
A pesquisa bioética no Brasil entre o antigo e o novo

FERMIN ROLAND SCHRAMM

Neste artigo pretendo abordar duas questões: (1) caracterizar a pesquisa bioética no Brasil, definindo o contexto no qual ela surge e seus traços que considero pertinentes; (2) delinear aquele que poderia ser seu aporte à bioética mundial. Este consistiria na capacidade de lidar com uma ferramenta que tem uma história, e na necessidade de reinterpretá-la à luz das características dos problemas brasileiros, reformulando, assim, a bioética, seja em termos complexos (para estar “à altura” de seus problemas concretos), seja em termos pragmáticos (para poder otimizar a relação entre meios e fins de suas políticas públicas em termos de eficácia e efetividade).

Penso que se houver algum aporte original dos bioeticistas brasileiros ao campo das reflexões e soluções da bioética, isso só poderá se dar pela sua competência em enfrentar sabiamente tanto os “problemas persistentes” (como os da saúde pública, em particular os problemas de justiça distributiva e de equidade) quanto os “problemas emergentes” (como os dos novos testes preditivos e da engenharia genética) inscritos em sua realidade moral (GARRAFA, COSTA e OSELKA, 2000:13-23). Em outros termos, a “bioética no Brasil” só poderá sair de sua condição de menoridade para adquirir o *status* adulto de “bioética brasileira”, com uma identidade própria, inscrita em sua tradição cultural e política, se for capaz de adaptar os mo-

delos “importados” (certamente importantes, mas insuficientes), tendo o cuidado de não praticar nem o reducionismo nem o confucionismo, pois os problemas bioéticos são de vários tipos, precisando, portanto, de diferentes níveis pertinentes de análise; em muitos casos, porém, são também vinculados, o que obriga a integrá-los.

Os problemas persistentes e os problemas emergentes são ambos relevantes para resolver, no seu conjunto, os problemas de saúde e de bem-estar humanos em seus contextos concretos. De fato, uma abordagem negligente dos problemas emergentes (por exemplo, as predisposições genéticas a doenças preveníveis por testes preditivos) pode torná-los persistentes no futuro. Nesse caso, por um lado, teríamos a responsabilidade moral de nossa negligência frente às gerações futuras, pois é razoável afirmar que somos igualmente responsáveis por ações e omissões (GLOVER, 1977), ou seja, somos *moralmente responsáveis* tanto pelo mal que fazemos como por aquele que poderíamos ter evitado. Como afirma o bioeticista inglês John Harris

“se quisermos ter alguma chance de manter ou de conseguir o controle de nosso destino, devemos tentar antecipar o que poderia acontecer [pois os perigos futuros tendem a tornar-se] infalivelmente atuais e reais, e quando isso acontece, eles podem ser mais difíceis de serem controlados, [o que] nos tornaria responsáveis por causar imensos sofrimentos evitáveis.”
(HARRIS, 1998:6)

Por outro lado, a escassez de recursos para satisfazer as diferentes esferas de bens legítimos de uma sociedade faz com que nenhum sistema de saúde do mundo possa arcar com todas as necessidades sanitárias de uma população, caso contrário iria inevitavelmente à falência. Isso implica estabelecer algum limite às demandas crescentes por serviços de saúde, so-

bretudo àquelas que podem ser consideradas, consensualmente, como sendo pouco razoáveis quando comparadas com outras, também consensualmente, como mais essenciais (CALLAHAN, 1987 e 1998). Entretanto, estabelecer quais necessidades seriam “básicas” e quais “acessórias”, ou seja, quais teriam uma prioridade lexical sobre as demais não pode evidentemente ser estabelecido somente pelo confronto entre argumentos racionais, pois pressupõe que todos os grupos de interesse de uma sociedade compartilhem um mesmo tipo de razão ou — como pretendem os teóricos da ética discursiva (sobretudo Apel e Habermas) — alguma condição (transcendental ou não) *a priori* que garanta a interlocução. Na prática, isso está longe de ser mais do que um projeto de sociedade, sobretudo se considerarmos a existência de fato de uma pluralidade de “razões”, que podem, muitas vezes, não ter nenhum denominador comum, necessitando assim de formas de mediações políticas, ou arranjos nem sempre racionais. No entanto, não entraremos no mérito desse aspecto neste breve ensaio: só queríamos deixá-lo em pauta para futuras discussões e para mostrar claramente quais são os limites de nossa abordagem.

1. Características e contexto da bioética no Brasil

A bioética no Brasil tem aproximadamente uma década de atividades acadêmicas e institucionais, e pode ser considerada simultaneamente jovem e tardia, preocupada em compreender e resolver antigos e novos desafios no campo da saúde humana e da pesquisa biomédica, tendo que lidar, ao mesmo tempo, com problemas persistentes e problemas emergentes tanto da saúde individual como da saúde coletiva.

É jovem porque emerge na primeira metade dos anos 90, mais de quarenta anos depois de surgir o *Código de Nürenberg* (1946), que estabeleceu pela primeira vez, em âmbito interna-

cional, as diretrizes éticas das pesquisas feitas com seres humanos, e vinte anos depois do nascimento oficial (nominal) da bioética no campo das éticas aplicadas.

A bioética nasce oficialmente quando o oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter criou o neologismo *bioethics* para indicar um novo campo de pesquisa e de atuação da ética. Para este autor, o novo campo teria caráter interdisciplinar, com marcado conteúdo ecológico, e deveria preocupar-se com a sobrevivência da espécie humana e com a responsabilidade dos cientistas para com a qualidade presente da *Lebenswelt* (POTTER, 1970 e 1971). Duas décadas mais tarde, antecipando muitos dos debates e preocupações atuais da bioética ambiental e da biossegurança, Potter renomeará sua concepção inicial de “bioética global” (POTTER, 1988 e 1990:89-98),¹ mantendo, porém, os conteúdos da concepção original, a saber: (a) a promoção da dignidade humana (para deter eventuais abusos da tecnociência), (b) a limitação voluntária da fecundidade (para evitar as pressões negativas sobre a qualidade de vida global decorrentes do excesso de população) e (c) o respeito do ambiente natural (para deter a degradação das condições necessárias para a existência da própria vida). A intenção do autor era distinguir sua concepção ampla da bioética — ao mesmo tempo *bio-lógica*, *inter-disciplinar*, *antropo-cós-mica* — das concepções posteriores e concorrentes, consideradas, em sua maioria, como limitadas e insuficientes, distinguindo-a, em particular, da concepção dominante em âmbito biomédico durante os anos 70 e 80, conhecida como *principialismo* (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 1989).

Embora a bioética brasileira tenha surgido nesse contexto “globalizado” e “dinâmico” (ANJOS, 1997:4-12), no qual já estavam praticamente formulados os principais problemas da pauta das discussões bioéticas da atualidade (aborto, eutaná-

1. Para uma apresentação mais detalhada, ver SCHRAMM, 1997.

sia, transplante de órgãos, iatrogenia médica, alocação de recursos etc.), trouxe, para essa mesma pauta de discussão, problemas próprios, vinculados à saúde pública e decorrentes da injustiça e da exclusão social. Em particular, introduziu o problema da miséria, talvez o problema mais fundamental da ética, por dizer respeito à própria condição necessária da qualidade da vida, ou seja, por referir-se à condição humana em sua fragilidade essencial (SCHRAMM, 1996) ou, mais radicalmente, por ser de fato uma “ameaça de morte radical, não dos homens, mas da humanidade no homem” (LEÃO, 1992:232), mas também, os problemas ligados à precária proteção da saúde tanto dos indivíduos como das populações humanas (SCHRAMM e KOTTOW, 2001:949-956) e aqueles implicados pelos conflitos relativos à alocação dos recursos escassos no contexto da redução “tirânica” de todas as esferas da justiça distributiva de uma sociedade pluralista e complexa (como é, a princípio, a brasileira) à esfera econômica (WALZER, 1983, SCHRAMM, 2000:41-47).

É tardia porque, quando surge, já se estava delineando claramente uma importante transição paradigmática no campo da bioética mundial. Tal transição caracterizava-se, por um lado, pela passagem de uma bioética essencialmente “privada”, marcada por um olhar preocupado prevalentemente com os problemas éticos resultantes dos atos de e sobre indivíduos humanos, e com os assim chamados *direitos humanos de primeira geração*, ou das “pessoas”, para uma bioética “pública”, mais preocupada com a dimensão ética dos problemas de saúde coletiva, fundada nos assim chamados *direitos sociais ou de segunda geração* (GARRAFA, 1995, SCHRAMM, 1997: 227-240). Por outro, caracterizava-se pela complexificação de seu campo de estudo e de atuação, devido àquela que podemos chamar de “hipercrise sanitária” para indicar a sinergia entre antigos e novos problemas de saúde, ou seja, entre os proble-

mas sanitários persistentes e decorrentes em larga medida do subdesenvolvimento (como as doenças infecto-contagiosas e as doenças decorrentes da falta de condições sanitárias básicas como o saneamento), e aqueles emergentes ou induzidos pelos avanços científicos e a incorporação tecnológica nos procedimentos de saúde, como as doenças crônico-degenerativas resultantes da transição epidemiológica e o conseqüente envelhecimento da população. Tudo isso no contexto das também emergentes discussões bioéticas referentes ao meio ambiente (discutidas, por exemplo, durante a Conferência Mundial Rio 92) e referentes aos *direitos de terceira geração* (ou das “gerações futuras”) e aos *direitos de quarta geração* (ou “ambientais”);² do impacto da dívida externa sobre os cortes orçamentais (e as conseqüências negativas em termos de efetividade das políticas sanitárias); da prática persistente de promiscuidade institucional entre interesse público e interesses privados e/ou corporativos (que implica corrupção e desvios de dinheiro essencial para os programas de interesse social).

O caráter, ao mesmo tempo jovem e tardio, da bioética praticada no Brasil teve, evidentemente, algumas desvantagens comparativas em relação à pesquisa bioética nos países com tradição mais antiga, sobretudo no começo, pois implicava excessiva dependência de um ou outro modelo de análise estabelecido. Destacamos, em particular, a dependência do “modelo Georgetown”, ou dos quatro princípios *prima facie* (beneficência, não maleficência, autonomia e justiça), norte-americano (que inspirou, por exemplo, a redação da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e que regulamenta a pesquisa com seres humanos) e, em grau menor, a dependência do modelo personalista europeu (mais preocupado em ressaltar os fun-

2. SCHRAMM, BORGES, VALADARES et al., 1992:207-216; LEÃO, 1992, SCHRAMM, 1992:233-255, VALADARES, 1992:265-274, BARATA, 1992:279-286, CYNAMON, 1992:287-291.

damentos dos direitos da pessoa) ou, ainda, a do humanismo universalista da tradição iluminista e/ou kantiana.

O sucesso do modelo principialista se deve provavelmente a uma relativa (mas, sobretudo, suposta) mais fácil aplicabilidade da matriz dos quatro princípios a vários contextos e situações de conflito moral no campo da biomedicina em sociedades liberais, democráticas e pluralistas (como a norte-americana e, parcialmente, a brasileira); no caso do modelo personalista, isso pode ser devido a uma relativa dependência da intelectualidade brasileira da cultura européia, em particular, da cultura francesa, na qual o personalismo se desenvolveu a partir dos anos 50 com a obra do filósofo católico Emmanuel Mounier). Já com relação ao humanismo iluminista, se deve provavelmente à longa tradição da filosofia acadêmica brasileira, dependente do modelo continental, sobretudo de sua vertente francesa e, em parte, alemã. Nos últimos anos, no entanto, pode-se verificar uma crescente importância da filosofia de tradição analítica (sobretudo a inglesa), a qual, aliada ao neoaristotelismo alemão e ao neopragmatismo norte-americano, constitui o húmus cultural do qual emergem as éticas aplicadas e, em particular, a bioética.

Entretanto, o fato das atividades bioéticas no Brasil serem jovens e tardias vem tendo também, depois de um primeiro período de dependência dos modelos anteriormente citados (tratar-se-ia da “infância” da bioética brasileira?) — e que dura praticamente toda a década de 90 — uma certa renovação, constituída por uma crescente crítica aos modelos “importados”, em particular ao modelo principialista, quando aplicado aos problemas de saúde pública. Com isso, entramos na fase da “adolescência” da bioética brasileira. Esta tem uma vantagem comparativa, pois implica, paradoxalmente, maior liberdade em relação aos modelos, que podem ser “canibalizados” (no sentido da antropofagia cultural dos modernistas paulistas) sem

muita cerimônia com relação a cada tradição utilizada, o que permite utilizar, em princípio, todo o leque das possibilidades oferecidas pela “caixa de ferramentas” (Wittgenstein) da filosofia moral aplicada, preocupando-se tão somente com a consistência argumentativa e a ponderação dos efeitos pragmáticos das decisões consideradas eticamente legítimas.

Mas essa fase “adolescente” da bioética brasileira está também chegando a um momento de balanço, do qual dependerá o rumo à fase “adulta”, durante a qual o principal desafio já se delinea como uma tarefa complexa, consistente em saber distinguir sem separar, e juntar sem confundir, os problemas da bioética privada e os da bioética pública, ou seja, em saber distinguir os tipos e âmbitos de pertinência dos vários problemas a serem abordados, para poder, em um segundo momento, integrá-los num âmbito mais amplo de compreensão. É dessa nova competência que dependerá provavelmente a credibilidade e a legitimidade dos bioeticistas brasileiros no cenário mundial (o Sexto Congresso Mundial da Sociedade Mundial de Bioética, *International Association of Bioethics*, IAB, se realizará em Brasília: 31/10 a 3/11/2002).

2. Como pensar uma bioética brasileira complexa?

Devido às características dos problemas de saúde e de bem-estar brasileiros delineados anteriormente, os quais — embora não tornem o Brasil um “caso à parte” (*Sonderfall*) no cenário mundial (a menos que se opte por uma visão casuística, segundo a qual qualquer caso pode de fato ser considerado um caso à parte) — podem, no entanto, torná-lo um caso paradigmático dos problemas de saúde e de bem-estar dessa época “pós-moderna”, provavelmente, válido para países “dependentes” em situações semelhantes.

O recente caso (amplamente relatado pela mídia) das repetidas ameaças de quebrar as patentes dos remédios considerados essenciais por parte do governo brasileiro, assim como sua política de produzir remédios genéricos e similares para baratear custos, é um bom exemplo disso, pois foi seguido por outros países do terceiro mundo e está obrigando algumas das grandes multinacionais farmacêuticas a procurar acordos sobre preços considerados mais ao alcance dos orçamentos de cada país e mais justos. Isso só foi possível, porém, porque a atitude das autoridades brasileiras estava fundamentada eticamente e respaldada politicamente pela própria OMS, que considera o direito à saúde um direito fundamental de qualquer ser humano.

Com efeito, as razões econômicas, embora fundamentais para o bom andamento de uma sociedade (como já analisava criticamente Marx antes disso se tornar um credo acrítico neoliberal), não podem subsumir todas as outras dimensões sociais fundamentais sem criar crises políticas e sociais incontroláveis, justamente por serem consideradas “tirânicas” pelas sociedades democráticas e pluralistas contemporâneas (WALZER, 1983, SCHRAMM, 2000). Desse ponto de vista, a saúde não pode ser encarada como mera mercadoria, submetida às mesmas regras de qualquer outro produto de consumo, mas deve, ao contrário, ser considerada um bem fundamental que a princípio tem pelo menos a mesma relevância da “saúde econômica” para garantir algum tipo de ordem social legítima, senão o bem mais fundamental, visto que dele podem depender os demais bens fundamentais (como bem sabe a sabedoria popular).

No entanto, isso não quer dizer que não deva haver um rígido controle, em termos pragmáticos, da efetividade das políticas de saúde, isto é, da otimização da relação entre os objetivos de saúde razoáveis (que definem o universo dos fins legítimos) e os procedimentos a serem utilizados para realizar tais

fins (o que constitui o universo dos meios adequados), no contexto das características específicas de cada sociedade. Caso contrário, como bem sinalizou Callahan (1987, 1998), qualquer sistema sanitário iria inexoravelmente à falência. Por isso, esse problema é complexo e merece, portanto, a sabedoria de encontrar o ponto arquimediano entre o “economicismo” e o *laissez-faire*, ponto a partir do qual seja possível alcançar alguma forma razoável de justiça distributiva em termos de equidade, preocupando-se em reduzir, quanto for razoavelmente possível, as disparidades de acesso aos bens existentes e relevantes do ponto de vista da proteção à saúde e privilegiando, por exemplo, os mais necessitados de políticas sanitárias focalizadas.

Existem, evidentemente, casos extremos, como aqueles de países paupérrimos (como alguns países africanos) ou aqueles de regiões muito pobres do interior de um mesmo país (como é o caso do próprio Brasil). Entretanto, para esses casos, podem valer também, *mutatis mutandis*, os argumentos anteriores, visto que num mundo supostamente “globalizado”, as partes devem ser solidárias entre si para que exista um todo minimamente ordenado no lugar do caos.

No Brasil, sobre todas essas questões existe uma razoável cultura sanitária, vinculada aos problemas de justiça social. Como vimos anteriormente, a reflexão bioética no Brasil começa justamente, em larga medida, pela ética aplicada aos problemas de saúde pública (esse é certamente o caso da Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília), sem que, com isso, se pretenda desconhecer as contribuições de algumas Faculdades de Medicina Legal, de algumas Faculdades de Medicina e de algumas Faculdades de Filosofia.

Um dos aspectos complexos da bioética adulta talvez seja, porém, aquele referente a como relacionar os problemas persistentes e os problemas emergentes da saúde.

Uma das razões é certamente o fato de que se trata de uma questão contraintuitiva, pois parece lógico (como vimos falando de equidade) privilegiar os problemas persistentes, caso se deva optar entre estes e os problemas emergentes. No entanto, como vimos também, muitos problemas emergentes podem, a médio ou longo prazo, tornar-se persistentes. Por isso, a bioética em saúde pública não pode esquecer as implicações morais dos avanços em ciência e tecnologia, em particular aqueles que dizem respeito à biomedicina, tais como as novas formas de reprodução assistida; os novos testes preditivos criados pela biomedicina genômica (e, em breve, proteômica) e pela epidemiologia molecular (que estuda as possíveis interações entre genoma, ambiente e estilos de vida); os novos tratamentos advindos da engenharia genética (como o uso de células tronco, a clonagem de órgãos e tecidos e a transgenia, entre outros).

Nesse caso, a complexidade do problema requer não só uma sábia gestão dos recursos disponíveis para a saúde em determinada sociedade, mas também amplo debate público e esclarecido sobre os prós e os contra à incorporação de tais procedimentos e tecnologias no sistema sanitário, pois é desse debate que depende a legitimidade social de uma política pública também em saúde. O risco é, evidentemente, que se opte por soluções eticamente discutíveis, mas esse é um risco inerente a qualquer sistema democrático. No entanto, pode-se supor também que uma sociedade da comunicação decida estimular o exercício consciente e vigilante da cidadania, escolhendo os meios mais adequados para chegar a formas de consenso razoáveis e aceitáveis por todos os envolvidos.

De qualquer maneira trata-se, em última instância de uma aposta entre otimistas e pessimistas, os quais podem muito bem chegar a um compromisso entre o pessimismo da razão e o otimismo da (boa) vontade (como já queria Antonio Gramsci).

Uma outra razão, muito mais séria, diz respeito ao fato de que, frente aos problemas emergentes, estamos quase sempre

em condição de incerteza, o que implica atuar em situações de risco, quer dizer, ter que calcular conseqüências não previsíveis, razão pela qual é extremamente difícil formular políticas públicas de saúde, socialmente aceitáveis, baseando-se tão somente em “probabilidades de risco”, visto que, nesse caso, as probabilidades se aplicam pertinentemente a populações mas não a indivíduos. De fato, os indivíduos (ou “sujeitos”), a princípio, só aceitam renunciar a algo por coerção ou por considerarem-se integrados, de forma satisfatória, ao grupo ou à sociedade em prol da qual teriam que renunciar a seus interesses e/ou desejos.

Isso nos leva, evidentemente, de volta à questão da exclusão social, enfocada agora, porém, de outra perspectiva, pois a inclusão social pode ser concebida, do ponto de vista da previsão dos riscos em situação de incerteza, como condição necessária para a cooperação e a prevenção (até onde isso for razoavelmente possível) dos comportamentos de risco que podem ameaçar terceiros.

3. Considerações finais

A bioética, amplamente entendida como estudo da moralidade dos atos humanos que têm conseqüências, reais ou potenciais, irreversíveis sobre qualquer sistema vivo (que é sempre também um sistema irreversível (KOTTOW, 1995)), diz respeito tanto aos problemas emergentes como aos problemas persistentes da saúde de indivíduos e populações humanas, no contexto de suas relações entre si e com seus ambientes. Tais relações são, portanto, de tipo ao mesmo tempo natural, cultural e social.

Neste breve ensaio tive dois objetivos: (1) descrever a emergência da “bioética no Brasil”, que qualifiquei como sendo jovem e tardia, devido ao contexto de sua emergência; (2)

fazer um breve balanço crítico de sua produção para definir as condições de possibilidades de sua inserção no contexto internacional como “bioética brasileira”, destacando a possibilidade de ser uma bioética complexa, quer dizer, capaz de equacionar, de maneira original, seus problemas de saúde persistentes e emergentes, baseando-se em sua experiência adquirida ao longo de uma década de pesquisas e de atuação institucional.

Considero que essa transição é possível, como deixam esperar o engajamento e a generosidade de muitos antigos e jovens bioeticistas brasileiros, cujos trabalhos inspiraram estas minhas modestas anotações, as quais só pretendem indicar uma possível pista de leitura que não seja um mero “caminho do bosque” (*Holzweg*), mas sim uma “clareira” (*Lichtung*).

Referências Bibliográficas

- ANJOS, M. F. Bioética: abrangência e dinamismo. *O mundo da saúde*, 21(1), p. 4-12, 1998.
- BARATA, P. O menino de rua e o mico-leão ou o que tenho a ver com tudo isso? In: LEAL et al. (Orgs.). *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. v. 1. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, p. 279-286, 1992.
- BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 1989.
- CALLAHAN, D. *False hopes: why America's quest for a perfect health is a recipe for failure*. New York: Simon & Schuster, 1998.
- _____. *Setting limits. Medical goals in an aging society*. Washington DC: Georgetown University Press, 1987.
- CYNAMON, S. E. Desenvolvimento com ética. In: LEAL et al. (Orgs.). *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. v. 1. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, p. 287-291, 1992.

- GARRAFA, V. *A dimensão da ética em saúde pública*. São Paulo: Ed. USP / Kellogg Foundation, 1995.
- GARRAFA, V., COSTA, S. I. F., OSELKA, G. A bioética no século XXI. In: GARRAFA, V., COSTA, S. I. F. (Orgs.). *A bioética no século XXI*. Brasília: Ed. UnB, 2000.
- GLOVER, J. *Causing death and saving lives*. Harmondsworth: Penguin Books, 1977.
- HARRIS, J. *Clones, genes, and immortality*. Ethics and the genetic revolution. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- KOTTOW, M. *Introducción a la bioética*. Santiago: Editorial Universitaria, 1995.
- LEÃO, E. C. A ética do desenvolvimento. In: LEAL et al. (Orgs.). *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. v. 1. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, p. 221-232, 1992.
- POTTER, V. R. Bioethics, the science of survival. *Perspectives in biology and medicine*, 14, p. 127-153, 1970.
- _____. *Bioethics*. Bridge to the future. Engelwood Cliffs: Prentice Hall, 1971.
- _____. Getting to the year 3000: can Global Bioethics overcome evolution's fatal flaw? *Perspectives in biology and medicine*, 34, p. 89-98, 1990.
- _____. *Global bioethics: building on the Leopold legacy*. East Lansing: Michigan State University Press, 1988.
- SCHRAMM, F. R. *A terceira margem da saúde: ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário*. Brasília: Ed. UnB, 1996.
- _____. Bioética, economia e saúde: direito à assistência, justiça social, alocação de recursos. *Revista Brasileira de cancerologia*, 46(1), p. 41-47, 2000.
- _____. Da bioética privada à bioética pública. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Ed. Lemos, p. 227-240, 1997.
- _____. Ecologia, ética e saúde: o princípio de responsabilidade. In: LEAL et al. (Orgs.). *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. v. 1. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, p. 233-255, 1992.

- _____. Nihilismo tecnocientífico, holismo moral e a bioética global de Van Rensselaer Potter. *Manguinhos*. História, ciência e saúde, 4(1), p. 95-113, 1997.
- SCHRAMM, F. R., KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cuadernos de salud pública*, 17(4), p. 949-956, 2001.
- SCHRAMM, F. R.; BORGES, S. M. N., VALADARES, J. C. et al. Ética e ecologia. In: LEAL et al. (Orgs.). *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. v. 1. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, p. 207-216, 1992.
- VALADARES, J. C. Ambiente: espaço, emoção e ética. In: LEAL et al. (Orgs.). *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. v. 1. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, p. 265-274, 1992.
- WALZER, M. *Spheres of Justice: a defense of pluralism and equality*. New York: Basic Books, 1983.

Resumo

O artigo caracteriza a pesquisa bioética no Brasil, ao mesmo tempo jovem e tardia, definindo o contexto no qual ela surge: além dos problemas "emergentes" (como os dos novos testes preditivos e da engenharia genética) da bioética mundial, aqui se depreendem também os chamados problemas "persistentes" (como os da saúde pública, em particular os problemas de justiça distributiva e de equidade).

Os principais modelos que influenciaram a bioética no Brasil são o modelo personalista (influência do francês filósofo católico Emmanuel Mounier); o modelo iluminista universalista de tradição kantiana e, em maior escala, o modelo Georgetown, também conhecido como principialista, devido à sua suposta maior aplicabilidade em sociedades liberais, democráticas e pluralistas.

A fim de se passar para uma fase adulta que não seja totalmente vinculada a modelos "importados", propõe-se que se faça a transição de uma bioética no Brasil para uma bioética brasileira, na medida em que esta traz, para a pauta de discussão, problemas próprios, em particular, o problema da miséria. Destaca-se a possibilidade de ser uma bioética complexa, capaz de equacionar, de maneira original, seus problemas de saúde persistentes e emergentes, baseando-se em sua experiência adquirida ao longo de uma década de pesquisas e de atuação institucional.