especulativa, se se considerar apenas a sua verdade [...]. E o bem pode também ser considerado praticamente, se se considera como bom, ou seja, se é considerado como o fim do movimento ou da operação" (ALVES apud AQUINO, 2015, p. 171).

A ética e a moral vêm dizendo com todo fervor esses atos. Segundo (Valls, 2004, P.14), ele descreve a ética de Aristóteles que: "a ética é para ser vivida, é práxis e não propriamente teoria ou poesia". É por esse fundamento que, a "revalorização é movimento para que o homem aprofunde o ideal e realize o real. "O ensinamento ético não é, portanto, uma comunicação de um saber, mas é antes uma comunicação de um poder como dizia Kierkegaard" (VALLS, 2004, P.15).

É por este viés que pensava Imanuel Kant, sobre a moral

a ética como princípio fundamental da vida humana, vale ressaltar que é necessário um apelo pela razão. Para que se intensifique o progresso da revolução do indivíduo racional a tomar a sua ousadia pelo conhecer e conhecendo praticando as necessidades do bem, sendo assim no homem virtuoso.

Assim, pois, somos chegados ao princípio de conhecimento moral da razão vulgar do homem. A razão vulgar não necessita deste princípio tão abstrato e em uma forma universal; mas, apesar de tudo, tem-no continuamente diante dos olhos, usando-o com critério em seus raciocínios. Fora bem fácil demonstrar aqui como, com esta bússola na mão, saber distinguir perfeitamente em todos os casos que ocorrem, o que é bom, ou o que é mau, o que é conforme ao dever ou contrário ao dever, quando, sem ensinar-lhe nada de novo, faz-se-lhe esperar tão-somente, como fez Sócrates, a seu próprio princípio, e que não faz falta ciência ou filosofia alguma para saber o que é que deve fazer para ser honrado e bom e até sábio e virtuoso (KANT, S/D, p. 48-49).

É um dever moral do homem sair da sua acomodação social e decidir pelo que vale apenas lutar. Neste princípio de moral e razão, lutar pela política que se transgredir é chamada “ação” o que se pode refletir acerca do bem e colocá-lo em prática. O valor da ética e moral é para voltar à razão humana, como fundamento de virtude, para praticá-la na sociedade e sendo assim curar sua crise de cuidados. Que

crise seria essa?

Quando estamos diante de certa indagação como essa, faz-nos enxergar, que o cenário atual em que estamos vivendo, fere questões como saúde, economia a vida e sua continuidade. Sendo assim, fica mais fácil entrarmos na questão Bioética e suas origens sociais, pois ela própria dita é a ética da vida. Porém pretendemos agora, abordar a saúde como um dever ético da preocupação humana, pois esta é por consequência um dos aspectos que sofre a determinada crise.

De acordo com Barchifontaine e Trindade (2019), a saúde é o dever fundamental na vida dos seres humanos e da nação e não pode ser vista, apenas como ausência de doença e apontam para intervenção de infraestrutura que melhorem os desequilíbrios sociais.

Promover a saúde significa garantir direitos e intervir em estruturas econômicas que perpetuam desigualdades na distribuição de bens e serviços. Políticas nessa área devem implementar estratégias que corrijam desequilíbrios sociais. Ao examinar a situação da saúde no Brasil, encontram-se diversos problemas que derivam das condições de vida da população – desigualdades geradas pela má distribuição de riquezas e oportunidades. No Brasil, alguns poucos indivíduos têm muitos direitos, enquanto muitos não têm quase nenhum. O mesmo ocorre com a distribuição de renda e recursos públicos. Há grande disparidade entre regiões e cidades

brasileiras: a mortalidade infantil, por exemplo, é muito maior na região Nordeste, em comparação com a Sul e Sudeste. Os indivíduos com maiores salários vivem mais do que aqueles que ganham apenas um salário-mínimo (BARCHIFONTAINE E TRINDADE, 2019, P. 444).

A Bioética se originou e foi assim cunhada o seu termo, em 1927, pelo alemão Fritz Jahr, na revista Kosmos, fundamentado entre relações de seres vivos, animais e plantas. “Fritz Jahr já utilizou o termo ‘bioética’ (“Bio-Ethik”) em 1927. Seu ‘imperativo bioético’ deve orientar a vida pessoal, profissional, cultural, social e política, bemcomo o desenvolvimento e a aplicação da ciência e da tecnologia” (PESSINI, 2013, p. 15).

Explicar um pouco dessa ciência é relembrar suas origens que solidificaram o pensamento, para se pensar em saúde nos dias atuais. Porém podemos considerar que Potter, desenvolveu com muito rigor essa ciência. Acreditando que antes das buscas históricas seria ele o primeiro a cunhar o termo. Porém houve as divergências, as teorias assertivas e científicas, dando a Potter não o criador da Bioética, mas provalvemente como um reiventor, pois:

Nos anos 1970-71 Potter cunha a palavra “bioethics”, utilizando-a em dois escritos. Primeiramente, no artigo “Bioethics, science of survival”, publicado em Persp Biol Med (1970) 3 ; posteriormente, na obra Bioethics: bridge to the future (1971)

1 - dedicada a Aldo Leopold, renomado professor na Universidade de Wisconsin, que pioneiramente começou a discutir uma "ética da terra". Este neologismo apareceu na mídia em 19 de abril de 1971, quando a revista Time publicou longo artigo com o título "Man into superman: the promise and peril of the new genetic", no qual o livro de Potter (PESSINI, 2013, p. 10).

Apreciando um pouco dessas polêmicas históricas, o cientista norte americano acreditava nessa ciência, como:

Ciência da sobrevivência humana", traçou para ela uma agenda de trabalho que vai desde a intuição da criação do neologismo até a possibilidade de ser encarada como disciplina sistêmica ou profunda, em 1988. O que lhes peço é que pensem a bioética como uma nova ética científica que combina a humildade, responsabilidade e competência numa perspectiva interdisciplinar e intercultural e que potencializa o sentido de humanidade (PESSINI, 2013, p. 10) .

QUESTÕES HUMANAS, JUSTIÇA, CIDADANIA E BRAISL

Construir uma sociedade justa é ter uma sociedade capaz de praticar a justiça. Que está fundamentada em valores produzindo um comportamento Ético. Inicialmente começa pelo raciocínio, que é uma ordenação de juízos, uma operação discursiva, pela qual se mostra que uma ou diversas proposições implicam em outra proposição. O juízo

não é apenas uma conexão de conceitos, é um ato de pensar, que diz o que é verdadeiro ou falso, pois a partir de uma definição se toma uma posição.

O Estado democrático de direito no Brasil não torna o cidadão livre, quando este é subjugado e obrigado a servir um modelo econômico opressor. O maior exemplo está na liberdade política que o cidadão tem para exercer a sua cidadania, escolher os seus líderes políticos para a construção do futuro. Só, que estes políticos muitas vezes traem a confiança do povo que o elege, ao defenderem os interesses externos em detrimento dos interesses nacionais. Assim podemos fazer as seguintes perguntas:

A obrigatoriedade do voto nas eleições brasileiras torna o cidadão um sujeito livre?

Quais são os limites entre as dimensões da servidão e liberdade presentes na vida do eleitor?

Na busca pela felicidade, o eleitor é enganado pela oratória política dos candidatos a cargos eletivos, e muitas das vezes, obrigatoriamente elegem quem lhe traz infelicidade.

Como escolher a verdade e rejeitar a mentira?

Devemos rever o conceito de Estado democrático de direito, torná-lo capaz de reorientar as suas forças econômicas vigentes na sociedade e assim produzir a felicidade, o bem-estar-social e a justiça social para todos os cidadãos.

Tradicionalmente o Estado é formado por quatro elementos:

Soberania, território, povo e finalidade. Só que ao longo do processo histórico, o Estado sofre transformações na sua forma de agir em função das forças econômicas vigentes na sociedade. Quem direciona a ação do Estado é o capital, que circula de acordo com o modelo econômico vigente. Assim começamos a analisar duas definições básicas de Estado:

I - Estado é “a corporação de um povo, assentada num determinado território e detentora de um poder originário de mando” - Georg Jellinek.⁷

II - Estado é “ordem jurídica soberana que tem determinado território” - Dalmo Dallari.⁸

Como tornar o Estado interessante para o povo que o constitui?

É permitir que o capital que circula no modelo econômico vigente, esteja a serviço do povo e não o povo a serviço do capital.

Surge então o *Estado democrático de direito* é um conceito de Estado que garante os direitos humanos e preserva as garantias fundamentais.

Os *direitos humanos*, segundo a ONU - Organização das Nações Unidas no Brasil, estabelecem o direito à vida e à liberdade, à liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho e à educação, entre e muitos outros direitos. Os direitos humanos são direitos inerentes a todos os seres

⁷Allgemeine Staatslehre, Berlim: O. Häring, 1914, p. 183. Primeira edição: 1900.

Elementos de Teoria Geral do Estado. 24. Ed. São Paulo: Saraiva, 2003, p. 118

8

humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição.

Direitos e Garantias Fundamentais são dispositivos que regulam a vida social, política e jurídica de todo o cidadão brasileiro. Os Direitos e Garantias Fundamentais encontram-se regulados entre os artigos 5^a ao 17^a da Constituição brasileira de 1988, estão destinados a estabelecer direitos, garantias e deveres aos cidadãos.

CARACTERIZAÇÃO DOS DIREITOS NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

A estrutura constitucional de 1988 tratou dos direitos fundamentais no título II de forma a separar o objeto de cada grupo. Assim, temos:

A - Direitos individuais e Direitos coletivos: representam os direitos do homem integrante de uma coletividade: (art. 5^a).

B - Direitos sociais: subdivididos em direitos sociais propriamente ditos (art. 6^o) e direitos trabalhistas (art. 7^a ao 11^a).

C - Direitos à nacionalidade: vínculo jurídico-político entre a pessoa e o Estado (art. 12^a e 13^a);

D - Direitos políticos; direito de participação na vida política do Estado; direito de votar e de ser votado, ao cargo eletivo e suas condições (art. 14^a ao 16^a).

E - Concluindo a deliberação sobre os Direitos e Garantias Fundamentais, o art. 17^a, dedicado exclusivamente aos partidos políticos.

Os artigos são:

- O artigo 5^a, traz em seu conteúdo os direitos e garantias individuais e coletivas. Enfatiza a igualdade perante a lei e as cinco dimensões:

- vida
- liberdade
- igualdade
- segurança
- propriedade

- Os artigos 6^a ao 11^a dedicam-se ao tratamento dos direitos sociais:

- educação
- saúde
- alimentação
- trabalho
- moradia
- lazer
- segurança
- previdência social
- proteção à maternidade e à infância
- assistência aos desamparados

- transporte
- O artigo 7^a, estabelece os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, em prol da melhoria de sua condição social.
- O artigo 8^a, dispõe sobre a associação profissional ou sindical.
- O artigo 9^a trata do direito de greve.
- O artigo 10^a dispõe sobre a participação de empregados e trabalhadores nos colegiados de órgãos públicos que tratem de seus respectivos interesses profissionais.
- O artigo 11^a, trata da garantia à eleição de um representante dos empregados em empresas que possuam mais de 200 funcionários.
- Os artigos 12^a ao 13^a foram dedicados aos direitos de nacionalidade:
 - O artigo 12^a trata de estabelecer quem é brasileiro, encaixando-se em uma das duas categorias, nato ou naturalizado.
 - O artigo 13^a foi dedicado aos símbolos e características da República Federativa do Brasil, como por exemplo, a língua portuguesa, considerada idioma oficial do país, os símbolos oficiais: bandeira, hino, armas e selo, e ainda a garantia aos Estados, Distrito Federal e Municípios de adoção de símbolos estaduais próprios.
- Os artigos 14^a a 16^a, que tratam dos Direitos

Políticos, e o artigo 17^a que se dedica aos partidos políticos.

- O artigo 14^a traz o conceito de soberania popular, uma subespécie do conceito soberania. Esta soberania popular, de acordo com o artigo, será exercida por meio de sufrágio universal, através de voto direto e secreto, sendo três as suas formas: plebiscito, referendo e iniciativa popular.
- O artigo 15^a tratará da cassação dos direitos políticos;
- O artigo 16^a tratará da entrada em vigor de lei que altere o processo eleitoral.
- O artigo 17^a tratará da livre a criação, fusão, incorporação e extinção de partidos políticos, resguardados a soberania nacional, o regime democrático, o pluripartidarismo, os direitos fundamentais da pessoa humana.

A contradição existente no Brasil é aquela que preserva os direitos políticos, mas vem eliminando direitos sociais do povo, para atrair o capital estrangeiro. Ou seja, os políticos através das leis vêm tornando o cidadão, que vota neles, escravos do capital estrangeiro, ao subjugá-los aos interesses que não garantem a felicidade, o bem-estar-social e a justiça social para todos os cidadãos. Não há uma política de preservação do povo frente às demandas do modelo econômico vigente, apenas um ato de submissão voluntária.

A mudança parte da ação da cidadania é a retomada de

consciência do cidadão, que ser livre é ter um Estado livre, na medida em que cumpre o seu próprio dever social. É a retomada de valores do cidadão para a construção de uma sociedade sadia. É possível rever a situação de servidão e liberdade presentes no Estado democrático de direito do Brasil. A liberdade tem que ser plena, através do voto e da participação popular, cabe ao cidadão ter uma atitude e buscar mudar a sua própria realidade frente o desafio de uma existência autônoma e feliz. Devemos eleger líderes políticos que sejam capazes de lutar pela liberdade plena do cidadão que o elege.

Assim, os princípios de uma ética fundante de uma moral que estabeleça valores para construção de uma sociedade próspera e feliz.

Uma sociedade justa se faz na construção histórica do processo político desta sociedade. Nada surge do nada, mas é constituído de um passado histórico. O presente representa os sonhos futuro do passado, se quisermos ter um futuro mais justo, temos que no presente romper com as amarras do passado, e direcionar as ações para um futuro sonhado. A justiça social é possível, basta que a sociedade tenha como princípio político a prática da justiça social.

Assim podemos fazer as seguintes perguntas: Onde cada cidadão político se situa na sua prática de cidadania? Como podemos definir o perfil de nossos líderes políticos? Eles são justos? A sociedade brasileira é justa? Como podemos

renovar o mandato de políticos injustos?

O futuro só existe acarretado de toda historicidade instituída pela colonização opressiva entre senhores e servos, e há um presente com o compromisso de criar o futuro. Ao olhar a história, faz surgir o novo e impede que o passado perpetue. Essa é a oportunidade para a mudança, de não impedir o inevitável, o princípio de justiça social deve modelar o comportamento social. O povo é enganado por uma visão de mundo que não está atrelada a realidade e nem atende as necessidades básicas, como a saúde, educação, segurança e moradia com saneamento básico.

Apontamos que poucas são as sociedades democráticas do século XXI, que estão no limiar da ruptura com o modelo político vigente. Elas querem encontrar o equilíbrio, a sustentabilidade, a longevidade pela política responsável e comprometida com os interesses dos eleitores. É a busca da descoberta do Homem real, que supera os valores impostos através do questionamento e da reeleitura mais profunda da realidade, onde retira a visão sagrada do ser humano e o coloca em seu lugar no espaço e tempo. O Homem não é o centro da atenção, que tudo quer e pode, existem limites, e o desafio está em aprender a conviver com os limites, na medida em que se coloca a vida de todos como o maior dos valores, ou seja, a democracia representativa.

A sociedade do século XXI tem que ser uma sociedade

que crie novos valores políticos, aqueles que não advêm somente dos poderosos e suas instituições, mas que surjam de forma democrática do seio da sociedade. E avaliar o que é nocivo ou não é nocivo para a humanidade.

Os valores não advêm só de leis ou instituições. Mas de um movimento social democrático que questiona o que fora recebido até então pela imposição do poder político vigente, fazer uma releitura no que fora passado de geração para geração como indubitável, pois isso engendra a revisão do que tem realmente valor, proporciona ao ser humano viver de forma mais autêntica, intensa, espontânea.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto podemos assim, considerar que ao falar sobre a ética da vida, sempre pensamos em seu caráter interdisciplinar e social, voltada para os interesses da humanidade em geral. Pois temas como: Economia, política, constituição, filosofia, cidadania, ética, moral, virtude, avultou-se o processos de sapiências as saber, pois a saída para a crise política, ela passa pela mudança de uma atitude da sociedade em si, que precisa valorizar conscientemente e intencionalmente, ao atender os interesses do direito da cidadania, para o benefício do bem comum de todos. Sendo assim, ocorre uma humanização, no seio político. O direito da liberdade é a “democracia” que se intensifica no povo, se o povo não luta pelos seus direitos; tampouco haverá

mudanças na atmosfera política. A preciosidade da política também se encontra no “ser mais”, que se fortifica nos homens o gosto pela mudança.

Segundo um educador brasileiro Paulo Freire, ele enxerga, o “ser mais”, como ações humanas que potencializa o homem a lutar por um mundo melhor. Sendo assim, a consciência, crítica e intencional se torna potência para que haja revolução transformadora na esfera política. O mecanismo da alienação é um dos fatores da “acomodação social”. Se a consciência é a fonte de poder dos homens, deve ser usada para o bem e para o progresso, pois:

“Fé na vocação de “ser mais”, que não é privilégio de alguns eleitos, mas direito dos homens. [...] O homem dialógico, que é crítico sabe que, se o poder de fazer, de criar, de transformar, é um poder dos homens, sabe também que podem eles, em situação concreta, alienados, ter este poder prejudicado”. (FREIRE, 1988, p. 93-94).

REFERÊNCIAS

ALVES, A. M. R. **Ser e Dever-ser**: Tomás de Aquino e o debate filosófico contemporâneo. São Paulo: Instituto Brasileiro de Filosofia e Ciência “Raimundo Lúlio” (Ramon Llull), 2015.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. In: *Poética/Aristóteles; seleção de textos de José Américo*. São Paulo: Nova Cultural, 1991.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Tradução de António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004.

BARCHIFONTAINE, C. P.; TRINDADE, M. A. Bioética, saúde e realidade brasileira. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 439-445, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000300439&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2021.

CABANAS, Q. **Pedagogia axiológica**: la educación ante los valores. Madrid: Dykinson, 1998.

CALDAS, C. O. **Teoria geral do Estado**. São Paulo: Ideias & Letras, 2018.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. 1988.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1988.

HESSEN, J. **Filosofia dos valores**. Coimbra: Almedina, 2001.

KANT I. **Fundamentos da Metafísica dos Costumes**. Rio de Janeiro: Tecnoprint, sd:48-49.

PESSINI, L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 1, p.09-19, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2021.

VALLS, A. L.M. **Da ética à Bioética**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BIOÉTICA E CUIDADOS DOS IDOSOS

*Jorge Luiz Gray Gomes⁹
Poliana Ferreira Luis¹⁰*

INTRODUÇÃO

Início com uma frase de um monge budista, citada pelo bioeticista Juan Masiá: “Passeio ao amanhecer de um dia de tempo bom. Deixo-me acariciar pela brisa, saboreio a experiência de estar vivo, de sentir palpitar minha vida. E penso: Viver – que maravilha e que enigma!” (*Apud Masiá, 2007, p. 57*)

A bioética dentre os vários temas que podemos abordar, temos sobre o “Cuidado do Idosos” como sendo relevante para a atualidade, tendo em vista a realidade de pandemia que estamos vivendo.

Dentre os tipos de bioética, temos duas que são importantes para o Brasil e América Latina: a principialista,

⁹Doutor em Teologia (Bioética pela FAJE), Mestrado em Teologia (Bioética-PUC-Rio) e Direito Canônico (PIDC-RJ), Bacharel em Direito (FASA).

¹⁰ Acadêmica da Enfermagem da Unimontes. Presidente da Liga Acadêmica em Oncologia e Cuidados Paliativos VITAL.

sendo expoente a USP, e a contextualizada (UnB). A bioética inicia-se em 1927, com o alemão Jahr¹¹² que fez uma contraposição do imperativo categórico de Kant com o seu imperativo bioético (adjetivo). Outros apontam para o termo *Bioethics*, substantivo utilizado pelo americano Van Rensselaer Potter no livro *Bioethics: bridge to the future*, em 1971. Este termo para Potter tem um sentido amplo relacionado com a ecologia.

A bioética principialidsta organiza-se a partir de quatro princípios: autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. Estes princípios são aplicados nos diversos problemas éticos surgidos. A bioética *contextualizada* tem sua relevância no Brasil no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UnB (Universidade de Brasília), desenvolvendo suas pesquisas nas seguintes linhas: 1. Fundamentos da bioética em saúde pública; 2. Situações emergentes em bioética e saúde pública; 3. Situações persistentes em bioética e saúde pública.

O cuidado com o idoso pode estar presente tanto na bioética principialista, a partir da autonomia, e também na contextualizada, respeitando a cultura local, o idoso enquanto pessoa que vive numa determinada região. Assim, o cuidado relaciona-se com a questão da vulnerabilidade.

112 Paul Max Fritz Jahr(Halle, (1895 -1953),um pastor que em 1927, se contrapôs criticamente ao imperativo categórico de Kant com o seu imperativo bioético: ‘respeite todos os seres vivos como um fim em si mesmo e trate-os como tal, se possível’. Por este feito, é considerado como o precursor da bioética mundial (PESSINI, L. *Revista BIOÉTICA*. CFM (Brasília) 2013; 21 (1): 9-19, p. 9-19*passim*).

Ruth Macklin, doutora em filosofia e professora de bioética na Faculdade de Medicina Albert Einstein nos EUA, afirma que os estudos sobre a vulnerabilidade e proteção têm relevância nas éticas clínicas, nas pesquisas e nas políticas públicas. Os contextos das áreas de atuação de cuidados são: sobre os vulneráveis que não podem ser prejudicados e sobre as mulheres oprimidas e que sofrem imposições e violências (MACKLIN, 2003, p. 59)

Para Macklin (2003, p. 60) “vulneráveis são pessoas relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses. De modo mais formal, podem ter poder, inteligência, educação, recursos e forças insuficientes ou outros atributos necessários à proteção de seus interesses”.

Rosemary Tong apresenta dois tipos de éticas: a do cuidado e as centradas no poder. Na ética do cuidado, realça valores como compreensão, direito à vida, à saúde, à alimentação etc. Na ética do poder, há um desejo de transformação das estruturas sociais que tiram os direitos fundamentais e dignidade.

A QUESTÃO DO IDOSO

Na questão do idoso, as questões de direito são fundamentais para uma melhor qualidade de vida das pessoas a partir de 60 anos. O Estatuto do Idoso é uma Lei Federal, n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, isto é, uma Lei

Orgânica do Estado Brasileiro destinada a regulamentar os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos que vivem no país (art. 1º).

O cuidado com o idoso é de direito fundamental, visto que a população brasileira está crescendo na faixa a partir de 60 anos. As pesquisas apontam para isso, ou seja, em 2039, a proporção de jovens (25,7%) e idosos (25,8%) se equivalerá. Essa proporção total deverá aumentar para 67,2% em 2060. Ou seja, daqui a 22 anos 67 pessoas dependerão de um grupo de cem pessoas economicamente ativas, em 2018 era 41% (IBGE)

As projeções da ONU indicam que a população mundial vai passar dos atuais 7,79 bilhões de habitantes em 2020 para 8,2 bilhões em 2025, com 1,22 bilhão de idosos, representando 15% do total em 2025. Isto é, somente no próximo quinquênio vai haver um acréscimo de 171 milhões de idosos (de 60 anos e mais) no mundo. E atualmente, muitos países da Europa já têm mais idosos em números (IBGE)

A população brasileira está em trajetória de envelhecimento e, até 2060, o percentual de pessoas com mais de 65 anos passará dos atuais 9,2% para 25,5%. Ou seja, 1 em cada 4 brasileiros será idoso. É o que aponta projeção divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

HOJE: ALGUMAS CONSTATAÇÕES IMPORTANTES

Aparição de uma nova faixa social que não existia antes: pessoas que hoje têm entre sessenta e oitenta anos pertencem uma geração que expulsou da terminologia a palavra envelhecer, porque simplesmente não tem em seus planos atuais a possibilidade de fazê-lo.

É uma verdadeira novidade demográfica, semelhante ao surgimento da adolescência; na época, que também era uma nova faixa social, que surgiu em meados do século XX para dar identidade a uma massa de crianças desabrochando, em corpos adultos, que não sabiam, até então, para onde ir ou como se vestir.

Este novo grupo humano, que hoje tem cerca de sessenta, setenta ou 80 anos, levou uma vida razoavelmente satisfatória. São homens e mulheres independentes que trabalharam durante muito tempo e conseguiram mudar o significado sombrio que tanta literatura latino-americana deu por décadas ao conceito de trabalho.

Longe dos tristes escritórios, muitos deles procuraram e encontraram, há muito tempo, a atividade que mais gostavam e na qual ganham a vida. Supostamente é por isso que eles se sentem plenos; alguns nem sonham em se aposentar.

Aqueles que já se aposentaram desfrutam plenamente de seus dias, sem medo do ócio ou solidão, crescem internamente. Eles desfrutam do tempo livre, porque depois de anos de trabalho, criação dos filhos, carências, esforços e

eventos fortuitos, vale bem a pena contemplar o mar, a serra e o céu.

Não são pessoas paradas no tempo; pessoas de cinquenta, sessenta ou setenta, homens e mulheres, operam o computador como se tivessem feito isso durante toda a vida. Eles escrevem, vêem os filhos como que já fizeram a parte deles, e entram em contato com seus amigos para os quais escrevem e-mails ou mandam whatsapps.

Pessoas de 60, 70 ou 80 anos, como é seu costume, estão lançando uma idade que *ainda não tem nome*. Antes, os que tinham essa idade, eram velhos e hoje não são mais... hoje estão física e intelectualmente plenos e produzindo, lembram-se da sua juventude, mas sem nostalgia, porque a juventude também é cheia de quedas e nostalgias e eles bem sabem disso.

Hoje, as pessoas de 60, 70 e 80 anos celebram o sol todas as manhãs, contemplam o mar, os rios, as florestas, as cachoeiras etc e sorriem para si mesmas com muita freqüência. Elas fazem planos para suas próprias vidas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais. O Brasil tem mais de 28 milhões de pessoas nessa faixa etária, número que representa 13% da população do país. E esse percentual tende a dobrar nas próximas décadas, segundo a Projeção da População, divulgada em 2018 pelo IBGE.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo IBGE

em 2013, mostrou que a cada quatro pessoas com 60 anos ou mais, pelo menos uma relatava participar de atividades sociais organizadas, como a seresta do palácio do Catete. Entre as mulheres, o percentual era maior, chegando a quase 30%. Mas a participação dos homens também foi significativa, ficando bem pouco abaixo dos 20%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente, a realidade aponta para deixarmos de olhar o idoso (a) como velho (a) ou vitimação, e sim como uma parcela bem considerável da população mundial; Perceber que o idoso (a) tem participação ativa na sociedade com suas vidas ativas de pai, mãe, avô, avó, amigo (a), trabalhador (a), cientista, entre outras.

A população idosa tende a crescer no Brasil nas próximas décadas, como aponta a Projeção da População, do IBGE, atualizada em 2018. Segundo a pesquisa, em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos, enquanto a proporção de jovens até 14 anos será de apenas 16,3%. Segundo a demógrafa do IBGE, Izabel Marri, a partir de 2047 a população deverá parar de crescer, contribuindo para o processo de envelhecimento populacional – quando os grupos mais velhos ficam em uma proporção maior comparados aos grupos mais jovens da população (IBGE, 2018).

Uma das iniciativas no mercado de trabalho pelo

mundo, relatadas pela professora titular de demografia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Simone Wajzman, é a alocação das pessoas idosas em áreas de atendimento ao público, ou em outras funções que exigem um profissional de perfil mais experiente e responsável. Ela acredita que a possibilidade de redução ou flexibilização da jornada de trabalho para essas pessoas também é uma solução. As discussões sobre iniciativas e políticas públicas para idosos também devem levar em consideração que essa população não é homogênea (WAJZMAN; HERMETO, 2005).

Sobre a previdência e assistência social, realçar a possibilidade do salário mínimo para quem não tem nenhum meio de prover sua subsistência, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas). Visto que até ele ou ela receber o benefício, pela morosidade, pode conseguir um trabalho para a sua sobrevivência, enquanto aguarda o benefício.

O Estatuto do Idoso (capítulo 6) afirma a possibilidade do idoso no mercado de trabalho a partir do respeito de suas limitações, devido à idade. Sendo assim, profissões que pois não exigem força física e nem tampouco esforços acima de suas possibilidades. Assim, dentre outras profissões, as de síndico, recepcionista, consultor, assessores, suas profissões que já tenham, além de exercer com autonomia a sua experiência, não vão de encontro ao Estatuto do Idoso, no

que se refere às limitações físicas, intelectuais e psíquicas.

Conforme afirmam os países de língua portuguesa na África: “Quando morre um idoso, perde-se uma biblioteca”.

REFERÊNCIAS

FERRER, J.J.; ÁLVAREZ, J.C. **Para fundamentar a bioética**. Teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População Idosa. Censo Demográfico 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MACKLIN, R. Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003.

MASIÁ, J. **Encontros de bioética, lidar com a vida, cuidar das pessoas**. São Paulo: Loyola, 2007.

NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM BIOÉTICA (NEPEB) - CÁTEDRA UNESCO DE BIOÉTICA. Disponível em: <<http://bioetica.catedraunesco.unb.br/>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

PESSINI, L. **Revista Bioética**. CFM (Brasília) 2013, v. 21, n. 1, p. 9-19.

VÉLEZ, J. (Org.). **Bioéticas para el siglo XXI**. In: *30 años de bioética (1970-2000)*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2003.

WAJNMAN, S.; HERMETO, A. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** IPEA: Editors: Ana Amélia Camarano, 2005. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/261798144_OS_IDOSOS_NO_MERCADO_DE_TRABALHO_TENDENCIAS_E_CONSEQUENCIAS>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BIOÉTICA E SAÚDE GLOBAL A PARTIR DE BAIXO: DESAFIOS DE UM MUNDO CONECTADO

*Alexandre A. Martins*¹²

Nas últimas duas décadas, vimos a construção e expansão de um novo campo interdisciplinar de ação e estudos conhecido como saúde global, liderado particularmente por países do hemisfério norte. No Brasil, esse campo ainda atrai pouca atenção de pesquisadores, profissionais da saúde, pensadores e líderes políticos. No aspecto prático da saúde global, o Brasil tem pouca – ou quase nenhuma – tradição em ajudar outros países nas questões relativas à saúde, seja essa ajuda por meio de parcerias internacionais entre governos¹³

12 Doutor em Bioética e Ética Teológica pela Marquette University. Pós-Doutorado em Democracia e Direitos Humanos pelo *Ius Gentium Conimbrigae* da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Professor no Departamento de Teologia e na Escola de Enfermagem da Marquette University, Milwaukee, WI – Estados Unidos. alexandre.martins@marquette.edu

13 Um exemplo de saúde internacional, no caso o Brasil recebendo ajuda, foi o Programa Mais Médicos, sendo a parceria mais conhecida a estabelecida entre os governos brasileiro e cubano. JESUS, Rebeca Amorim de; MEDINA, Maria Guadalupe; PRADO, Níliá Maria de Brito Lima. “Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais” *Interface* 21, suppl.1, 2017, p.1241-1256.

ou por meio das ações de organizações não governamentais brasileiras na área da saúde atuando em outros países. É fato que os brasileiros têm voluntariado em ações internacionais de saúde, como as promovidas pelos *Médicos sem Fronteiras*, assim como o Brasil conta com a presença de organizações internacionais atuando no país, além de organizações brasileiras com projetos de assistência à saúde financiados por recursos estrangeiros.

Quando olhamos especificamente para a bioética, percebemos que há uma limitada produção dessa disciplina orientada à saúde global. Há poucos estudos bioéticos no Brasil abordando questões de saúde global, uma área ainda a ser explorada. Existem produções mais robustas na área de bioética global, mas com estudos voltados à bioética em si mesma, em torno de um debate sobre a possibilidade ou a negação de uma bioética global a partir de princípios de caráter universal. As teses sobre a legitimidade ou não de uma bioética global, apresentadas no Brasil, seguem a discussão internacional sobre o mesmo tema, que também falha em desenvolver uma bioética que ultrapasse essa reflexão interna e se volte às questões éticas em saúde global.

Considerando estudos bioéticos de caráter teológico produzidos no Brasil, nota-se uma lacuna ainda maior em relação aos desafios da saúde global. Internacionalmente, essa perspectiva a partir da teologia também é muito tímida, apesar de existir trabalhos como o organizado pelos teólogos

estadunidenses da Universidade Loyola de Chicago, M. Therese Lysaught e Michael McCarthy, *Catholic Bioethics & Social Justice: The Praxis of US Health Care in a Globalized World* (COLLEGEVILE, 2019) e o do Paul Farmer (2018) que, apesar de não ser um teólogo, mas um médico antropologista, utiliza-se da teologia da libertação como fundamento para sua reflexão e ação no campo da saúde global. Ele chegou até a escrever um livro com o teólogo peruano Gustavo Gutiérrez sobre a importância do princípio da ética social católica, conhecido como opção preferencial pelos pobres, à saúde global.¹⁴ Por fim, temos o trabalho de Alexandre A. Martins com uma reflexão bioética em diálogo com a teologia sobre os desafios éticos em saúde global (FARMER; GUTIÉRREZ, 2013).

O caráter da legitimidade de conceitos universais para uma bioética global domina o debate. Trabalhos que exemplificam isso são o de Tristram Engelhardt e sua bioética ortodoxa, que refuta a possibilidade de uma bioética global (ENGELHARDT, 2016) e o de Henk ten Have, que acredita que a bioética global não é apenas possível como necessária (TEN HAVE, 2016). No Brasil, talvez o bioeticista e teólogo Léo Pessini seja um dos que mais se dedicou à bioética global, especialmente em seus últimos anos de vida. Pessini acreditava na importância de uma bioética global, de caráter plural, inclusiva e orientada à vida dos pobres. Encontrou

¹⁴ FARMER, Paul, GUTIÉRREZ, Gustavo. In the company of the poor: conversations with Dr. Paul Farmer and Fr. Gustavo Gutiérrez. Maryknoll, NY.: Orbis Books, 2013.

na vulnerabilidade¹⁵ o elemento que permitiria essa conexão transnacional para os direitos humanos e a bioética global: “A questão dos direitos humanos está profundamente conectada ao conceito de vulnerabilidade, mas também ao desenvolvimento da bioética global” (PESSINI, 2018, p. 439). Contudo, essa bioética global aborda apenas questões de saúde global de forma tangencial, carecendo de uma perspectiva que não seja sobre si mesma, mas sobre os desafios éticos da saúde global.

Na América Latina, a bioética – que foi introduzida na região a partir da bioética originada nos EUA, com foco nas questões biomédicas, especialmente os conflitos na relação médico-paciente – logo se envolveu com as questões sociais em torno da saúde, em um contexto marcado pela pobreza e por desigualdades, com os maiores desafios no acesso a serviços médicos. Dessa forma, a bioética aqui assumiu prontamente um caráter social e libertador, com perspectivas como a bioética de intervenção, articulada primeiramente por Volnei Garrafa e Dora Porto (2003) e a bioética de matriz libertadora, da qual os teólogos Márcio Fabri dos Anjos (2003) e Christian de Paul Barchifontaine (2005) foram pioneiros. Fala-se agora também de uma bioética com foco no enfrentamento das estruturas e das interações históricas,

15 Vulnerabilidade como elemento catalizador de uma bioética de abrangência global em vista da promoção dos direitos humanos é também a perspectiva presente na UNESCO, “Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos”, 2006. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>. Acesso em 16. fev. 2021. Sobre esse conceito de vulnerabilidade na bioética global, veja: CUNHA, Thiago, GARRAFA, Volnei. “Vulnerability: A key Principle for Global Bioethics?” *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 25, n. 2, 2016, p. 197-208.

econômicas e socioculturais que criam e sustentam relações de exploração e dominação (CUNHA; LORENZO, 2014). Esse aspecto social, orientado às questões de saúde decorrente da injustiça, fez com que a bioética no Brasil, tanto de matriz secular quanto teológica, se aproximasse da área de saúde pública, enfrentando questões como as desigualdades em saúde, a necessidade de políticas com base na equidade e os determinantes sociais de saúde.¹⁶

Se, por um lado, a bioética no Brasil voltou-se às questões de saúde pública, com uma produção robusta e relevante, por outro, a expansão para o campo da saúde global – e até mesmo o perceber das relações entre o local e o global na área da saúde – não seguiu a mesma linha. Com a chegada da pandemia de Covid-19, claramente um problema de saúde global até mesmo para os mais isolados e alheios a qualquer preocupação com serviços de saúde que ultrapassem a própria necessidade pessoal, a relação entre o local e o global tornou praticamente impossível para os bioeticistas contornarem esse elefante no meio da sala sem vê-lo ou tocá-lo. A pandemia tornou urgente a necessidade de uma bioética que deixe de discutir a si mesma sobre a legitimidade de uma vertente com princípios universais, e que enfrente, como bioética, as questões éticas de saúde global. Dessa forma, a pandemia de Covid-19 está desafiando a bioética a se debruçar sobre as questões de saúde global, com

¹⁶ Trabalhos pioneiros de bioética e saúde pública são: FORTES, Paulo Antônio de Carvalho, ZOBOLI, Elma L. (orgs.) *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Edições Loyola, 2003. BARCHIFONTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. (orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo Press, 2007.

estudos sobre as relações entre o global e o local no campo da saúde a partir do impacto na experiência das pessoas na realidade local. De modo introdutório, este texto terce uma contribuição, somando-se a outras já sendo publicadas pelo mundo,¹⁷ para enfrentar esse desafio. Partiremos do que já foi construído até aqui, pois esses são os recursos disponíveis para podermos avançar e, assim, oferecermos algo para a busca de respostas aos desafios éticos relacionados à saúde global, agora expostos e/ou exacerbados pela pandemia de Covid-19. Primeiramente será apresentado o que se entende como saúde global, essa que está sendo corroída pela pandemia. Em seguida, desenvolveremos uma reflexão partindo da tese que a compreensão das questões de saúde global necessita, de uma perspectiva da realidade local que inclua as vozes e a participação das pessoas pobres e marginalizadas, pois elas têm algo para contribuir a partir de seu conhecimento experiencial – são elas que vivem as dores e os sofrimentos das injustiças em saúde na realidade local. Mostraremos a contribuição da chamada opção preferencial pelos pobres para o desenvolvimento dessa bioética em saúde global a partir de baixo.

17 Muitos textos sobre bioética e saúde global, especialmente relacionados com a pandemia, têm sido publicados internacionalmente. Por exemplo, *The American Journal of Bioethics* dedicou toda a edição de junho de 2020 (vol. 20. n. 07) a questões bioéticas decorrentes da pandemia de Covid-19. Há também a periódico internacional *Global Bioethics*, que se dedica às questões globais. No Brasil, essa produção segue a mesma intensidade, como mencionamos na introdução deste artigo, mas algumas produções começam a aparecer, como: NOHAMA, N.; DA SILVA, J. S.; SIMÃO-SILVA, D. “Desafios e conflitos bioéticos da covid-19: contexto da saúde global” *Revista Bioética* 28, n. 4, 2020, p. 585-594.

BIOÉTICA E SAÚDE GLOBAL

O debate sobre a legitimidade de uma bioética global busca responder à questão se há valores universais capazes de proporcionar um referencial bioético que transpasse as particularidades culturais dos países em um mundo globalizado. Ela tem uma preocupação global com o desenvolvimento das ciências da vida e com a sobrevivência e a manutenção de um planeta sustentavelmente habitável. Sendo assim, a saúde global parece uma preocupação natural para aqueles que reconhecem a necessidade de uma bioética global. Se, por um lado, a universalidade dos referenciais bioéticos é matéria de dissenso, por outro, o fenômeno da globalização tem um impacto no mundo da saúde, e os desafios que isso gera para as realidades locais, em sua relação com o global (ou com o internacional), mostram problemas objetivos que precisam ser enfrentados. A pandemia de Covid-19 tem essa objetividade que nenhum dissenso sobre a universalidade de conceitos e princípios consegue negar. Nesse sentido, a proposta é uma bioética que parta da realidade objetiva, isto é, dos problemas concretos que impactam o mundo da saúde e objetivamente vulnerabilizam, adoecem e matam pessoas. Esse partir da realidade permite um ponto de encontro entre as mais diversas visões de mundo e culturas, onde o diálogo se torna uma ferramenta para que diferentes sujeitos se engajem na busca por caminhos para enfrentar questões concretas, que tocam a saúde e a vida das pessoas. Portanto, ver a realidade

da saúde global – conhecer as questões pontuais no ambiente local e sua relação com o global, sentir e se solidarizar com as pessoas que estão sofrendo, estar com elas, contemplar suas faces e escutar suas vozes – cria caminhos para o encontro entre diferentes sujeitos, capazes de dialogar sobre os desafios objetivos que precisam ser enfrentados por uma bioética voltada à saúde global. Essa perspectiva muda o foco do debate de uma busca (ou negação) de referenciais universais para uma bioética global¹⁸⁶, realizada de cima para baixo, para um método que se inicia a partir do olhar e do compreender a realidade onde os problemas são concretamente experienciados na vida das pessoas, onde acontece um encontro dialógico de baixo para cima.

De forma didática, a opção deste texto é por não entrar na discussão sobre uma bioética global, mas expandir a compressão do que seja saúde global e como ela está sendo fortemente ferida pela pandemia de Covid-19, o que impacta desproporcionalmente os mais pobres e os grupos tradicionalmente marginalizados em seus países – como negros e indígenas, no caso brasileiro. A saúde global é um campo novo que tem ganhado muito destaque no século

¹⁸⁶ Essa perspectiva do iniciar da realidade, junto com as pessoas que melhor representam os problemas enfrentados no contexto da saúde, tem sua base na perspectiva teológica na qual a realidade dos pobres se torna o *locus* de onde se realiza a reflexão teológica. Dessa forma, a sugestão é de uma bioética que torna a realidade e o encontro com as pessoas que sofrem, devido a marginalização socioeconômica que as torna mais vulneráveis a enfermidades (e, quando doentes, sem acesso a assistência à saúde adequada, sendo a morte precoce o destino de muitas), o *locus* onde a reflexão bioética e sua interação com a assistência à saúde são realizadas. Sobre a realidade como *locus* teológico, veja: BOFF, Leonardo. *Jesus Cristo libertador: ensaio de cristologia crítica para o nosso tempo*. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 13-14.

XXI. Há várias definições sobre o que seria de fato saúde global como uma área de atuação. Apesar de divergências, o comum a todas as perspectivas é que a saúde global é uma área que abrange questões relacionadas à saúde, sejam elas a assistência médica ou os determinantes socioeconômicos de saúde, ultrapassando fronteiras nacionais e influenciando experiências em outros países. É uma área interdisciplinar que abrange ações de promoção de saúde e bem-estar, além de pesquisas com o objetivo de avançar a equidade em saúde de grupos sociais menos favorecidos e da população global como um todo (ABDALLA; OGNENIS, 2019). Um dos pioneiros da bioética e saúde pública no Brasil, Paulo Fortes, assim apresenta a saúde global:

Desde as últimas décadas do século passado, vem sendo construído o campo da Saúde Global, com caráter multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo o conhecimento, o ensino, a pesquisa e a prática, enfocando questões e problemas de saúde supraterritoriais, que extrapolam as fronteiras nacionais, assim como seus determinantes e as possíveis soluções, necessitando da intervenção e de acordos entre diversos atores sociais, incluindo países e governos, agências e instituições internacionais públicas e privadas (FORTES, 2015).

Como se pode perceber, a saúde global é como uma expansão da saúde pública, essa compreendida como o conjunto de ações organizadas, em uma sociedade, para

prevenir doenças, promover e cuidar da saúde, e prolongar a vida das pessoas e o bem-estar da população em geral (ABDALLA; OGNENIS, 2007). O foco da saúde pública é a saúde populacional. Esse também é o foco da saúde global quando se expande para além das fronteiras nacionais. Paul Farmer et al. afirma que a saúde global é interdisciplinar e necessita análises biossociais, em vista de compreender as injustiças e desigualdades em saúde que criam um fardo de enfermidade e mortes desproporcionais para as pessoas e os países mais pobres (FARMER, et al., 2013, p. 1-14)“A saúde dos indivíduos e das populações são influenciadas por complexas forças sociais e estruturais. Dessa forma, enfrentar as raízes da enfermidade inclui combater a pobreza, a desigualdade e a degradação ambiental. Isso exige uma ampla agenda de mudança social”.

A saúde global não está restrita ao contexto exclusivo da assistência médica, mas inclui tudo aquilo que torna as pessoas vulneráveis às doenças e à morte precoce devido à falta de assistência médica. Inclui também relações internacionais, especialmente no aspecto econômico, que marginalizam populações, criando pobreza e opressão. Muitos estudos têm mostrado que o principal fator que torna as pessoas mais vulneráveis à enfermidade e à morte precoce não é uma patologia em si mesmo, mas a pobreza. Assim sendo, a saúde global não pode se isentar de enfrentar a pobreza e a suas causas. A bioética que se adentra nas questões de saúde global precisa seguir um

caminho que coloque as estruturas socioeconômicas e heranças históricas, como as que são fruto do colonialismo, em análise para enfrentar a pobreza e a opressão em sua relação com as desigualdades em saúde (CUNHA; LORENZO, 2014).

A pandemia de Covid-19 mostrou a fragilidade da saúde global e suas tremendas injustiças. Apesar da saúde global, quando vista como um conceito ou mesmo como uma disciplina, soar como algo distante e abstrato, pois pode levar a se pensar em algo utópico, seus desafios e impacto na vida das pessoas são reais e ocorrem na esfera local. Por exemplo, uma decisão econômica de um país com mais poder - que cria um protecionismo de mercado que lhe dá prioridade na compra de insumos médicos - faz com que um país de baixa renda, já sofrendo com a escassez de seus recursos econômicos, não possa competir nesse mercado. Consequentemente, a população desse país fica desprovida da assistência à saúde de que necessita (EYAWO; VIENS, 2020). Apesar de trágica, a pandemia de Covid-19 tornou-se uma oportunidade para repensarmos as relações e as estruturas que controlam o mundo, com impactos na vida e na saúde das pessoas que são totalmente desiguais, pois essas estruturas protegem uns poucos privilegiados e exacerbam o sofrimento do restante da população mundial. A relação entre o global e o local está aí, explicitada pela pandemia. A bioética, se deseja ser relevante para além de discussões acadêmicas

teóricas, deve se voltar às questões e aos problemas concretos na vida das pessoas que brotam dessa relação que chamamos de saúde global.

BIOÉTICA E EQUIDADE EM SAÚDE GLOBAL A PARTIR DE BAIXO

Quando estamos no campo da saúde global, há um fato que deve ser afirmado desde o início: a principal causa dos problemas de saúde, doenças e mortes prematuras é a pobreza.¹⁹ Há um círculo vicioso²⁰ que começa com a injustiça e termina com a morte: pobreza não é um fenômeno natural, mas uma criação socioeconômica que torna as pessoas vulneráveis ao adoecimento. Uma vez doente, uma pessoa pobre não tem acesso aos cuidados médicos necessários para se recuperar. Isso leva a mais sofrimento, tornando-a ainda mais pobre e doente. Como resultado, o pobre morre por conta de um processo de negação de sua dignidade.

Dessa forma, uma perspectiva bioética a partir da realidade do pobre se faz necessária para romper o círculo vicioso responsável pela vulnerabilidade, que torna muitas pessoas vítimas dessa violência contra a sua dignidade. Essa

19 Existem muitos relatórios abrangentes com estudos mostrando a conexão entre pobreza e doença. Esses relatórios são promovidos por organizações como a OMS, as equipes de trabalho do Banco Mundial e The Lancet, e podem ser encontrados em seus sites. Veja também: Nazim Habibov, Alena Auchynnikava and Rong Luo, "Poverty Does Make Us Sick" *Annals of Global Health* 85, no. 1 (2019): 1-12.

20 Norman Daniels et al. falam de um círculo em que a pobreza causa problemas de saúde que tornam as pessoas vulneráveis ainda mais pobres e, portanto, reduzem o estado de saúde. DANIELS, Norman et al. "Health and Inequality, or Why Justice Is good for Our Health," in ANAND, S.; PETER, F.; SEN A. *Public Health, Ethics, and Equity*. New York: Oxford University Press, 2004, p. 65-66.

perspectiva se dá a partir do *locus* social onde se encontram as vítimas dessa violência estrutural. É uma perspectiva a partir de baixo, da experiência dos pobres, que coloca suas vozes no centro de nossa discussão e de nossas ações por meio de uma opção preferencial por eles²¹ em saúde global.

Neste capítulo, não entraremos na discussão teórica sobre a opção preferencial pelos pobres, como foi desenvolvida originalmente pela teologia da libertação, e sobre o seu uso em áreas para além da teologia, como a saúde (GUTIÉRREZ, 2003). O objetivo é avançar nessa reflexão, mostrando a contribuição da opção preferencial pelos pobres para uma bioética orientada a enfrentar os desafios da saúde global. Nesse sentido, a bioética – considerando o global a partir dos problemas concretos na realidade local que afeta a vida dos pobres e dos oprimidos – tem na opção pelos pobres uma perspectiva ética que permite aos bioeticistas um engajamento com os oprimidos e sua realidade, a fim de escutar suas vozes, aprender com suas experiências e, assim, buscar caminhos e práticas coletivas capazes de quebrar o círculo vicioso: pobreza – vulnerabilidade – falta de assistência à saúde – morte prematura.

Apesar da área conhecida como saúde global ter se expandido muito nos últimos anos, ela não é o foco da grande maioria dos estudos em bioética. Nos EUA, onde a saúde global tem ganhado cada vez mais espaço, os bioeticistas

21 A opção preferencial pelos pobres é um princípio do ensino social católico, originado na teologia da libertação, que apareceu pela primeira vez em um documento oficial da Igreja Católica em 1987

ainda continuam mais ocupados com as questões clínicas e os conflitos entre profissionais de saúde e pacientes devido à autonomia dos pacientes e ao uso de novas tecnologias.²² A justiça, que é um dos princípios do mantra de Georgetown (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), (CAMPBELL, 2017) é fortemente abordada como uma perspectiva individual em relação àqueles que têm acesso aos cuidados médicos. Isso diminui o aspecto social da justiça, limitando o princípio de justiça ao relacionamento entre dois indivíduos.

A saúde pública e a global tratam da justiça na atenção à saúde que incorpora a participação dos indivíduos no bem comum. A justiça que cria participação no bem comum é aquela que promove a construção e a manutenção coletiva que permite uma relação justa entre pessoas e um acesso igualitário aos direitos cívico-sociais. Isso significa que a justiça cria condições para que as pessoas participem do bem comum, como o atendimento à saúde através do qual um indivíduo (que busca atendimento) encontrará o outro (que cuida), e ambos terão uma relação justa para a promoção do bem-estar de todos os envolvidos.

No campo da saúde global, o foco na justiça social também corre o risco de ser tão enfatizado teoricamente que às vezes esquecemos do indivíduo, principalmente aquela pessoa humilde que vive em uma área empobrecida. Não é

²² Paul Farmer é um dos acadêmicos e líderes em saúde global que apresenta essa crítica: FARMER, Paul, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press, 2003, p. 196-212.

raro que iniciativas de saúde global sejam desenvolvidas em escritórios de países ricos, considerando a cultura ocidental, para serem implementadas em uma região de baixa renda com cultura e visão de mundo totalmente diferentes. A implementação de tais projetos é cheia de potenciais conflitos, extremamente frágil e susceptível ao fracasso. Por quê? Porque os 'especialistas' ignoram o conhecimento das pessoas que vivem nas realidades que eles desejam servir. Frequentemente, esses especialistas em saúde global querem saber mais sobre a vida e a experiência local dos pobres do que os próprios pobres.

A implementação da imensa maioria dos projetos em saúde global, nas realidades locais marcadas pela pobreza, tem uma abordagem de cima para baixo. Essa abordagem faz parte do *mainstream* internacional e é pouco questionada. Muitas organizações, universidades e projetos patrocinados por governos ou pelo setor privado usam essa abordagem de cima para baixo, com um controle centralizado no topo da pirâmide. Não se questiona as boas intenções desses projetos, mas sua eficácia e seu respeito ético pelas particularidades e autodeterminação das pessoas que visam servir. Esse é um problema que muitos começam a identificar. Por exemplo, em um congresso sobre os *Desafios Éticos em Saúde Pública Global*, realizado pelo Boston College (2019) a maioria dos painéis apontava para o entendimento de que as ações de saúde global devem envolver as comunidades locais, valorizando seu conhecimento, cultura e experiências.

Assim, as iniciativas globais de saúde promovem ações com parceiros locais para criar independência.

No entanto, uma abordagem que começa de baixo, dando voz às comunidades locais nos processos de tomada de decisão, está longe de ser adotada por algumas das principais organizações de saúde global, como a própria Organização Mundial da Saúde. Thana Cristina de Campos, da Pontifícia Universidade Católica do Chile, destaca que a centralização é a perspectiva dominante na governança da saúde global, com ações, projetos e sistemas controlados por um poder central como a OMS ou, mesmo em níveis mais elevados, como a própria Nações Unidas. Segundo Campos, a falta de objetivos comuns claros, de inclusão das comunidades locais e de coordenação são os principais problemas da governança em saúde global, reconhecidos até mesmo por aqueles que defendem a centralização. Na contramão da tendência, Campos (2017) defende uma governança em saúde global baseada no princípio de subsidiariedade. Este princípio – desenvolvido pelo ensino social católico e incluído no Tratado da União Europeia, artigo 5 – cria um caminho para uma governança em saúde global que inclui experiências e comunidades locais, empoderando e respeitando suas próprias particularidades. Isso ocorreria porque o princípio da subsidiariedade se assenta em três pilares: não-abandono, não-absorção e coordenação. Esses aspectos do princípio de subsidiariedade são mais apropriados para enfrentar os três principais desafios da governança em saúde global, porque

favorecem que as comunidades sejam agentes de saúde global a partir de sua própria realidade, considerando sua visão de mundo e suas experiências.

A sugestão de Campos de usar o princípio da subsidiariedade com um guia na governança de ações em saúde vai na mesma direção da perspectiva de promoção global da saúde baseada na opção preferencial pelos pobres. Essa opção direciona as iniciativas em saúde global para o envolvimento das comunidades locais, considerando o conhecimento de seus moradores e sua experiência em meio à pobreza. Portanto, os pobres tornam-se parceiros ativos em ações de saúde em suas comunidades e não apenas destinatários de ações de saúde global, oriundas de nações ricas e determinadas por líderes distantes da realidade local, onde os problemas são experienciados.

Considerando que questões de justiça e de participação no bem comum (seja no acesso a serviços médicos ou na governança de ações de saúde) são desafios éticos centrais na saúde global, a opção preferencial pelos pobres oferece uma perspectiva que inverte a abordagem mais comum dos cuidados de saúde, tornando os pobres e suas vozes parceiros centrais no esforço de promoção da saúde global. Uma perspectiva a partir dos pobres contribui para a quebra do círculo vicioso criado pelo empobrecimento (pobreza - vulnerabilidade - doença - falta de cuidados de saúde - morte prematura). É uma perspectiva a partir de baixo que

respeita as particularidades das comunidades locais, fazendo com que as vozes dos pobres sejam escutadas e levadas a sério. Portanto, um pensar e agir a partir de baixo oferece um caminho inclusivo para responder a uma crítica comum de que as organizações de saúde global promovem uma nova forma de colonialismo, porque criam dependência e não trabalham para o empoderamento de comunidades empobrecidas e por seu desenvolvimento autônomo a partir de sua própria visão de mundo e capacidade de colaboração.

Ademais, a equidade na saúde global é uma questão ética porque, em seu centro, há uma questão de justiça: *justiça social* – nas estruturas e serviços que criam acesso aos cuidados de saúde – e *justiça* na forma de lidar com as pessoas (locais), para que possam participar, com sua voz e conhecimento, nos processos de tomada de decisão. Esses são elementos essenciais para a justiça social e para um estado democrático, encontrados na opção pelos pobres e na metodologia que se constrói a partir desse princípio, e aliados na construção de ações inclusivas em saúde.

Aqui o Papa Francisco oferece uma contribuição relevante ao apresentar a opção preferencial pelos pobres como um imperativo ético para a “efetiva realização do bem comum” (FRANCISCO, 2015, n. 158). Apesar de ser um princípio oriundo da teologia, essa opção tem um aspecto sócio-pragmático que une os dois aspectos de justiça mencionados, contribuindo, assim, para a equidade na saúde. Seguindo

o que fala o médico antropologista e um dos líderes em saúde global, Paul Farmer (2013), a opção preferencial pelos pobres sugere uma “solidariedade pragmática” que orienta: (1) iniciativas e sistemas de saúde com impactos estruturais públicos de caráter local e global – como programas de saúde pública que preenchem lacunas criadas por injustiças, dando aos pobres prioridade para contribuírem na equidade em saúde; (2) ações e interações locais que escutam os pobres nos processos de tomada de decisão e na promoção da saúde.

É necessário destacar que essa perspectiva a partir de baixo não exclui a contribuição técnica de profissionais da saúde, cientistas, acadêmicos e gestores, nem absolutiza a voz do pobre. O objetivo é criar um processo participativo-inclusivo a partir da realidade onde as injustiças em saúde são sentidas. Focando na justiça em saúde com os pés na realidade local, a opção preferencial pelos pobres nos leva a criar um processo de aprendizagem mútuo entre a experiência dos pobres e o conhecimento técnico dos profissionais e promotores de saúde global. Por fim, para que esse processo se inicie, torna-se necessário estar com os pobres em um movimento de compaixão que os escuta, a fim de compreender seu sofrimento e sua realidade. Na companhia dos pobres, escuta-se novas vozes que mostram uma experiência concreta entre sofrimento, lutas e esperança. Essas vozes também revelam a criatividade dos pobres juntamente com uma visão particular sobre os desafios em saúde que nenhuma abordagem de cima para

baixo consegue abarcar. Engajar-se com eles é uma forma de criar um processo de transformação com colaboração mútua. Em um trabalho onde o conceito de aprendizagem mútua é desenvolvido a partir de experiências de trabalho com os pobres, o autor afirma: “As vozes dos pobres nos dirão o que significam seu sofrimento e luta, e nos ajudarão a moldar ações coletivas capazes de responder os desafios da desigualdade social e de saúde, sem uma destruição antropológica” (MARTINS, 2019, p. 128).

O debate sobre uma bioética global, centrado na legitimidade ou não de princípios universais, corre o risco de limitar o aspecto global da bioética, restringindo-a a si mesma e isentando-a do enfrentamento das questões de saúde global com impacto direto na vida das pessoas em sua realidade local. Dessa forma, a proposta apresentada aqui não marginaliza a busca por uma bioética global, entendida como uma reflexão de caráter universal, mas enfatiza a necessidade de uma bioética orientada para enfrentar as questões de saúde global a partir da realidade local, e no engajamento com as pessoas que sentem o impacto das injustiças em saúde diretamente em suas vidas; isto é, uma bioética a partir de baixo na qual os pobres, oprimidos e marginalizados possam ser incluídos na reflexão bioética e nos processos de decisões em saúde global. Para incluir os pobres e suas vozes no bem comum, a bioética e a saúde global têm muito a aprender com as perspectivas que começam com iniciativas em comunidades locais, fortalecendo

suas experiências e apoiando o protagonismo das pessoas dessas comunidades. A inclusão de uma perspectiva ética a partir de baixo na agenda de ações da saúde global, e das questões éticas oriundas dessas ações na discussão bioética, contribuirá para o desenvolvimento dessas duas áreas, unidas pela subdisciplina bioética e saúde global.

REFERÊNCIAS:

ABDALLA; OGNENIS. **Key Concepts in Global Health: Public Health.** In LAST, J. M. (org.) *A Dictionary of Public Health*. New York: Oxford University Press, 2007. p. 07.

ANJOS, M.F. **Bioética em perspectiva de libertação.** In: GARRAFA, V; PESSINI, L. (orgs.) *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003. p. 455-465.

BARCIFICONTAINE, C. P. **Saúde pública é bioética?** São Paulo: Paulus e Centro Universitário São Camilo, 2005.

BOSTON COLLEGE. **The Schiller Institute for Integrated Science and Society: Ethical Challenges in Global Public Health.** 2019. Disponível em: <www.bc.edu/bc-web/academics/sites/ila/events/Ethical-changes-public-health.html#about_the_conference>. Acesso em 23 fev. 2021.

CAMPBELL, A. V. **Bioethics: The Basics.** New York: Routledge, 2017. p. 44-47.

COLLEGEVILLE, M.N. **Patologias do poder: saúde, direitos humanos e a nova guerra contra os pobres.** São Paulo: Paulus, 2018.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y CARIBE. **Panorama Social da América Latina 2017.** Santiago: Naciones Unidas Press, 2017.

CUNHA, T.; LORENZO, C. Bioética global na perspectiva da bioética crítica. **Revista bioética**, v. 22, n. 1, p. 116-125, 2019.

DE CAMPOS, T. C. **The Global Health Crisis: Ethical Responsibilities**. Cambridge: Cambridge University Press, 2017. p. 219-260.

ENGELHARDT, H. T. **Global Bioethics: An Introduction to the Collapse of Consensus**. In: ENGELHARDT, H. T. (org.), *Global Bioethics: The Collapse of Consensus*. Salem, MA.: M&M Scrivener Press. 2006, p. 1-17.

EYAWO, O.; VIENS, A. M. Rethinking the Central Role of Equity in the Global Governance of Pandemic Response. **Bioethical Inquiry**, v. 17, p. 549-553, 2020.

FARMER, P.; GUTIÉRREZ, G. **In the company of the poor: conversations with Dr. Paul Farmer and Fr. Gustavo Gutiérrez**. Maryknoll, NY: Orbis Books, 2013.

FARMER, P.; YONG KIM J. et al. **Reimagining Global Health: An Introduction**. Berkeley, London: University of California Press, 2013. p. 1-14.

FORTES, P. A. C. Refletindo sobre os valores éticos da saúde global. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 154, 2015.

FRANCISCO, papa. Carta encíclica "Laudato si'". 24 maio 2015, n. 158. Disponível em: <http://www.vatican.va/content/francesco/pt/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html>. Acesso em: 16 fev. 2021.

GARRAFA, V.; PORTO, D. **Bioética, poder e injustiça: por uma ética da intervenção**. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (orgs.) *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003. p. 37-45.

GUTIÉRREZ, G. The Option for the Poor Arises from Faith in Christ. **Theological Studies**, v.70, n. 2, p. 317-326, 2009.

MARTINS, A. A. **The Cry of Poor:** Liberation ethics and justice in health care. Lanham, MD: Lexington Books, 2020.

ORTIZ-JUAREZ, E. Estimates of the impact of COVID-19 on global poverty. **The United Nations University World Institute for Development Economics Research**, 2020. p. 2-14.

PESSINI, L. Bioética global, vulnerabilidade e agenda 2030 da ONU. In: MILLEN, M. I. C.; ZACHARIAS, R. *Ética teológica e direitos humanos*. Aparecida: Santuário SBTM, 2018. p. 439.

TEN HAVE, Henk. **Global Bioethics: An Introduction**. New York: Routledge, 2016.

DIREITO À SAÚDE E DIREITO DO PACIENTE: AGENCIAMENTOS BIOPOLÍTICOS

José Roque Junges²³

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um tema muito discutido e uma preocupação crescente dos serviços e sistemas de saúde, porque estimativas indicam que um em cada dez pacientes sofrem algum evento adverso no atendimento do serviço de saúde e os custos deste dano para os sistemas de saúde e para produtividade econômica são consideráveis. Como esses eventos são evitáveis, a sua não ocorrência representa uma economia nos recursos da saúde (SLAWOMIRSKI, AURAAEN, KLAZINGA; 2018).

Segurança do paciente é a redução do risco de um dano desnecessário para um mínimo aceitável. Esta preocupação foi assumida pela Organização Mundial da Saúde como tema

²³ Doutorado em Ética. Professor de Bioética no Curso de Medicina e Professor/Pesquisador do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) de São Leopoldo (RS). roquejunges@hotmail.com

central, desenvolvendo diversas diretrizes para a unificação das políticas e a efetivação da segurança do paciente (WHO, 2011/2017). No Brasil, o Ministério da Saúde tomou iniciativas para responder a essa questão (BRASIL, 2013).

A segurança do paciente toca uma das exigências centrais da ética de qualquer profissional da saúde: não provocar danos. O foco da segurança é o processo de cuidado, no qual se produzem os benefícios para o bem-estar e a qualidade de vida do paciente e podem ocorrer incidentes que podem terminar ou não em eventos adversos que o prejudicam. Nesse contexto é que se inserem os direitos do paciente como base para a efetivação da segurança do paciente.

Como o foco destes direitos está no cuidado de alguém vulnerável como é o caso do paciente, sua base não pode ser uma simples carta de direitos organizacionais de determinada instituição, porque não se trata de uma isonomia entre dois contratantes, prestador de serviço e cliente, mas de uma relação de cuidado, cujas exigências éticas necessitam ter o estatuto dos direitos humanos com obrigatoriedade exigível nos âmbitos jurídicos e validade universal de política pública. No Brasil, ainda não existe o estatuto jurídico dos direitos do paciente, vigência que já é comum em muitos países. Está em tramitação no parlamento brasileiro, um projeto de lei n. 5559/2016, que objetiva sanar essa lacuna no nosso sistema jurídico (CAMARA DOS DEPUTADOS, 2016).

Na proposição dos direitos do paciente é necessário

demonstrar a sua especificidade em relação ao direito à saúde e aos direitos do usuário, ensejando interdependências e diferenciações. Ao mesmo tempo, é preciso ter presente o contexto de *judicialização* da saúde que pervaga esses direitos, determinando sua compreensão e efetivação. Por isso, é importante analisar a mercantilização da saúde, presente no atual modelo de capitalismo *bio-cognitivo*, que hoje atravessa o acesso e o uso dos serviços e a própria compreensão da saúde, entendida como um bem de consumo. O artigo tem o objetivo de discutir os *agenciamentos biopolíticos* desse modelo e sua possível incidência sobre a efetivação dos direitos do paciente.

DIREITO À SAÚDE, DIREITOS DO USUÁRIO E DIREITOS DO PACIENTE

Os direitos humanos são hoje a principal referência moral para uma ética que serve de estrutura para a sociedade democrática multicultural. Nesse tipo de sociedade a ética que deve pautar a convivência social não pode estar fundada em princípios religiosos como já assinalava Kant (1968) em seu pequeno e central livro *O que é a Ilustração*. Por isso, o principal princípio procedimental de toda ética é a autonomia e os seus conteúdos de moralidade são mínimos, identificando-se com os direitos humanos. Nesse sentido, Bobbio (2004) pôde denominar os tempos atuais como a era dos direitos humanos, porque o contrato social está baseado nos direitos humanos.

Os direitos humanos tiveram várias declarações oficiais, a primeira defendendo mais direitos individuais e as seguintes convenções, recolhendo direitos de cunho mais social. Essas diferentes declarações e convenções devem ser assumidas como um único corpo doutrinal, demonstrando a interdependência entre os diferentes direitos. Tomando como referência o direito à saúde pode-se afirmar que ele deve ser interpretado em relação aos demais direitos e esses são a base para a efetivação do direito à saúde. Isso aparece claramente quando se toma o artigo 25 da Declaração universal dos Direitos Humanos que fala da saúde:

Toda Pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência por circunstâncias independentes de sua vontade (ONU, 1948).

A saúde é definida como qualidade de vida, cuja efetivação depende de fatores socioeconômicos que foram explicitados como direitos por outras Convenções Internacionais que se seguiram. Esta interdependência demonstra que a saúde como qualidade de vida é um direito indispensável para a efetivação dos outros direitos humanos, pois poder gozar de um nível adequado de saúde é a condição precípua para

uma vida digna, que é o objetivo da proclamação dos direitos humanos. Na base desse direito está uma compreensão ampliada que não reduz a saúde a puros determinantes biológicos, mas inclui condicionamentos mentais, sociais e culturais, enfatizando, por isso, a centralidade dos cuidados primários de saúde que englobam serviços de prevenção, promoção, cura e reabilitação, como proclamou a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978).

A Constituição Brasileira recolhe essa concepção ampliada no seu artigo 196, quando reza:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Examinando o significado do artigo 196, ele engloba tanto a saúde curativa, presente na palavra “recuperação”, a saúde preventiva por meio das expressões “reduções do risco de doença” e “proteção”, quanto a qualidade de vida ligada ao termo “promoção” (SCHWARTZ, 2001). Portanto, o direito à Saúde inclui tanto o direito de acesso universal e com equidade a recursos humanos, tecnológicos e financeiros para recuperar e cuidar da saúde, quanto o direito a um cuidado integral com qualidade em situações de adoecimento. O primeiro refere-se aos direitos do usuário, focado no acesso,

e o segundo diz respeito aos direitos do paciente, centrado no cuidado.

Os direitos dos usuários de acesso aos recursos da saúde foram juridicamente efetivados pela lei 8080 e 8142 que estruturou o Sistema Único de Saúde, definindo a distribuição dos recursos e a responsabilidade dos diferentes níveis da saúde. A nova organização do SUS foi implantada, as responsabilidades definidas, mas a distribuição dos recursos nunca foi verdadeiramente efetivada, sendo a causa, junto com questões de gestão, de todos os problemas que o SUS foi enfrentando em sua história. A verdadeira implantação do SUS permanece como uma pauta em aberto, agora mais do que nunca, frente ao embate estrutural com o setor privado que visa sua desconstrução. A efetivação de um sistema público e universal, baseado na saúde coletiva que lhe deu origem, continua sendo um desafio e uma luta permanente daqueles que defendem o acesso universal aos recursos e um atendimento integral e com equidade para a população brasileira (PAIM, 2008).

A carta dos direitos do usuário da saúde aos serviços é apenas uma carta de intenções sem força, porque não se trata de um estatuto jurídico (BRASIL, 2007), como é o caso da lei n. 5559/2016 que pretende estabelecer o estatuto dos direitos do paciente com base nos direitos humanos.

A definição da distribuição dos recursos e suas respectivas responsabilidades respondeu às demandas

da universalidade e da equidade, como princípios do SUS que fundamentam os direitos dos usuários ao acesso. As exigências da integralidade, o terceiro princípio do SUS, que diz respeito ao processo de atendimento e cuidado nunca foi verdadeiramente definido com diretrizes (PAIM; SILVA, 2010). O estabelecimento dos direitos do paciente coloca-se no âmbito desse último princípio com o fundamento e a força dos direitos humanos de reconhecimento universal.

A distribuição e as responsabilidades pelos recursos da saúde e o respectivo acesso universal e equitativo a eles pode ser positivado em diretrizes jurídicas, mas a integralidade do cuidado com seu sentido polissêmico não consegue ser explicitada em regras positivadas, mas sua referência jurídica precisam ser os direitos humanos de validade universal.

A integralidade expressa-se nos direitos do paciente que dizem respeito àquele que apresenta um problema de saúde que o faz buscar ajuda, entrando em contato com os serviços de cuidados em saúde. O que caracteriza o paciente é a condição de fragilidade e a centralidade do seu papel como sujeito do processo terapêutico. Trata-se de uma relação assimétrica que exige cuidado e responsabilização num clima de confiança mútua. Por isso, os direitos do paciente nunca podem ser identificados com os direitos do consumidor em que existe uma relação simétrica entre o provedor e o cliente que pode exigir que o produto vendável responda às exigências de qualidade. O contato entre

paciente e profissional não é mediado por um produto de consumo, mas por uma relação de fidúcia e de cuidado que engendram exigências e responsabilidades para quem cuida. Este é o quadro de referência ética e jurídica dos direitos do paciente (ALBUQUERQUE, 2016).

Nessa perspectiva, Albuquerque (2016) distingue entre direitos do paciente e direitos humanos do paciente. Os primeiros são cartas de intenção de entidades definidas, fruto de declarações institucionais com conteúdo particularizado, quanto ao contexto do cuidado, sem fontes constitutivas de jurisprudência e, por isso, sem obrigatoriedade jurídica. Esse é o caso de alguns Estados da Federação e de Instituições particulares de saúde que promulgaram cartas de direitos do paciente, mas que não possuem a possibilidade de recurso a outras instâncias superiores nem instrumentos de sanção para além do seu âmbito. Fazem parte de uma área específica do direito como fruto de movimentos de defesa do consumidor (ALBUQUERQUE, 2016).

Os direitos humanos do paciente, ao contrário preveem princípios jurídicos de natureza vinculante, porque fazem parte dos direitos humanos. Seus conteúdos são genéricos porque sua validade e força jurídica provem da jurisprudência internacional dos direitos humanos. Por isso, as violações dos direitos humanos do paciente são passíveis de recurso aos mecanismos internacionais da ONU. Nesse sentido, eles integram o Direito Internacional que se rege

pelos direitos humanos (ALBUQUERQUE, 2016).

O direito à saúde, por estar pautado pelos três princípios do SUS, universalidade, equidade e integralidade, se expressa tanto por direitos do usuário ao acesso universal e equitativo dos recursos necessários para a sua saúde, quanto por direitos do paciente ao cuidado integral em situação de adoecimento. Portanto, o direito à saúde engloba duas perspectivas diversas: o acesso e o cuidado.

JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

O assim chamado fenômeno da judicialização da saúde se refere especificamente a uma judicialização do acesso aos recursos da saúde, não tendo como foco as exigências do cuidado. Os pleitos jurídicos de demanda ao Estado dizem respeito ao consumo de produtos e de procedimentos, necessários para a saúde e exigidos com base no direito à saúde. Esses pleitos são uma exigência jurídica de acesso individual aos recursos necessários à saúde, atravessados por uma visão pautada pelo direito do consumidor.

Aqui é necessário introduzir a dupla perspectiva, presente na doutrina dos direitos humanos: os primeiros, mais de cunho individual, compreendem os direitos políticos e civis que são direitos de defesa do indivíduo diante do Estado, enquanto que os de segunda geração, frutos de pactos internacionais, são direitos econômicos, sociais e culturais de cunho coletivo que são direitos de prestação que obriga

o Estado a criar as condições políticas para concretizar esses direitos. Os direitos de defesa têm como foco o indivíduo, limitando o poder estatal pela obrigação de abster-se para tutelar a liberdade dos indivíduos. Os direitos de prestação obrigam o Estado a oferecer bens e serviços, estabelecendo estruturas e condições coletivas de sua efetivação (FIGUEIREDO, 2007).

O direito à saúde aparece, tanto na declaração universal (direitos civis e políticos), quanto nos pactos internacionais posteriores (direito econômicos, sociais e culturais), apontando para a dupla perspectiva de sua efetivação como direito de prestação de bens e serviços necessários à saúde pelo estabelecimento coletivo de condições e estruturas organizacionais que possibilitem o acesso a esses recursos e como direito de defesa individual diante do Estado, impedindo de impor ações de saúde. Portanto, o direito à saúde inclui valores de justiça e de autonomia.

A judicialização do direito à saúde diz respeito ao acesso a recursos, referindo-se a direitos sociais de prestação. Portanto, não se trata de um direito de defesa do indivíduo diante do Estado que quer impor algo, mas de um direito de prestação que obriga o Estado a fornecer recursos financeiros, tecnológicos e humanos para a saúde. Os direitos sociais de prestação são estabelecidos pelo Estado através da construção das condições coletivas de sua efetivação. Portanto, sua realização acontece pela criação de estruturas, organizações

e dispositivos para tornar possível a concretização desses direitos sociais.

Na judicialização da saúde, um indivíduo obriga juridicamente o Estado fornecer um recurso, tido como necessário para sua saúde, implicando um conflito entre as necessidades do indivíduo e os interesses do coletivo. Se esse recurso faz parte daquelas prestações coletivas que o Estado tem obrigação de fornecer, a requisição judicial desse indivíduo tem toda base jurídica. Mas, ao contrário, se esse recurso solicitado judicialmente não está incluído nessa prestação coletiva, a requisição necessita de uma sólida justificação jurídica, tendo presente dois dispositivos legais limitantes, a reserva do possível e as regulamentações do *compliance*, como corretivos para impedir excessos e deturpações (SARLET; SAAVEDRA, 2017).

Os direitos de defesa não implicam grandes gastos para o Estado, ao contrário dos direitos de prestação que exigem a destinação e distribuição de grandes somas orçamentárias. A disponibilidade efetiva de recursos por parte do Estado sempre é limitada, impondo-se a reserva do possível que compreende a possibilidade e a disponibilidade jurídica de recurso materiais por parte de quem os detém e os distribui, nesse caso o Estado. Outro instrumento jurídico limitante é a *compliance* legal que significa estar em conformidade com diretrizes legais que tem o objetivo de prevenir e otimizar os recursos, impedindo distorções e excessos na aplicação

da lei (SARLET; SAAVEDRA, 2017). O juiz encarregado de decisões judiciais em relação ao direito à saúde deveria ter em mente esses dois princípios limitantes, em primeiro lugar, ter presente que os recursos são escassos e que é necessário otimizar o uso desses recursos.

Os direitos do paciente, embora integrando o direito à saúde, não poderiam ser objeto de uma querela legal, na perspectiva da judicialização da saúde, porque o seu foco não é o acesso a recursos, mas a qualidade do cuidado. Isso não significa que o cuidado não exija recursos indispensáveis, mas o acento nos direitos do paciente não está na questão do acesso, mas do cuidado. Nesse sentido, esses direitos poderiam ser objeto de um pleito jurídico nos tribunais de direitos humanos por desrespeito à dignidade do paciente. Poder-se-ia dizer que os direitos do paciente seriam um antídoto contra a *judicialização* da saúde? Não, porque se trata de duas perspectivas diversas: acesso e cuidado.

O que sim poderia acontecer que a mercantilização que conforma sempre mais a medicina e o sistema de saúde possa atingir também os direitos do paciente. O uso de recursos para obter saúde é atravessado pela mentalidade consumista, transformando-os em bens de consumo e o acesso a eles como fazendo parte do direito do consumidor, configurando o horizonte cultural que, em última análise, explica a *judicialização* do direito à saúde. Aqui é necessário fazer uma hermenêutica crítica mais aprofundada do

atual contexto sociocultural econômico para entender a mercantilização consumista da saúde e sua história de efeitos sobre o direito à saúde e, mais especificamente, sobre sua eventual influência nos direitos do paciente.

MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E DIREITOS DO PACIENTE

A mercantilização do setor da saúde tornou-se uma mentalidade consumista configurada econômica e sociocultural pelo capitalismo biomédico (MARTINS, 2003; SOBRINHO, 2013). Para entender esse fenômeno é necessário explicitar o modelo atual de conformação do capitalismo. A era industrial foi superada por um capitalismo financeiro que configura todos os processos econômicos. Se o capitalismo industrial estava centrado na produção, o financeiro tem o seu interesse na rentabilidade que é uma mais valia virtual, produtora de bolhas periódicas e de crises financeiras coerentes com essa dinâmica de mais valia. Hoje os próprios processos produtivos industriais estão atravessados pela lógica financeira. Isso se tornou possível pela robotização, digitalização e virtualização da finança globalizada, facilitada pelas tecnologias da informação e da comunicação, possibilitando deslocamentos e acelerações espaciais e temporais que valorizam virtualmente o capital financeiro através de cálculos algoritmizados (PARANÁ, 2016).

A lógica financeira invade todas as facetas da realidade, mas algumas áreas são mais rentáveis para o capital, uma delas é a vida em geral e a saúde humana em especial. O universo das biotecnologias responde a essa capitalização da vida e da saúde, possibilitadas pela molecularização e informatização da vida que abre caminhos para sua manipulação ao nível molecular para transformá-la em bem de consumo. Esse fenômeno corresponde ao que Rose (2007) chama bioeconomia, identificada com aquelas atividades econômicas que capturam o valor comercial latente nos processos biológicos para produzir bens que melhoram a saúde.

A pesquisa molecular exige alto investimento pela complexidade da investigação, tornando-se um capital de risco, cuja aplicação depende de cálculos de rentabilidade financeira, tornando-se a comercialização, o objetivo, a direção e a definição do que será pesquisado, porque o que importa é o retorno financeiro. Não é por nada que as grandes empresas biotecnológicas de medicamentos são as mais rendáveis nas bolsas de valores. Tudo isso aponta para o fato que os conglomerados biotecnológicos representam um imenso biopoder de captura e comercialização da vida (ROSE, 2007).

Esse biopoder econômico precisa desenvolver dinâmicas biopolíticas de marketing para que seus produtos tenham valor de mercado, tidos como necessários à saúde. Antes

de nada cria um imaginário e ideologia cultural da saúde perfeita, apartando da vida qualquer associação com doença, morte e envelhecimento pela disseminação de uma mentalidade que Nogueira (2001) chama de higiomania que em grego significa sadio, saudável e robusto. Ela é a expressão do narcisismo cultural moderno que não concebe nenhuma contingência na vida humana, porque o mercado oferece produtos que prometem saúde perfeita, superando todos esses limites. Essa é mais uma manifestação da *hubris* moderna que pretende tornar os seres humanos imortais e Nogueira se pergunta: “imortais para que? Talvez para continuarmos a ser consumidores para todo sempre” (2001, p. 70) dessa imortalidade ilusória prometida pelo mercado.

A utopia da saúde perfeita acontece através do consumo de bens produzidos pelas biotecnologias, transformando a saúde numa mercadoria. Para que essas tecnologias sejam consumidas, como bens que prometem saúde, elas precisam se tornar objetos simbólicos que transmitem significado ao sujeito. Esse processo é chamado por Teixeira (2001) de agenciamentos tecnosemiológicos de produção de subjetividade. Acontece não só o consumo de um produto, mas a produção do sujeito que consome esse bem. A palavra “agenciamento” aponta para essa realidade das biotecnologias como agentes coletivos da subjetivação em saúde. Essas tecnologias não podem ser reduzidas à sua exterioridade material de produto, mas captar nelas processos de interiorização simbólica, porque, nelas, estão

conjugados técnicas e signos que constroem significados, não respondendo apenas a demandas de saúde, mas constituindo o sujeito que as demanda (TEIXEIRA 2001).

Assim as ofertas tecnosemiológicas do aparato biotecnológico tornam-se agenciamentos biopolíticos que conformam o meio cultural agenciador do modo como as pessoas hoje concebem a saúde e demandam bens necessários à sua consecução. O investimento simbólico das biotecnologias configura um novo modelo de biopoder, porque não só produz o bem que promete saúde, mas agencia a sua demanda pela fusão desse bem com um signo que dá significado ao sujeito que o consome. Esse fato obriga a repensar o contexto no qual acontecem as requisições judiciais do direito à saúde, porque essa necessidade pode ter sido produzida por agenciamentos tecno-semio-biopolíticos das empresas farmacêuticas que produzem o sujeito que demanda judicialmente o bem necessário para a saúde (JUNGES, 2009).

O processo de agenciamento simbólico dos bens de consumo aponta para a configuração atual do próprio capitalismo que assume a forma biocognitiva, onde a valorização da mais valia não está mais tanto ligada à força de trabalho, mas a conhecimentos e relacionamentos, explorando as capacidades de aprendizagem e relação dos consumidores, através das mídias em rede. Esse modelo de capitalismo torna-se antro-po-genético, porque constitui

o ser humano que, por sua vez, reproduz o sistema pela sua participação no mercado, numa simbiose autocriativa. A governança biopolítica clássica de disciplinamento e normatização da vida a serviço da produtividade assume a forma de governança da subjetividade a serviço da participação no mercado (CHIGNOLA, 2015)

Esse processo torna-se compreensível, introduzindo o conceito marxista de subsunção do trabalho pelo capital. No capitalismo primitivo pré-industrial, a subsunção consistia na retirada da mais valia absoluta pela quantidade material de horas de trabalho que chegava até 18 horas. As lutas dos trabalhadores, durante a era industrial do capitalismo, fizeram reduzir as horas de trabalho para oito. Aqui a subsunção já não era material pelas horas de trabalho, mas pela intensificação formal dos processos de trabalho, facilitada pela introdução de tecnologias de aceleração do esforço. Essa foi a proposta do modelo taylorista e fordista de trabalho que retirava a mais valia relativa, não mais pela quantidade de horas de trabalho, mas pela sua intensificação formal, possibilitada pela mediação da tecnologia. A subsunção, tanto material quanto formal, retiravam a mais valia da força de trabalho. Hoje, a subsunção não acontece mais tanto no interior da fábrica pela exploração do trabalho, mas ela está espalhada na inteira sociedade pela subsunção da vida e da subjetividade das pessoas, por meio do conhecimento e das atividades relacionais, que produzem mais valia pelo consumo, com seus efeitos sobre a valorização do capital

biocongnitivo (FUMAGALLI, 2016).

Nesse modelo confluem a subsunção material e formal, realimentando-se mutuamente, porque as pessoas estão intensivamente vinte quatro horas por dia consumindo, produzindo mais valia para o capital biocognitivo, por meio do cartão de crédito e do celular, permanentemente conectados com o mercado. O trabalho morto da subsunção material e formal do capitalismo primitivo e industrial foi substituído pelo trabalho vivo das tecnologias de relação que conformam a subjetividade como reprodutora do sistema. Quando as duas formas de subsunção se conjugam na subsunção da vida e da subjetividade é necessário um novo modelo de regulação e governança biopolítica, baseada em dois dispositivos: a sujeição social pela captura da subjetividade pelo capital e pela escravização simbólica, facilitada pela interiorização do sistema no próprio cérebro, afetando a psique das pessoas. O *capitalismo biocognitivo* está fundado numa teoria do valor da vida e da subjetividade, no qual o capital fixo é o ser humano, em cujo cérebro está acumulado o conhecimento da empresa e do sistema capitalista, porque ele o reproduz permanentemente (FUMAGALLI, 2016).

A nova conformação do capitalismo financeiro e neoliberal, baseada nas tecnologias de relação, expressas como trabalho vivo, conjugando a subsunção material e formal, tem como foco, não tanto o produto industrial do

velho capitalismo do início do século XX, mas a produção de serviços, centrada nas tecnologias de relação. Não é por nada que a área de serviços está em contínua expansão econômica. Hoje não se trata apenas do consumo de produtos, mas do consumo de serviços relacionais. Essa é uma área com grande incidência econômica na saúde pela oferta de serviços que prometem qualidade, principalmente pela ambiência relacional centrada no cliente. De novo o que move essa oferta é a mentalidade consumista. A proliferação de serviços de medicina alternativa responde à tendência de valorização das tecnologias de relação, mais do que o produto que é dispensado. Esse é contexto sociocultural de compreensão e efetivação dos direitos humanos do paciente, abrindo caminho para agenciamentos biopolíticos que são tecno-semiológicos, por parte de serviços privados de saúde, que poderão incluir o respeito à dignidade do paciente, como uma peça formal de marketing, que pode nem sempre corresponder à realidade.

Por isso, a implantação de uma cultura dos direitos humanos do paciente deverá incluir na sua luta pela efetivação, a permanente desconstrução crítica da captura consumerista dos direitos para que sejam uma conquista pública da cidadania. Foucault (2008) já havia chamado atenção para essa captura, presente na racionalidade liberal de governança da sociedade civil que se baseia nos direitos humanos como uma tecnologia governamental de limitação do governo a serviço do mercado. Essa análise foucaultiana

oferece ferramentas para realizar essa desconstrução crítica do uso dos direitos humanos. Trata-se de impedir o seu uso consumerista a serviço do mercado, transformando-os em ferramentas para a construção pública da cidadania na saúde. Esse seria o contexto hermenêutico para analisar criticamente os agenciamentos biopolíticos, de cunho econômico, presentes, tanto na captura consumerista do acesso aos recursos de saúde, manifestada pela *judicialização* da saúde, quanto na possível captura mercadológica do cuidado pela valorização econômica das tecnologias de relação nos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde compreende questões sobre o acesso a recursos e questões sobre a qualidade do cuidado. As primeiras necessitam de definições jurídicas que regulem a prestação de recursos limitados. As segundas têm como referência os direitos humanos, como exigências que qualificam o cuidado. Como os serviços de saúde são sempre mais atravessados por dinâmicas biopolíticas de consumo, suas demandas podem estar mercantilizadas e configuradas juridicamente pelo direito do consumidor. Essa é a base da judicialização do direito de acesso a recursos da saúde.

O contexto sociocultural desse fenômeno é o capitalismo financeiro biocongitivo que captura a vida e a saúde das pessoas pela valorização mercadológica das tecnologias

relacionais, permitindo a mais valia pela subsunção da subjetividade, reproduzindo assim o sistema capitalista de mercado pelo consumo. Esse processo de captura e de subsunção da subjetividade ao mercado necessita de agenciamentos tecno-semiológicos e biopolíticos que transformam os produtos e procedimentos consumidos para obter saúde em objetos simbólicos, não puros objetos tecnológicos, mas bens que subjetivam, pela construção de um significado, a quem os consome. Essa dinâmica biopolítica agenciadora é usada pelas empresas biotecnológicas, quando motivam a requisição por decisão judicial de seus produtos.

Como esses agenciamentos biopolíticos são macro dinâmicas que configuram o imaginário sociocultural da mentalidade que conforma e motiva as opções de saúde das pessoas, elas podem influenciar a efetivação dos direitos do paciente. Esse fato aponta para a necessidade permanente de questionar criticamente a captura consumerista desses direitos, tornando-os ferramentas políticas para a construção pública da cidadania na saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. **Direitos humanos dos Pacientes**. Curitiba: Ed. Juruá, 2016
- BOBBIO, N. **A era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2004.

BRASIL. **Carta dos Direitos do Usuário da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013**: Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

CAMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei n. 5559/2016**. Dispõe sobre os direitos dos pacientes e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=8995972AB2A4E673A8A5EE07A6A4D532.proposicoesWebExterno2?codteor=1467788&filename=Tramitacao-PL+5559/2016>. Acesso em: 08 mai. 2019.

CHIGNOLA, S. **A vida, o trabalho, a linguagem**. In: *Biopolítica e Biocapitalismo. Cadernos Instituto Humanitas*. São Leopoldo: UNISINOS Ideias. v. 13, n. 228, 2015.

FIGUEIREDO M.F. **Direito Fundamental à Saúde**: parâmetros para sua eficácia e efetividade. Porto Alegre: Ed. do Advogado, 2007.

FOUCAULT M. **O nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2008.

FUMAGALLI A. **O conceito de subsunção do trabalho ao capital**. In: *Cadernos Instituto Humanitas*. São Leopoldo: UNISINOS Ideias, v. 14, n. 246, 2016.

JUNGES J.R. Direito à saúde, Biopoder e Bioética. **Interface - Comunicação, Saúde,**

Educação, v. 13, n. 29, p. 285-295, 2009.

KANT I. **Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?** In: *Kants-Werke (Akademie Textausgabe)*. Berlin: Walter Gruyter, 1968. p. 33-42.

MARTINS P. H. **Contra a Desumanização da Medicina.** In: *Crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.

NOGEURA R. P. **Higiomania:** a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS E. M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: Reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001. p. 63-71.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948.** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2019.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI.** Salvador: Ed. EDFBA, 2008.

PAIM J.S.; SILVA L. M. V. Universalidade, Integralidade, Equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PARANÁ E. **A Finança digitalizada. Capitalismo financeiro e Revolução informacional.** Florianópolis: Ed. Insular, 2016

ROSE N. *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century.* **Princeton/Oxford University Press**, 2007.

SARLET, I. W.; SAAVEDRA, G. A. Judicialização, Reserva do Possível e Compliance na área da Saúde. **R. Dir. Gar. Fund.**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 257-282, 2017.

SCHWARTZ, G. A. D. **Direito à Saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SLAWOMIRSKI L., AURAAEN A., KLAZINGA N. S. **The economics of patient safety**: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Geneva: Organization for Economic Co-operation and Development, 2018.

SOBRINHO L.V. **Medicina Financeira**: a ética estilhaçada. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2013.

TEIXEIRA R. R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: uma contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito em saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 6, n. 1, p. 49-61, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety Making health care safer**. Geneva: WHO 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety**. Geneva: WHO, 2011.

A BIOÉTICA DIANTE O ABANDONO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS QUE AMEAÇAM A CONTINUIDADE DA VIDA

Alexandre Ernesto Silva²⁴

Gabriel Alves Silva²⁵

AS DIMENSÕES HUMANAS E SUAS DORES

O homem é entendido como ser multidimensional e complexo. Para o cuidado multidimensional compreendemos 4 dimensões específicas com suas particularidades e demandas: física, emocional, social e espiritual (ANCP, 2012). A dimensão física refere-se ao sofrimento do corpo, aquele muitas vezes passível de resolução com medidas farmacológicas. O emocional se manifesta pelos sentimentos, sejam pela vida, família ou sagrados. A parte social é diz respeito a como aquela pessoa se encontra em um determinado meio social, podendo ser então as dificuldades de sua família, local onde mora ou a mudança de função decorrente do acometimento por uma doença que

²⁴ Doutor na temática dos cuidados paliativos; Professor adjunto da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ). alexandresilva@ufsj.edu.br

²⁵ Discente do curso de Enfermagem da UFSJ. gabriel.silva989@outlook.com

ameace a continuidade da vida. A dimensão espiritual está relacionada ao sentido da vida, o que lhe move e transcende. É importante diferenciar espiritualidade de religiosidade, onde a última se apresenta como um conjunto de crenças e rituais estabelecidos por valores específicos, e a outra sintetiza uma busca pelo sentido da vida, que pode ou não estar relacionado com alguma prática religiosa (ARRIEIRA et al, 2017).

O cuidado a cada uma das dimensões do ser humano deve ser sempre centrado deve ser sempre centrado no alívio do sofrimento daquela pessoa, esse cuidado ganha mais protagonismo à medida que consideramos pessoas com doenças que ameaçam a continuidade da vida. Nesse caso o cuidado paliativo se apresenta como primordial devendo sempre ser realizado de forma ética e efetiva. Nos cuidados paliativos o suporte e cuidado às dimensões do ser humano apresentam desafios específicos onde cada dimensão tem seu papel na formação daquela pessoa, e onde cada uma adoce e apresenta suas demandas de forma diferente (EVANGELISTA et al, 2016). Os princípios do cuidado paliativo pautados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990 (revisitos em 2002), trazem as bases práticas da atuação nos cuidados paliativos, para isso considera-se o conceito de *Dor Total* formulado por Cicely Saunders (ANCP, 2012).

Dame Cicely Saunders foi uma enfermeira, assistente

social e médica que propôs em 1967 um conceito de que o ser humano adoce em todas as suas dimensões, sendo esse conceito chamado dor total (ANCP, 2012). Segundo a Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP), a dor é definida como: “Uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”. O conceito de dor é de grande importância para os cuidados paliativos, pois por princípio apresenta-se para aliviá-la e a outros sintomas desagradáveis. O conhecimento e avaliação correta da dor implica em uma assistência multidimensional que contorna todas as esferas humanas. O conceito de dor total formulado por Cicely Saunders compreende que a dor transpassa a dimensão física, atingindo também as dimensões espiritual, emocional e social (ANCP, 2012).

Cada dimensão humana quando lesada apresenta-se de uma determinada forma. A dor espiritual é a dor da perda de sentido da vida, perda da fé, perda do sentimento de transcendência. A dor emocional diz respeito aos aspectos sentimentais e psicológicos do ser humano, por vezes manifestada pela preocupação familiar. A dor social é a dor do abandono, da troca de papel social, do isolamento (ANCP, 2012).

A avaliação e tratamento correto da dor é essencial para a assistência correta em cuidados paliativos. A avaliação deve conter: causas, tempo, tipo de dor, intensidade, entre outros

aspectos. As escalas de avaliação tipo numérica ou de faces são uma ferramenta importante principalmente quando em questão a dor física. Em relação aos outros tipos de dor a utilização do Diagrama de Abordagem Multidimensional (DAM), que traz uma perspectiva ampliada e aprofundada do ser humano, pode ser de grande ajuda na elaboração do plano de cuidados (HENNEMANN-KRAUSE, 2012).

VIOLAÇÕES BIOÉTICAS NA TERMINALIDADE

Discutir sobre a terminalidade da vida gera alguns dilemas, no campo da bioética a compreensão de alguns conceitos acerca do tema são de extrema importância para uma assistência de qualidade. São princípios do cuidado paliativo a afirmação da vida e a aceitação da morte como parte natural desta, entretanto há situações de extremo sofrimento físico, espiritual ou existencial que por vezes conseguem transpor os limites do alívio desse sofrimento. (DIERICKX et al, 2017). Nesses casos se apresentam alternativas que geram debates bioéticos intensos como a eutanásia e o suicídio assistido. Legalizada em países como Holanda, Bélgica, Luxemburgo e outros, a eutanásia representa a antecipação da morte por meio de pedido judicial do próprio paciente. As contradições éticas e morais entre a eutanásia e os cuidados paliativos são inúmeras, de modo que a Associação Internacional de Hospícios e Cuidados Paliativos recomenda que nenhum país deve considerar a legalização da eutanásia até que

garanta acesso universal aos cuidados paliativos (DE LIMA et al, 2017).

Outros conceitos devem ser considerados quando tratamos da bioética nos cuidados paliativos. A distanásia se apresenta como um grave problema ético, trata-se do processo de obstinação terapêutica ou futilidade terapêutica, uma prática antiética que gera mais sofrimento e onera os sistemas de saúde por oferecer medidas fúteis de sustentação artificial da vida ao custo da qualidade dessa (FERREIRA et al, 2018). A distanásia é prevista no código de ética médico de forma clara onde diz: “nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados” (CEM, 2018).

No campo oposto da distanásia e objetivo concreto do cuidado paliativo, a ortotanásia valoriza a morte naturalmente no curso natural da doença ou condição da pessoa cuidada, sem adiantar ou atrasar, de forma alguma (RASTELLI, 2017). A ortotanásia é o objetivo da assistência paliativa, proporcionar um fim de vida digno, com qualidade, controle de sintomas, sem adiar ou antecipar a morte. Endossar a ortotanásia é ter conhecimento para entender quando não prosseguir com determinado tratamento ou procedimento, evitando sofrimento desnecessário e a obstinação terapêutica (ANCP, 2012).

Por último apresentamos a mistanásia, esta representa um final de vida abreviado com extremo sofrimento relacionado a indivíduo vulnerado socialmente, sem acesso a cuidado digno. Pressupõe então, uma situação evitável que decorre da ausência de uma abordagem mais universal do sistema de saúde. Caracterizada pelo sofrimento social intenso na figura do abandono, reflete uma morte miserável, sofrida e com possibilidade de resolução pelo cuidado (VARGAS; FILHO, 2020).

Em resposta à distanásia e mistanásia, o cuidado paliativo apresenta uma abordagem multidimensional e integrativa do ser humano que valoriza a qualidade de vida. Segundo a OMS define-se cuidado paliativo como:

assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 2002).

Para os cuidados paliativos conservar a dignidade na vida e na morte é essencial, a dignidade é um direito humano e uma prioridade essencial do cuidado (ÖSTLUND et al, 2019).

Previsto no Art 1º da Constituição Federal de 1988, inciso III, é reconhecida a dignidade da pessoa humana como

princípio do Estado Democrático de Direito brasileiro. O respeito a esse direito é fundamental para a assistência adequada, não só em cuidados paliativos, mas em toda assistência de saúde centrada na pessoa humana. Para que a assistência seja realizada respeitando a dignidade humana foi criado na Escócia uma escala de avaliação, a *Dignity Care Intervention* (DCI), em tradução livre intervenção em cuidado digno. A DCI avalia por meio de 3 domínios principais como prestar assistência com dignidade a pacientes elegíveis aos cuidados paliativos. Os domínios avaliados são: Preocupações relacionadas a doença, repertório de conservação da dignidade e inventário da dignidade social, juntas essas categorias fornecem um panorama que abrange a dignidade em questões físicas, sociais, psicológicas e espirituais/existenciais, para ajudar a identificar as necessidades relacionadas a dignidade e fornecer um cuidado digno, multidimensional e centrado na pessoa humana (ÖSTLUND et al, 2019).

O PROFISSIONAL FRENTE À SITUAÇÕES DE ABANDONO

A atuação do profissional de saúde que atua nos cuidados paliativos é caracterizada inúmeras vezes como uma atuação empática. O termo empatia traduz um processo psicológico onde um ser identifica o que se passa na consciência de outrem e transporta o produto dessa identificação para sua própria consciência. O desenvolvimento teórico da

psicologia, sobretudo a parte que trata do social, inclui nesse conceito um fator motivador, atribuindo a empatia o motor que leva uma pessoa à um determinado comportamento de auxílio (SAMPAIO et al, 2009).

Para além da empatia apresenta-se a compaixão, a assistência prestada pelos profissionais de saúde deve pautar-se na compaixão como ato de excelência no cuidado. De forma concisa, a compaixão é definida como o sentimento que desperta um comportamento que tem por objetivo diminuir o sofrimento alheio por meio da ação. A compaixão nasce primariamente da empatia, caminho em que se identifica, por meio do sentimento, o que se passa com o outro e procuram-se meios para ajuda-lo (SOUZA, 2019).

Para os cuidados paliativos a compaixão é necessária não só para que se aflore o sentimento de ajuda ao outro, mas para que essa ajuda seja uma ferramenta correta na atuação e comunicação no processo de cuidado. As expressões compassivas durante a abordagem com o paciente geram vínculo e a certeza de que aquele paciente é parte central e primordial da assistência, buscando para o mesmo e seus familiares conforto e paz (ANCP, 2012). A compaixão apresenta-se, então, como motor do cuidado, que gera incômodo, indignação e, por fim, ação. Frente aos graves problemas sociais e de desigualdade que vivemos no Brasil a compaixão se torna essencial para a atuação do profissional (SOUZA, 2019).

Porém desigualdade social representa um dos maiores desafios para o poder público, o índice de Gini (valor que mede a desigualdade social em diversos países), apresentado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2020, mostra que o Brasil ainda figura entre os países com maiores taxas de desigualdade no mundo. Explicita-se esse dado quando em 2020 o Brasil se consolida a 21º taxa de pobreza mais elevada do mundo, e o número de residências ocupadas em periferias compostas de aglomerados subnormais ultrapassa os 5 milhões (IBGE, 2020). Essas populações constituem a parte que tem maior dificuldade de acesso aos serviços essenciais. Essas pessoas, chamadas vulneradas ou seja, a pessoa ferida de certo modo por uma situação de vulnerabilidade e que está sujeita a enfrentar situações de abandono, desigualdade e sofrimento apresentam um desafio contundente para os cuidados paliativos, promover qualidade de vida e alívio do sofrimento para essas populações envolve muito mais do que conhecimento e aplicação (HUDSON et al, 2016).

A última revisão do conceito de dor realizada em 2019 pela IASP, trouxe que a dor pode ter efeitos adversos na função e bem-estar social (IASP, 2019). Dame Cicely Saunders, pioneira nos cuidados paliativos, definiu em 1967 o conceito de dor total, nesse contexto, a definição da IASP apresenta o que Cicely chamou de *Dor Social*. A dor social se manifesta na troca de papel social, na desigualdade e no abandono. Apesar de não ser exclusividade, a atuação do assistente

social é de extrema importância para solucionar com efetividade os problemas de ordem social e familiar. Por meio do conhecimento da realidade familiar e do contexto social do paciente, as intervenções do assistente social possibilitam melhoria na qualidade de vida (ANCP, 2012). Estima-se que mundialmente, da população em vulnerabilidade estrutural (pobreza, situação de rua, etc.), apenas 14% recebe cuidados paliativos, devido aos problemas sociais estruturalmente radicados (STAJDUHAR et al, 2019).

A atenção paliativa no domicílio de pessoas vulneradas envolve determinadas particularidades, muitos pacientes manifestam o desejo de serem cuidados e morrerem em suas casas, porém ainda é grande a quantidade de pessoas com esse desejo que não têm acesso a cuidadores sejam familiares ou não (DANIELSEN et al, 2018). Outro ponto é a dificuldade de acesso a métodos específicos de controle de sintomas, que acabam por aumentar a quantidade de óbitos hospitalares devido ao excesso de sintomas sem controle (ANCP, 2012).

Em contrapartida, a atenção paliativa domiciliar tem relação positiva com aumento da qualidade de vida, conforto e serenidade, no entanto, a elegibilidade para cuidados paliativos domiciliares exige critérios específicos tais como o mínimo de estrutura de higiene e cuidado no local para a prestação da assistência, algo que ainda é uma dificuldade no Brasil visto os índices de desigualdade (ANCP, 2012; SANDSDALEN et al, 2016).

Em face da desigualdade social no Brasil, a população vulnerada enfrenta um risco de morrer com sofrimento acentuado em razão da falta de acesso a cuidados. O risco a mistanásia permeia essa população, a exclusão social a qual esses indivíduos estão submetidos e a crescente demanda por cuidado que na maioria das vezes não está disponível, seja por ineficiência estatal ou pela institucionalização da assistência (PEREIRA e MASSA, 2019). A ocorrência da mistanásia representa uma grave ameaça ao direito constitucional inviolável da vida, a omissão do Estado que aloca em despesas os valores de uma vida humana apresenta a forte barreira a ser derrubada para que ocorra o acesso universal ao cuidado (LAVOR, 2018).

A ESPERANÇA COMPASSIVA

Para combater o abandono e a mistanásia, nasce então a Comunidade Compassiva. Derivada do conceito de Cidade Saudável definida pela OMS como: “cidade saudável é aquela que coloca em prática de modo contínuo a melhoria de seu meio ambiente físico e social utilizando todos os recursos de sua comunidade”, a comunidade compassiva foi implementada pela primeira vez na Austrália em 1998 como parte de um projeto de oferecimento de cuidados paliativos públicos liderados pelo professor Allan Kellehear (AOUN et al, 2020).

Seguindo o descrito na Carta de Ottawa da Organização

Mundial de Saúde, as comunidades compassivas preconizam envolver a coletividade para proporcionar uma maior saúde social, física, psicológica e espiritual para toda a comunidade, na face da promoção de cuidados paliativos com o empenho dos próprios membros comunitários, incentivando-os a conscientizar e assumir responsabilidade social na promoção da própria saúde da comunidade.

Os membros são movidos pela compaixão a cuidar uns dos outros, sendo a própria comunidade responsáveis pela mudança (LIBRADA-FLORES et al, 2020).

Em face da crescente desigualdade, dificuldades sociais e a ocorrência desenfreada de distanásia e mistanásia, as comunidades compassivas apresentam um projeto excepcional para o cuidado. Combater as violações éticas que atingem as pessoas vulneradas deve ser projeto primordial de qualquer política em saúde, a bioética prega a dignidade humana e essa dignidade deve ser respeitada. O cuidado ético à pessoa com doença que ameaça a continuidade da vida deve ser realizado com compaixão e excelência, para que se minimize o sofrimento humano.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos. ampl. E atual.** Porto Alegre: Sulina, 2012.

AOUN, S. M.; BREEN, L. J.; WHITE, I.; RUMBOLD, B.; KELLEHEAR, A. What sources of bereavement support are perceived helpful by bereaved people and why? Empirical evidence for the compassionate communities approach. **Palliative medicine**, v. 32, n. 8, p. 1378-1388, 2018.

ARRIEIRA, I.C.O; THOFEHRN, M.B.; PORTO, A.R., MOURA P.M.M., MARTINS, C.L.; JACONDINO M.B. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. **Rev Esc Enferm USP**. 2018.

CFM. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. **Resolução nº 2.217/18**. Brasília: Tablóide, 2018. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil).

CRAIG K.D.; HOLMES C.; HUDSPITH M.; et al. Pain in persons who are marginalized by social conditions. **Pain**, v.161, n. 2, p. 261-265, 2020.

DANIELSEN, B.V.; SAND, A. M.; ROSLAND, J. H.; FORLAND, O. Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. **BMC palliative care**, v. 17, n. 1, p. 95, 2018.

DE LIMA, L.; WOODRUFF, R.; PETTUS, K.; et al. International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. **J Palliat Med**, v. 20, n. 1, p. 8-14, 2017.

DIERICKX, S.; DELIENS, L.; COHEN, J.; CHAMBAERE, K. Involvement of palliative care in euthanasia practice in a context of legalized euthanasia: A population-based mortality follow-back study. **Palliat Med**, v. 32, n. 1, p.114-122, 2018.

EVANGELISTA, C.B., et al. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 69, n. 3, p. 554-63, 2016.

HENNEMANN-KRAUSE, L. Dor no Fim da Vida: Avaliar para Tratar. **Rev Hosp Uni UERJ**, v. 11, p. 26-31, 2012.

HUDSON, B.F., et al. Challenges to access and provision of palliative care for people who are homeless: a systematic review of qualitative research. **BMC Palliat Care**, v. 15, 2016.

LAVOR, F. P. F. **Mistanásia**: uma breve análise sobre a dignidade humana no Sistema Único de Saúde no Brasil. JUS, 2018. Disponível em <<https://jus.com.br/artigos/68102/mistanasia-uma-breve-analise-sobre-a-dignidade-humana-no-sistema-unico-de-saude-no-brasil#:~:text=2%20MORRER%20COM%20DIGNIDADE%3A%20DIFEREN%C3%87A,a%20lei%2C%20sem%20qualquer%20distin%C3%A7%C3%A3>>. Acesso em: 15 jan 2021.

LIBRADA-FLORES, S., et al. Implementation Models of Compassionate Communities and Compassionate Cities at the End of Life: A Systematic Review. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 17, p. 6271, 2020.

MASSA, M. S. P.; MASSA, L. M. Eutanásia E Mistanásia: A Hipocrisia do Estado. **Âmbito Jurídico**, 2019. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/biodireito/eutanasia-e-mistanasia-a-hipocrisia-do-estado/>>. Acesso em: 15 jan 2021.

MEDEIROS, M. O. S. F. de et al. **Conflitos bioéticos nos cuidados de fim de vida**. Brasília: Rev. Bioét. v. 28, n. 1, p. 128-134, Mar. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422020000100128&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov.2020.

ÖSTLUND, U.; BLOMBERG, K.; SÖDERMAN, A.; WERKANDER H. C. How to conserve dignity in palliative care: suggestions from older patients, significant others, and healthcare professionals in Swedish municipal care. **BMC Palliat Care**, 2019.

PESSINI, L. **Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha**. Brasília: Rev. Bioét. v.

24, n. 1, p. 54-63, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000100054&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2020.

RASTELLI, B. Eutanásia passiva: uma análise jurídico-social. **JUS**, 2017. Disponível em: < <https://jus.com.br/artigos/57617/eutanasia-passiva-uma-analise-juridico-social>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SAMPAIO, L. R., et al. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 2, p. 212-227, 2009.

SANDSDALEN, T. et al. Patients' perceptions of palliative care quality in hospice inpatient care, hospice day care, palliative units in nursing homes, and home care: a cross-sectional study. **BMC palliative care**, v. 15, n. 1, p. 79, 2016.

SOUZA, W. O. Empatia, compaixão e o profissional de saúde. **Pebmed**, 2019. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/empatia-compassao-e-o-profissional-de-saude/>>. Acesso em: 15 jan 2021.

STAJDUHAR K.I., et al. Just too busy living in the moment and surviving: barriers to accessing health care for structurally vulnerable populations at end-of-life. **BMC Palliat Care**, v. 18, n. 1, p.11, 2019.

VARGAS, M. Mistanásia: A Morte Precoce, Miserável e Evitável Como Consequência

da Violação do Direito à Saúde no Brasil. **Âmbito Jurídico**, 2020. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/biodireito/mistanasia-a-morte-precoce-miseravel-e-evitavel-como-consequencia-da-violacao-do-direito-a-saude-no-brasil/#:~:text=Resumo%3A%20Mistan%C3%A1sia%2C%20%20C3%A9%20o,de%20seu%20direito%20a%20sa%C3%BAde>>. Acesso em: 15 jan 2021.

BIOÉTICA E A METÁFORA DOS CIBORGUES

*Elton Dias Xavier²⁶
Calvin Batista Campos²⁷*

Em diferentes campos de pesquisa, a ciência tem se mostrado como um universo quase ilimitado de conhecimento e saberes. Weber (2005) destacava que “o trabalho científico está ligado ao curso do progresso” (p. 28) ao passo que a obra científica não tem outro objetivo senão provocar novas indagações e classificar-se, um dia, como ultrapassada.

O século XX tem um papel especial na história das ciências. Não só pela ocorrência de duas Guerras Mundiais ou pela chegada do homem à lua, mas sobretudo porque o final de sua segunda metade é caracterizado como a Era da Informação. As novas tecnologias emergentes que possibilitaram desde o mapeamento genético até a fissão nuclear agudizam o dilema humano sobre o lugar da técnica

²⁶ Professor Titular da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Doutor em Direito (UFMG); Doutor em Ciências Sociais (UERJ), Professor do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social (Mestrado/Doutorado) – UNIMONTES. E-mail: eltondx@hotmail.com

²⁷ Aluno pesquisador da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

na vida e no viver (ESTANQUEIRO, 2013).

Temos então as perguntas: como abordar os limites da ciência? A ciência tem limites? O que não sabemos? Como barrar o insaciável apetite científico pela ordenação e desencantamento do mundo (no sentido weberiano do termo)? Sobretudo, por que barrar? Algumas dessas breves provocações são lançadas aqui para questionar, nesse ensaio e num plano geral, a bioética ao introduzir o ciborgue e sua imagem no texto.

SENTIDOS DO CIBORGUE

A utilização da tecnologia para o gozo humano remonta à própria concepção da técnica. Os debates sobre os limites da pesquisa biológica e uso da biotecnologia, no campo filosófico, são categorizados por Estanqueiro (2013) por meio de dois principais grupos: 1) biocatastrofistas, bioconservadores ou tecnofóbicos, e 2) tecnoprofetistas, transumanistas e tecnofílicos.

Ao nosso sentir, esses grupos se manifestam ainda em produções de cunho, ora utópico, ora distópico, por meios das mais diferentes linguagens: cinema, literatura, artes plásticas, além das produções acadêmicas.

O sentido principal de ciborgue neste ensaio será caracterizado por Haraway (2009): uma metáfora, de imagem fronteiriça, de um tipo de escritura sobre o humano diante do real (em sua materialidade) e do artificial (em termos de

virtualidade) oriunda de uma política de tradição feminista. As provocações feitas à ciência anteriormente se justificam não só em virtude de uma construção textual, mas sobretudo porque o ciborgue tensiona/tenciona os limites da ciência e da tecnologia.

Para Haraway é cada vez mais tênue as fronteiras do que é humano e do que é não-humano. Com o desenvolvimento tecnológico surgem criaturas híbridas com traços humanos e peças metálicas, parte animal, parte máquina. Não é à toa que ocupa um espaço central no campo cinematográfico. Vemos isso na série de TV e de filmes Star-Trek, na qual há uma raça ciborgue no espaço, cujo objetivo é incorporar tudo que encontra pela frente à sua comunidade, seja máquina ou humano, sua assimilação o torna parte do que é a comunidade, um único cérebro dividido e multiplicado, sem fim.

A concretude desse ser fantasioso demanda imaginação. No entanto, o que há de real no ciborgue? O que carrega enquanto um saber?

Nas palavras de Haraway

um ciborgue é um organismo cibernético, um híbrido de máquina e organismo, uma criatura de realidade social e também uma criatura de ficção. Realidade social significa relações sociais vividas, significa nossa construção política mais importante, significa uma ficção capaz de mudar o mundo (HARAWAY, 2009, p. 37).

O termo ciborgue (“*cyborg - cybernetic organismo*”, organismo cibernético) data de 1960 no artigo de Manfred Clynes e Nathan Klyne. A dupla descreveu o conceito como “um homem ampliado”, adaptado às condições das viagens espaciais. O termo é desenvolvido em plena corrida espacial, quando as duas principais potências da Guerra Fria - os EUA, representando o capitalismo e a URSS, o socialismo - disputavam a soberania da exploração espacial e desenvolvimento tecnológico. Desde então, o ciborgue ocupa um espaço significativo no campo da imaginação e da ficção científica (KUNZRU, 2009).

Para Haraway (2009, p. 36), “a fronteira entre a ficção científica e a realidade social é uma ilusão ótica”, isto porque ambos os elementos estão camuflados, imbricados e tangenciados em si. O ponto principal da metáfora do ciborgue é romper com os binarismos postos por uma tradição filosófica tão fictícia quanto os próprios elementos cinematográficos. Binarismos estes que se encontram em clássicas oposições, como natural/artificial, real/virtual, biologia/cultura etc.

A reivindicação que se faz da imagem do ciborgue para Haraway se justifica pois, na realidade da vida moderna a relação entre pessoas e tecnologia é tão íntima que se torna impossível dizer onde acabam os humanos e onde começam as máquinas (KUNZRU, 2009). E isso tem menos a ver com implantes de silício sobre a pele e mais com uma concepção

de um corpo humano de alta performance.

Tem a ver com calçados atléticos. ‘Pense sobre a tecnologia dos caçados para esporte [...] Antes da Guerra Civil Americana, nem sequer havia qualquer diferenciação entre o calçado do pé esquerdo e o do pé-direito. Agora, temos um calçado para cada atividade’. Vencer os Jogos Olímpicos na era do ciborgue não tem a ver simplesmente com correr mais rápido. Tem a ver com ‘a interação entre medicina, dieta, práticas de treinamento, vestimentas e fabricação de equipamentos, visualização e controle do tempo’ (Haraway em entrevista a KUNZRU, 2009, p. 23).

E ainda, com ou sem drogas “o treinamento e a tecnologia fazem de todo atleta olímpico um nó em uma rede tecnocultural internacional tão ‘artificial’ quanto um supercorredor no ponto máximo de consumo de asteroides” (KUNZRU, 2009, p. 24). O que se pretende dizer é que há um entendimento geral de que certas coisas são naturais, verdadeiras, objetivas, reais e biológicas. O que se diz com a metáfora do ciborgue é que o “natural” não é mais verdadeiro do que o “artificial”. Ou que o objetivo é evidente em detrimento do subjetivo. Com isso, Haraway não assume um papel de negligência diante das distinções entre organismos e máquinas, mas argumenta que ambas estão inseridas em redes, circuitos e fluxos tecnopolíticos de modo a questionar o status ontológico de uma verdade metafísica.

OUTROS SENTIDOS DO CIBORGUE

O cinema do final do século XX foi um dos grandes responsáveis por estimular a imagem do ciborgue como um ser híbrido, que mescla a banalidade do humano e expõe as potências da máquina. Na segunda metade do Século XX, a ficção científica desenvolveu sua estética sob forte influência da corrida espacial da Guerra Fria e da cibernética emergente do final do século XX, com o advento da internet e a especialização de sistemas de redes e conexões.

O ciborgue também é encontrado como metáfora instrumental para análise organizacional, por meio do Gerente-Ciborgue. O gerente organizacional é uma figura sempre vista diante de maquinários próprios: *notebooks*, *smartphones*, sistemas de informação, aparelhos tecnológicos entre outros. Gerentes, executivos, gestores, líderes, ao assumirem seus papéis imersos em redes tecnológicas aderem a um novo *ethos* humano, uma ética nova, pois suas fronteiras entre “pessoal” e “profissional” se tornam difusas. No campo dos Estudos Organizacionais (EO) a metáfora do gerente-ciborgue tem como objetivo ser uma alternativa à compreensão das recentes transformações das relações de trabalho e suas tecnologias aplicadas (TURETA; TONELLI; ALCADIPANI, 2011).

Grosso modo, a proposta central da metáfora do ciborgue consiste em romper com clássicas dicotomias entre as categorias “social” e “material”, tratadas como isoladas

e independentes uma da outra para concebê-los como híbridos, “cuja separação em termos de desempenho das atividades cotidianas no trabalho não pode ser facilmente estabelecida” (TURETA; TONELLI; ALCADIPANI p. 477, 2011). Dicotomias estas que remontam ao próprio racionalismo europeu desde Descartes que concebia o universo como uma grande máquina e, também, estabeleceu distinções entre corpo e alma.

Essas distinções e classificações binárias datam desde a filosofia platônica. Ao estabelecer as distinções entre física e metafísica, abriu-se caminho também para que ad demais classificações pudessem ter curso. O desenvolvimento do platonismo sustentou o nascimento e desenvolvimento da filosofia no ocidente sobre esses fundamentos binários. Daí para uma classificação hierárquica das diferenças entre esses extremos foi um caminho bastante óbvio.

Na compreensão destes autores (Tureta et all), as redes de circuito, fluxo e comunicação do gerente-ciborgue alteram o *modus operandi* do poder na contemporaneidade por meio do redesenho das comunicações e de múltiplas interconexões. Conforme o Quadro 1 apresenta, o gerente-ciborgue não elimina o estresse, mas o administra, reduzindo ou elevando de acordo determinadas necessidades.

Quadro 1 – Comparação Entre o Gerente (Humano) e o Gerente-Ciborgue (Pós-Humano)

GERENTE (HUMANO)	GERENTE-CIBORGUE
Organização do Trabalho	Ciborganização do trabalho
Fatores Motivacionais	Administração do estresse
Administração científica na fábrica	Administração global via tecnologias de comunicação
Trabalho linear	Trabalho em redes e fluxos
Execução das atividades como consequência da ação humana	Execução das atividades como consequência da associação humanos/não-humanos
Tecnologia seria apenas um elemento de suporte ao trabalho	Tecnologia como elemento essencial ao trabalho
Reuniões	Áudio/videoconferência
Relações físicas	Relações virtuais
Comunicação preponderantemente pessoal	Muita comunicação por meio de aparelhos eletrônicos e computadores
O tempo e o local de trabalho estão circunscritos no espaço físico da organização	Expansão do tempo e local de trabalho para além dos limites físicos da organização

Fonte: Tureta; Tonelli; Alcadipani, 2011.

Quanto ao novo *ethos*, em uma análise do neoliberalismo sobre suas histórias e implicações, Harvey (2014) destaca que o neoliberalismo realiza a significação das relações sociais

como relações contratuais de mercado. A ética neoliberal “sustenta que o bem social é maximizado se se maximizam o alcance e a frequência das transações de mercado, procurando enquadrar todas as ações humanas no domínio do mercado” (p. 13).

Morgan (1996) apresenta a metáfora da máquina e a designa por grupos específicos que concebem as organizações de modo mecanicista, tal qual os modelos fordistas e tayloristas. O humano nesta metáfora não é alguém que compartilha características humanas e não-humanas em si, com potencialidades ampliadas, mas alguém “aprisionado” ao ritmo do maquinário fabril. A metáfora da máquina de Morgan está relacionada a uma visão da engenharia mecânica, enquanto a metáfora do gerente-ciborgue se relaciona à mecatrônica e cibernética.

A agência não é só humana, mas distribuída a uma série de elementos criando uma nova entidade híbrida nas organizações. Relatórios financeiros, gráficos, tabelas, colunas, projeções, estatísticas. O gerente-ciborgue, portanto, reúne propriedades e atributos que reconfiguram o espaço social do trabalho.

Como descrevem Tureta, Tonelli e Alcadipani (2011), a metáfora do ciborgue é pós-humana.

Tal postura questiona a ideia dominante de que o ser-humano é uma entidade contida em si mesma, dotada de fronteiras e limites claros que os diferencia dos demais

elementos presentes no mundo, além de defender que os humanos estão/são essencialmente separados dos não-humanos (p. 468).

O ponto principal da metáfora é se opor a posições binárias e excludentes entre humanos e não-humanos. O pós-humanismo contrapõe-se a concepções humanistas da modernidade.

CIBORGUE: A ASSUNÇÃO MÁXIMA DE UMA ÉTICA DE MERCADO?

Mamigonian (1982) descreve que com a acumulação interna e externa da expropriação dos camponeses, a abertura dos mercados mundiais entre os séculos XVI e XVII, o capitalismo inglês realizou a revolução industrial pela substituição do trabalho manual pela máquina. Ainda de acordo com o autor, os avanços tecnológicos foram ditados pela concorrência entre empresas capitalistas, lutas operárias por aumentos salariais e pelas próprias guerras mundiais. A partir de uma perspectiva marxista, Mamigonian (1982) afirma:

Com a mecanização, a ciência assumiu a feição de força produtiva, separada do trabalho e posta a serviço do capital. A indústria pôs em prática sistematicamente o princípio de se analisar o processo produtivo em suas fases constituintes e de se resolver os problemas assim propostos pela aplicação da mecânica, da química

e das demais ciências naturais, dando origem à nova ciência da tecnologia (MAMIGONIAM, 1982, p.39).

Denomina-se capitalismo tecnocientífico o condicionamento recíproco do capitalismo à ciência e tecnologia (SIQUEIRA & MEDEIROS, 2011). O conjunto de ciências tecnológicas (que engloba a informação, robótica, biônica, nanotecnologias e biotecnologias) tem se tornado preponderante na transformação do tempo-espaço tradicionais a um tempo espaço híbrido “intemporal” e virtual (CASTELL, 1999).

Quanto ao campo da bioética, três principais abordagens se destacam: a historicista, a filosófica e a temática. A primeira se refere à bioética que nasce no contexto da Segunda Guerra Mundial no qual pesquisas científicas eram conduzidas sem o respeito a parâmetros éticos. A segunda abordagem considera o domínio da filosofia moral sobre dilemas éticos. E por fim a terceira, a abordagem temática, é dominante no Brasil e faz uso de casos em que conflitos morais e éticos se evidenciam (DINIZ & GUILHEM, 2002).

Rosa, Souza e Silva (2020) estudam sobre a relação da Internet das Coisas (*Internet of Things- IoT*) no campo da saúde. Questionando a aplicabilidade da IoT no ambiente da saúde, os autores consideram que a união desses campos (tecnologização da saúde) proporcionará maior digitalização dos dados de pacientes com centros de comandos, banco

de dados, promovendo maior interatividade tecnológica resultando em maior autonomia do paciente em relação a sua saúde.

A chamada Internet das Coisas prevê que não só usuários humanos possam se conectar em rede, mas objetos e equipamentos do cotidiano, como um relógio, sensor, geladeira, carro, semáforo etc. Mas vai além: pombos com implante RFID (*Radio Frequency Identification*) já monitoram a poluição do ar, médicos monitoram pacientes à distância, governos visualizam movimentação de pessoas por pedágios e alfândegas e sensores calculam umidade da terra e informar o tempo necessário para irrigação (SANTAELA et al, 2013).

Diante dos princípios da bioética, Hosne (2006) argumenta que embora sejam relevantes, importantes e úteis no campo da ética biomédica, os princípios de não maleficência, beneficência, autonomia e justiça não são suficientes para o equacionamento de todas as questões que surgem no campo da ética biomédica. Além disso, são insuficientes para a próprio Bioética.

Ao assumir que ética pressupõe sempre reflexão crítica sobre valores, o autor busca elaborar as questões da bioética para além da ética biomédica, à luz de referenciais, e não princípios. Assumir referenciais implica não só um jogo discursivo, mas que são propriamente referência para a atividade de reflexão crítica frente aos valores, deixando de ser princípios unicamente como direitos ou deveres

(HOSNE, 2006).

Recentemente, com a emergência de tecnologias como os *deepfakes*, vídeos hiperrealísticos aplicados com Inteligência Artificial, a verdade tem se tornado alvo de alterações e edições de modo a configurar uma nova era, denominada provisoriamente como “pós-verdade” (WESTERLUND, 2019). É incerto ainda a conceituação desta nova era, sendo usada comumente de forma analítica para questionar as recentes transformações. É sabido que os *deepfakes* têm sido utilizados para provocar desinformação, pornografia de vingança, bullying, falas evidências jurídicas, sabotagem política, propaganda terrorista, chantagem e manipulação de mercado.

Para Westerlund (2019), o uso anônimo, desregulado e desmedido de *deepfakes* caracteriza ameaça à sociedade, ao sistema político e aos próprios negócios. Como estratégia de combate às ameaças, a autora sugere medidas legislativas para regular o uso, políticas corporativas, educação e treinamento de detecção, bem como desenvolvimento de mecanismos de autenticação e prevenção de *deepfakes*. Neste contexto, a bioética assume um papel significativo.

O CIBORGUE À GUIA DE UM NOVO SUJEITO

A metáfora do ciborgue na perspectiva de Haraway está num campo de discussões filosóficas sobre disputas em torno da identidade humana hibridizada e dicotomizada

(NUNES, 2016). Híbrida por elementos tecnológicos (referentes à técnica de fazer algo) e ontológicos (referentes à constituição natural do ser biológico, humano ou orgânico). E dicotomizadas por uma tradição filosófica orientada por polos maniqueístas (bem-mal, superior-inferior, natural-artificial, orgânico-inorgânico, humano/não-humano).

Nunes (2016) cita o caso de Neil Harbissom, que ao receber um implante tecnológico para corrigir uma acromatopsia (incapacidade de distinguir cores), teve reconhecido o implante como parte do corpo. E acrescenta: por fim, as questões desdobradas sobre o reconhecimento do dispositivo como parte do corpo orgânico, esbarram na antiga pergunta, “o que é ser humano?”. Para Nunes (2016), “se usarmos a ideia de que uma pessoa se define pela racionalidade, pela autoconsciência de ser distinto dos demais [...] a partir de que momento um ciborgue deixa de ser humano” (p. 7). Ou, quando um humano se torna ciborgue? Em diálogo com os campos da filosofia, se existe um devir humano, não teríamos que admitir também um devir ciborgue?

Apesar de reconhecermos neste ensaio outros sentidos possíveis para o ciborgue, bem como aqueles disputados por atores que detêm o poder de domínio das narrativas (mercados bilionários, instituições de pesquisa biotecnológica e indústrias cibernéticas globais), pautamos o sentido do ciborgue neste trabalho pelo sentido de Haraway. O que há de político no ciborgue de Haraway não é um aspecto

programático. A autora não defende um programa político do tipo “renunciemos nossas ficções! assumamos nossa inexistência!”. Mas defende politicamente a assunção de uma ficção. No fundo, toda narrativa é, em parte, ficcional. Criamos, adicionamos sempre algo nas entrelinhas do tempo e da realidade com os quais lidamos.

Por fim, diante das ambiguidades, almejou-se nesse ensaio evocar a imagem do ciborgue e suas transgressões para incentivar reflexões à guisa de um novo sujeito e de uma nova tecno-bioética para as épocas contemporâneas.

Dessa maneira, tanto o humano quanto o ciborgue, não estão infensos à dicotomização, talvez, este, o ciborgue encarne exatamente a materialidade de um processo concreto de hibridização/dicotomização, elevando o binarismo à categoria material. Assim, o ciborgue não só representa uma síntese metafórica desse binarismo, como ele eleva o binarismo a uma categoria material.

Dizer que, com isso, ele supera ou reforça o binarismo é uma questão de interpretação que deixamos ao leitor para prosseguirmos com a discussão.

REFERÊNCIAS

- CASTELLS, M.A **sociedade em rede**: a era da informação: economia, sociedade e cultura. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- DINIZ, D.; GUILHEM, D.O **que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002. p. 69.
- ESTANQUEIRO, A. S. M. **As novas possibilidades de transformação dos homens por via tecnológica**. Tese: Universidade de Évora, 2014.
- HARAWAY, D. **Manifesto Ciborgue**: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: TADEUS, TOMAZ. *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. 2.Ed. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2009.
- HARVEY, D.O **neoliberalismo**: história e implicações. São Paulo: Edições Loyola,2008.
- HOSNE, W. S. Bioética: princípios ou referenciais? **Rev. O mundo da saúde**, São Paulo, 2006. Disponível em:<https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/41/20_bioetica_principio.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2021.
- KUNZRU, H.**Genealogia do ciborgue**. In: TADEUS, TOMAZ. *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. 2. Ed. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2009.
- MAMIGONIAM, A. Tecnologia e desenvolvimento desigual no centro do sistema capitalista. **Revista de Ciências Humanas**, 1982.
- MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.
- NUNES, L.**Bioética e tecnologia**: impacto no cuidar. In: *I Colóquio Internacional de Filosofia do Cuidar*. 2016.Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18074/1/Bioetica%20e%20tecnologia_impacto%20no%20cuidar.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2020.

ROSA, C. M.; SOUZA, P. A. R.; SILVA, J. M. **Inovação em saúde e internet das coisas (IoT): Um panorama do desenvolvimento científico e tecnológico.** Belo Horizonte: *ciênc. inf.v. 25, n. 3*, p. 164-181, julho 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362020000300164&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2021.

SANTAELLA, L.; GALA, A.; POLICARPO, GAZONI, R.. Desvelando a Internet das Coisas. **Revista Geminis**, [s.l.], v. 4, n. 2, p.19-32, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Adelino-Gala/publication/327601891_Desvelando_a_Internet_das_Coisas/links/5b991fe5299bf14ad4d41ca3/Desvelando-a-Internet-das-Coisas.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.

SIQUEIRA, H. S. G. & MEDEIROS, M.F. S. Somos todos ciborgues: aspectos sociopolíticos do desenvolvimento tecnocientífico. **Revista de Ciências Sociais Configurações.p.** 11-32.S.D.

TADEUS, T.**Antropologia do ciborgue:** as vertigens do pós-humano. 2. Ed. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2009.

TURETA, C.; TONELLI, M. J.; ALCADIPANI, R. O gerente-ciborgue: metáforas do gestor “pós-humano”. **Organ. Soc.**, Salvador, v.18, n. 58, p. 467-486, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302011000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2021.

WEBER, M. A ciência como vocação (1919). In: *WEBER, Max. Três tipos de poder e outros escritos.* Lisboa: Tribuna da História, 2005.

WESTERLUND, M. The Emergence of Deepfake Technology: A Review. **Technology Innovation Management Review**, v. 9, n. 11, p. 40-53, 2019.

CUIDADOS PALIATIVOS EM TEMPOS DE PANDEMIA

“Nossas vitórias sobre a doença e a morte são sempre temporárias, mas nossas necessidades de apoio, cuidado diante delas são sempre permanentes”

(Daniel John Callahan.)

Luciana Colares Maia^{28}*

Thomaz de Figueiredo Braga Colares^{29}*

“Esta minha vida, que de certa maneira começou pelo mundo afora, foi muitas coisas – mas nunca foi fácil. Isto é um fato, não uma queixa. Aprendi que não há alegria sem dificuldades. Não existe prazer sem dor. Saberíamos o que é o bem-estar da paz sem as angústias da guerra? Se não fosse a AIDS, será que perceberíamos que nossa humanidade está ameaçada? Se não houvesse a morte, apreciaríamos a vida? Se não existisse o ódio, saberíamos que nosso objetivo supremo é o amor? Como gosto de dizer: ‘Se protegêssemos os canyons dos vendavais, nunca veríamos a beleza de seus

28 Médica Geriatria Preceptora de Residência de Geriatria do Hospital Universitário Clemente de Faria-Unimontes

29 Médico Geriatria Preceptor de Residência de Geriatria do Hospital Universitário Clemente de Faria-Unimontes

relevos.' [...] No decorrer de minha vida já estivera em encruzilhadas, buscando no horizonte algo quase impossível de se enxergar. Nesses momentos, ou você cai no negativismo e procura atribuir a culpa a alguém ou opta pela recuperação e por continuar a amar. Como acredito que o único propósito de nossa existência é crescer, não tive problemas para fazer uma escolha"" (Elisabeth Kubler-Ross).

CONCEITOS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, os cuidados paliativos (CP) consistem na abordagem integral da pessoa com assistência promovida por equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e seus familiares diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Essa estratégia de cuidado deve ser fornecida a todos que necessitam dela, independentemente do prognóstico, e é imperativo para aqueles não considerados elegíveis para as intervenções de suporte vital. É de responsabilidade dos sistemas de saúde e dever ético dos profissionais de saúde aliviar a dor e o sofrimento seja físico, psicossocial ou espiritual, independente da doença ou condição ser curável ou não.

Os princípios norteadores da prática em CP, revisados pela OMS 2002 são:

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis;
- Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida;
- Não apressar ou adiar a morte;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte;
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto;
- Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- Reforçar e aprimorar a qualidade de vida e, também, influenciar positivamente o curso da doença.

Para mais, são complexas as necessidades dos pacientes que se encontram em cuidados paliativos, e a espiritualidade é uma condição que merece olhar diferenciado em todos, particularmente para as pessoas com doenças potencialmente fatais. Percebe-se maior fragilidade diante da proximidade da morte e do medo do desconhecido. A

espiritualidade refere-se a busca pessoal para compreensão das questões finais sobre a vida e sua relação com o sagrado e o transcendente. O paciente pode buscar a espiritualidade como forma de enfrentamento da doença e de amenizar o sofrimento mediante as dificuldades encontradas. Muitos estudos destacam a importância da espiritualidade no enfrentamento da doença em estágio avançado, na melhora do bem estar do paciente, além de auxiliar a família/cuidador a encarar o processo de finitude. Assim, nesse cenário o cuidado vai para além dos tratamentos farmacológicos que buscam aliviar a dor e sintomas físicos desagradáveis, oportuniza-se a preservação da dignidade e integridade da pessoa na terminalidade da vida.

Outro ponto, quanto ao suporte à família/cuidador principal objetivo é ajudá-los na função de amparo, a fim de que o processo de perda vivenciado seja concluído da forma mais saudável possível. Para isso, é essencial uma comunicação efetiva entre os envolvidos nesse momento, oferecendo um cuidado integral e de qualidade.

Nesse sentido, alguns termos devem ser esclarecidos nessa discussão:

1. Aortotanásia: refere-se à morte pelo seu processo natural. Etimologicamente, o termo significa morte correta – orto: certo; thanatos: morte. Denota o não prolongamento artificial do processo de morte, além do que seria o processo natural. Tal prática é compreendida como manifestação da boa morte ou

morte desejável, sem que a vida seja prolongada por meios que possam aumentar o sofrimento.

2. A eutanásia seria uma conduta para promover a morte mais cedo do que se espera, por motivo de compaixão, ante um paciente incurável e em sofrimento insuportável. A eutanásia não é legalizada no Brasil.

3. A distanásia é conceituada como o tratamento insistente, desnecessário e prolongado de um paciente terminal, que não apenas é insalvável, mas também submetido a tratamento fútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte.

4. *mistanásia (do grego “mis”, distanciamento, infeliz e “thanatos”, morte), define a morte miserável, por omissão, por negligência, por incompetência ou insuficiência na assistência à saúde.*

Vale ressaltar que os Cuidados Paliativos não significam indução da morte ou mera suspensão de tratamentos, mas aceitação da morte como parte inexorável de um processo natural da vida, e assim evita-se a futilidade e obstinação terapêutica. Cuidar paliativamente requer um tratamento ativo, integral, compartilhado e com proporcionalidade terapêutica.

Dessa maneira, na legislação brasileira, a resolução 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) afirma que o médico poderá limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente em fase

terminal de doença grave e incurável, desde que respeite a vontade da pessoa ou de seu representante legal. Toda a decisão sempre compartilhada entre equipe e os envolvidos deverá ser registrada em prontuário com clareza pelo profissional médico responsável. A não concordância com a decisão entre paciente/família e equipe assistente deve ser trabalhada num processo de comunicação contínuo, também cabe uma segunda opinião sobre o caso, se solicitado pela família. Ainda, reforça-se que o novo Código de Ética Médica 2018 afirma que em situações irreversíveis e terminais o médico evitará ações diagnósticas e terapêuticas inúteis, bem como desnecessárias e deverá garantir a assistência integral em cuidados paliativos.

No contexto dos CP torna-se imprescindível falar das diretrizes antecipadas de vontade (DAV). Apesar de ainda no Brasil, não haver legislação específica sobre esse assunto, o CFM elaborou a Resolução 1.995/2012, que dispõe sobre DAV:

- Art. 1º define diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que ele quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.
- Art. 2º nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre

e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade. § 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

Para elaborar as DAV, a pessoa deve estar lúcida e em pleno domínio da sua autonomia para decidir sobre tratamentos ou procedimentos médicos que deseja ou não receber, em situação de terminalidade da vida, no caso em que não é capaz de expressar as suas vontades.

QUESTÕES ÉTICAS DA PANDEMIA

No cenário atual a pandemia pelo COVID-19, representa um desafio único para os serviços de saúde, particularmente àqueles de cuidados paliativos. O aumento repentino de indivíduos que precisam de assistência à saúde, enfatizando cuidados complexos envolvendo pacientes e familiares/cuidadores especialmente durante o fim da vida, pode ultrapassar a capacidade do sistema público e suplementar. Reforça-se que os serviços de saúde e especialmente os programas de CP precisam ser preparados e sustentados para lidar com situações semelhantes e, ao mesmo tempo, manter a saúde e o bem-estar da equipe. Nesse momento, enquanto toda a população está susceptível a infecção pelo coronavírus, os pacientes idosos, geralmente mais frágeis e sujeitos a complicações de multimorbidades, bem como dependência funcional,

têm maior risco de desenvolvimento de prejuízos graves, cujos desfechos muitas vezes incertos exigem cuidados paliativos de qualidade.

Outra questão imposta pela pandemia do COVID- 19 envolveu o distanciamento físico e o isolamento social que podem afetar as pessoas com e sem COVID e entes queridos. Dessa forma, faz-se necessário o estabelecimento de prioridades assistenciais pelo sistema de saúde que contemplem os cuidados, que no contexto recente e imediato decorrente implica em potencial aumento no sofrimento físico, social e emocional de pacientes e seus familiares. Além disso, esses encargos exigem altos níveis de solidariedade e integridade pessoal, social e institucional, exigindo suporte físico, psicossocial e espiritual para pacientes, familiares e equipes no contexto da pandemia de COVID-19.

Destaca-se que a pandemia de SARS-CoV-2 expôs o sistema de saúde de todos os países independente de níveis de renda, no entanto, mais visível naqueles com déficits de recursos, gerando ônus em todos os níveis do cuidar, com ameaças da impossibilidade de uma assistência adequada e de qualidade, mediante superlotação da rede de atenção à saúde. Por conseguinte, a alocação de recursos para adequação dos encargos especializados (hospitais de campanha), bem como a aquisição de equipamentos médico-hospitalares e de medicamentos essenciais e específicos

determinam escolhas singulares e reconfiguração dos serviços existentes, que carecem da responsabilidade da ação proativa os agentes políticos nesse cenário atual. Isso acompanha o embasamento em diretrizes éticas para garantir as estratégias de cuidado com dignidade, integralidade, universalidade, equidade e igualdade para todas as pessoas; contudo as recentes circunstâncias e crescentes demandas do cuidado podem limitar os recursos disponíveis. Portanto, à medida que os sistemas de saúde sobrecarregam-se devido à pandemia do COVID-19, evidencia-se a necessidade das ações de CP seguras e eficazes, inclusive os cuidados de fim de vida, tornam-se especialmente essenciais, reforça-se a vida de todo ser humano tem igual dignidade e apreço.

Seguem abaixo os princípios éticos fundamentais para o atendimento otimizado durante a pandemia de COVID-19, embasados na *Declaração Universal de Direitos Humanos* e *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, e firmados na capacidade de discernimento e virtudes dos protagonistas:

1. Não abandono: Nenhuma pessoa que necessite de cuidados médicos é negligenciada ou abandonada; todos os que precisam têm acesso aos cuidados paliativos;
2. Respeito pelo ser humano: A proteção da dignidade da pessoa e dos direitos humanos inclui a provisão de um espaço privado para os moribundos e suas famílias;

3. Autonomia: A autonomia é restrita apenas por razões imperiosas de saúde pública;
4. Reciprocidade: A proteção da saúde pública e do provedor de saúde é priorizada; as precauções de controle de infecção apropriadas devem ser implementadas, bem como respeitadas e aplicadas;
5. Confidencialidade: A confidencialidade do paciente precisa ser mantida na ausência de questões de saúde pública convincentes;
6. Cuidado integral com a pessoa: Acompanhamento, apoio espiritual e luto desempenham papéis importantes ao lado de cuidado intensivo, tratamento médico e controle dos sintomas;
7. Justiça / Equidade: Pessoas com condições de saúde semelhantes têm igual acesso a tratamento e cuidados (incluindo medidas de proteção) sem discriminação com base na etnia, religião, sexo, idade, deficiência, status socioeconômico ou afiliação política.

Enfim, neste contexto de calamidade pública observa-se que o colapso do sistema de saúde é um risco real, visto que inúmeras variáveis podem influenciar direta ou indiretamente a tomada de decisão como as equipes de profissionais de saúde exaustas física e emocionalmente, o distanciamento físico limitando a presença tão importante dos familiares/cuidadores, reforça-se que o conhecimento e a prática das ações de CP podem contribuir e muito

com as demandas individuais e coletivas provocadas pela pandemia de COVID-19. Conclui-se, é essencial entender a humanização do cuidado na luta para salvar o maior número de vidas, considerando sempre o alívio do sofrimento e a dignidade de pacientes, dos familiares/cuidadores e da equipe envolvida no cenário mundial. Entretanto, salienta-se que diversos países reconhecem árdua a tarefa de localizar e direcionar novos recursos humanos e financeiros para os pacientes COVID, mantendo os padrões adequados de atendimento para aqueles com outras necessidades médicas, especialmente as condições crônicas complexas.

REFERÊNCIAS

COLLET, N.;ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 56, p. 189-92, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Cuidado paliativo e a pandemia covid-19**. Disponível em:<https://www.sbn.org.br/fileadmin/diversos/Cuidados_Paliativos_Recomendacoes.pdf>. Acesso em: 25 set. de 2020.

D'AVILA, R. L.; RIBEIRO, D. C. **A terminalidade da vida: uma análise contextualizada da Resolução CFM nº 1.805/06**. In: *Conflitos bioéticos do viver e do morrer*. 2011. p. 187.

EVANGELISTA, C.B.; LOPEAS, M.E.L.; COSTA, S.F.G.; BATISTA, P.S.S.; BATISTA, J.B.V.; OLIVEIRA, A.M.M. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. **Rev Bras Enferm**[Internet],v. 69, n. 3, p. 554-63, 2016.

FADUL, N.; ELSAYEM, A.F; BRUERA, E. Integração de cuidados paliativos no planejamento de pandemia COVID-19. **BMJ Supportive & Palliative Care**. 2020.

FORTES, P.A.C. A prevenção da distanásia nas legislações brasileiras e francesas. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 53, p. 195-7, 2007.

FRANÇA, G. V. **Direito médico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

GUTIERREZ, P.L. O que é o paciente terminal. **Ver. Assoc. Med. Bras.** 2001.

KOVÁCS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicol. USP vol.14.**, São Paulo, 2003.

MAGALHÃES, J. L; NUNES, R. Tradição e fundamentos éticos hipocráticos aplicáveis à terminalidade da vida. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 22, n. 3, p. 448-55, 2014.

MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

MARENGO, M.O; FLÁVIO, D.A.;SILVA, R.H.A. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 42, n. 3, p. 350-7, 2009.

MELO, A.G.C. **Cuidados paliativos: histórico e filosofia**. 2004. Disponível em:<<http://www.oncoguia.com.br/dor>>. Acesso em: 25 set. 2020.

PESSINI, L;BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINA, C.P. **Bioética, cuidado e humanização**. Ed Loyola. 2014

REIGADA, C.; RIBEIRO, J.L.P.; NOVELLAS, A.;PEREIRA, J.L. **O Suporte à Família em Cuidados Paliativos**.Porto Alegre: Textos & Contextos, v. 13, n. 1, p. 159 - 169, jan./jun. 2014.

SANCHES, M.A.;CUNHA, T.R.;SIQUEIRA, S.S.; SIQUEIRA, J.E. Perspectivas bioéticas sobre tomada de decisão em tempos de pandemia. **Rev. Bioét**, v. 28, n. 3, p. 410-7, 2020.

SIQUEIRA, J.E. **Sobre a morte e o morrer: tecnologia ou humanismo?**Brasília: Rev. Bioética,2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA.
Recomendações da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia para a elaboração de Diretivas Antecipadas de Vontade. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/06/DAV_orienta%C3%A7%C3%B5es-SBGG.pdf>. Acesso em 25 set. 2020

THE LANCET. **Cuidados paliativos e a pandemia COVID-19.** 2020.

Este livro foi idealizado como uma homenagem ao saudoso professor José Geraldo de Freitas Drumond, considerando sua admirável atuação enquanto bioeticista no campo científico regional e na propagação do pensamento bioético no sertão mineiro. Nesse sentido, a Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES-MG tem o prazer de atribuir a este memorável pesquisador a menção honrosa póstuma por meio da coletânea de livros para o curso anual de Bioética, em face das variadas possibilidades interdisciplinares em torno desse campo do conhecimento, para o qual o cientista citado tanto contribuiu. Para tanto, uma extensa pesquisa foi empreendida pela comissão organizadora deste trabalho. Em prol da diversificação de temas, a fim de ofertar um amplo leque de discussões, foram convidados cientistas e pesquisadores de reconhecimento nacional e internacional das diversas áreas do conhecimento.

ISBN: 978-65-86467-26-0



9 786586 467260