

2 - Cuidados em saúde da mulher e da criança, proteção e autonomia

Fermin Roland Schramm

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SCHRAMM, FR. Cuidados em saúde da mulher e da criança, proteção e autonomia. In: SCHRAMM, FR., and BRAZ, M., orgs. *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Criança, mulher e saúde collection, pp. 39-65. ISBN: 978-85-7541-540-5. Available from: doi: [10.747/9788575415405](https://doi.org/10.747/9788575415405). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/wnz6g/epub/schramm-9788575415405.epub>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

INTRODUÇÃO

O sistema de práticas humanas que dizem respeito ao âmbito dos cuidados em saúde da mulher e da criança é, provavelmente, um dos mais complexos do campo da saúde pública e um dos mais controvertidos da Bioética, em particular da Bioética do começo da vida (Kottow, 2001). É complexo pelo fato de ser constituído por uma série de atividades que precisam de uma multiplicidade de competências, ao mesmo tempo especializadas e vinculadas entre si, necessitando, portanto, estar integradas num 'saber-fazer' capaz de dar conta dos vários desafios que se apresentam aos profissionais em suas práticas de 'cuidar'. Ademais, o sistema é fortemente afetado por emoções, crenças, interesses e valores, muitas vezes conflitantes entre si e que podem, em alguns casos, produzir verdadeiros dilemas morais, como quando se deve escolher entre salvar a vida da gestante ou a do feto em estado avançado de desenvolvimento ou no momento do parto.

Este é também o caso do aborto que, por um lado, mobiliza os militantes 'pró-vida' (*pro-lifers*) e 'pró-escolha' (*pro-choicers*) em autênticas guerras e que, por outro lado, é considerado por alguns autores como um autêntico paradigma do conflito de interesses entre mãe e feto (Roden, 1987). Já outros autores julgam ser à primeira vista legítimo, argumentando que não existiria um conflito de interesses de fato, pelo

simples motivo de um feto não poder ter interesses por ser desprovido da competência de sentir e querer (Feinberg, 1974; Steinbock, 1992).

Conflitos e dilemas também podem surgir na reprodução assistida, sobretudo nos casos das assim chamadas Novas Tecnologias de Reprodução Assistida (NTRA), as quais, por um lado, podem incrementar “a autonomia individual em matéria reprodutiva [e a] eticidade de uma sociedade, (...) contribuindo, por convergência, para algum tipo de mudança na postura ética global” (Segre & Schramm, 2001: 47) e, por outro, podem também estimular o desejo de “um forte controle público e social da reprodução [limitando significativamente] a própria liberdade de procriação” (Mori, 2001: 57). Um exemplo disso é a recente polêmica da clonagem reprodutiva – tão propagandeada, porém não confirmada –, a qual é praticamente condenada universalmente, mas que pode ser também considerada legítima quando concebida como um caso particular de clonagem terapêutica, geralmente mais aceita (Schramm, 2003a).

Na primeira parte deste texto, será definido o olhar a partir do qual será abordado o âmbito das práticas de cuidados em saúde da mulher e da criança. Trata-se de um olhar duplo: implica tanto o ponto de vista da saúde pública como o da bioética laica. Defende-se, em particular, a pertinência e a legitimidade deste duplo ponto de vista, mostrando o que cada um tem em comum com o outro e em que os dois diferem.

Na segunda parte, serão analisadas a complexidade e a conflituosidade das práticas de cuidados em saúde da mulher e da criança, tentando mostrar em que sentido a transformação semântica e conceitual do âmbito dessas práticas pode ser entendida como um indício desses aspectos.

Na terceira parte, será abordada a dialética entre o princípio da proteção e o princípio da autonomia pessoal, considerados os dois princípios morais mais importantes que entram em jogo no âmbito dos cuidados em saúde da mulher e da criança quando se deve enfrentar os conflitos morais que surgem nos casos do aborto e da reprodução assistida.

PONTO DE VISTA SANITÁRIO E PONTO DE VISTA BIOÉTICO

O objeto em foco neste livro pode ser abordado a partir de dois pontos de vista considerados pertinentes: o da saúde pública e o da Bioética laica. Os dois podem ser vistos como sendo ao mesmo tempo distintos – mas não disjuntos – e vinculados – mas não confundidos entre si nem subsumidos um ao outro –, devendo-se, portanto, encará-los numa relação que se pode definir como ‘complexa’ (Schramm, 1997).

Com efeito, se, por um lado, logicamente deve-se manter os dois pontos de vista distintos para não infringir a lei de Hume e evitar incorrer numa *falácia naturalista* – que interdita inferir normas de comportamento a partir de práticas factuais existentes, isto é, inferir o que deve (ou deveria) ser daquilo que é (ou supostamente é) – considerando também, por outro lado, que o ‘saber-fazer’ da saúde pública não pode, a rigor e de maneira insofismável, oferecer, intrinsecamente, sistemas normativos objetivos, capazes de avaliar – de maneira racional e imparcial – suas práticas em saúde, pode-se considerar os dois pontos de vista como logicamente complementares. E isso por duas boas razões substantivas.

Em primeiro lugar, porque os dois pontos de vista possuem pelo menos um referente comum, constituído pela preocupação compartilhada do ‘bem-estar’ das populações humanas (na linguagem sanitária) ou da ‘qualidade de vida’ (na linguagem da Bioética laica), podendo-se, portanto, considerar tal referente como um denominador comum, ainda que abordado a partir de olhares distintos (mas não separados).

Em segundo lugar, porque os dois pontos de vista podem coexistir num mesmo tipo de ator social – chamado sanitarista –, o qual também pode possuir conhecimentos específicos em filosofia moral – chamado eticista – e que deveria, a rigor, ser chamado de ‘bioeticista sanitarista’ ou ‘sanitarista bioeticista’.

De fato, esta nova figura profissional constitui um tipo de recurso humano recém-adquirido, que algumas instituições acadêmicas tentam formar desde os anos de 1990, como é o caso da Escola Nacional de Saúde

Pública Sergio Arouca (Ensp) e do Instituto Fernandes Figueira (IFF), ambos pertencentes à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Em outros termos, os dois pontos de vista se coadunam para indicar um tipo de profissional que seja ao mesmo tempo competente no ‘saber-fazer’ sanitário e no ‘saber-fazer’ bioético. E isso é logicamente possível porque um mesmo sujeito pode ser simultaneamente sujeito epistêmico e sujeito ético, ou seja, competente em um saber específico (neste caso, o sanitário) e em um outro saber também específico (o bioético), delineando, assim, um novo perfil profissional para a academia, para os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), os Comitês de Ética Hospitalar e as várias comissões de Bioética.

No entanto, para evitar equívocos e confusões de níveis de pertinência, é importante precisar que o bioeticista (e o filósofo moral – o eticista em geral) não pode ser pensado como devendo necessariamente coincidir de fato (embora isso possa ser considerado desejável por motivos de coerência e/ou razões pedagógicas) com a pessoa moral, a qual só poderá ser considerada como tal de acordo com algum sistema de valores vigente (ou eventualmente ‘emergente’). O mesmo tipo de identificação vale também, *mutatis mutandis*, para o sanitarista, entendido como profissional da saúde e que pode ser também a pessoa que respeita, em suas práticas cotidianas, as diretrizes e recomendações sanitárias em suas práticas como cidadão.

Em outros termos, o especialista em ética aplicada não se confunde com a pessoa que é particularmente ‘ética’ quando julgada devido a seus comportamentos e que poderia, portanto, ser considerada um modelo de moralidade a ser seguido: a figura do eticista e aquela da pessoa moral devem ser distintas, embora não necessariamente separados. O eticista tampouco se confunde com o moralista, que, via de regra, é aquele tipo de sujeito que diz aos outros o que deveriam fazer para poderem ser considerados ‘moralmente corretos’.

Esta discrepância, factualmente sempre possível – visto que não existe necessariamente solução de continuidade entre saber algo e pô-lo em prática –, implica, evidentemente, uma série de questões que vão além da ética e da Bioética. No entanto, as mesmas não serão abordadas aqui, para não se fugir do escopo deste artigo. Mas afirmar isso, sem mais, é

também insatisfatório, pois, para a ética – e, em particular, para a ética aplicada –, teoria e prática não podem em princípio ser disjuntas, ainda que se possa academicamente distinguir âmbitos de pertinência distintos, como as tradicionais ‘teorias éticas’, a ‘metaética’ e as várias ‘éticas aplicadas’, as quais – justamente por serem ‘aplicadas’ – deverão dar-se ao trabalho de pensar algum tipo satisfatório de vinculação entre teoria e prática; caso contrário, poderão ser legitimamente subsumidas a um dos outros âmbitos de pertinência ou serem consideradas como francamente inúteis. E este é certamente o caso da Bioética laica, como é entendida aqui, e talvez também, em alguma medida, o da saúde pública, à medida que o sanitarista é visto como um profissional capaz de entender os problemas de saúde das populações humanas e, via de regra, capaz de propor medidas para enfrentá-los concretamente e aplicá-las em sua prática – sem esta vinculação entre teoria e prática, tanto o bioeticista quanto o sanitarista se tornariam profissionais sumamente questionáveis.

Assim sendo, e considerando que um ponto de vista implica sempre, também, uma prática que não pode ser meramente teórica, nem, por assim dizer, ‘desencarnada’, tanto o saber sanitário como o saber bioético são, de fato, formas de ‘saber-fazer’, isto é, saberes que necessariamente implicam um fazer ou uma ‘práxis’, entendendo este último termo como a forma de agir de um agente moral sobre eventuais pacientes morais. Com efeito, o principal objetivo prático do sanitarista é saber garantir, em última instância, um certo nível de bem-estar às populações sob sua responsabilidade, desenvolvendo políticas públicas razoáveis de prevenção do adoecimento evitável, de promoção de estilos de vida considerados saudáveis e de predição do adoecimento.

Tudo isso de acordo com a competência em: 1) saber interpretar corretamente os dados biológicos e epidemiológicos confiáveis ou fidedignos; 2) avaliar os recursos efetivamente disponíveis e que devem ser equitativamente alocados; 3) ponderar as necessidades e os desejos legítimos da população, as necessidades específicas de grupos e indivíduos (como portadores de patologias particulares) e o que se pode chamar (com um termo talvez demasiado genérico e impreciso) a conjuntura ‘global’, a

qual diz respeito às políticas internacionais de tipo econômico, de desenvolvimento, de investimento em Ciência e tecnologia, mas também a outros fatores, como o ecológico.

Portanto, pode-se dizer também que o ponto de vista sanitário tem sempre alguma forma de preocupação com a ‘proteção’ da saúde e do bem-estar das populações humanas, as quais deverão ser consideradas em seus contextos reais, definidos, conjuntamente, pelas necessidades persistentes e emergentes, os desejos, a disponibilidade de recursos em um ambiente globalizado, amplamente definido e que pode retroagir, positiva ou negativamente, sobre uma situação sanitária específica.

Por sua vez, a Bioética de inspiração laica considera conceitualmente pertinentes e moralmente legítimos o princípio de autonomia das pessoas (que lhes outorga o direito de decidir sobre questões essenciais referentes a suas vidas) e o pluralismo democrático (consustancial às sociedades seculares e cujas instituições devem necessariamente ser laicas). Com efeito, ambos parecem se coadunar melhor à assim chamada ‘condição pós-moderna’ das sociedades seculares e complexas contemporâneas (Lyotard, 1979). Nestas não vigoraria mais um único metarrelato geral capaz de dar conta, em seu conjunto, dos vários relatos particulares, nem um único paradigma ético capaz de subsumir as várias éticas específicas. Estas, de fato, constituiriam sempre uma pluralidade de sistemas, evidentemente coerentes, de valores, normas, deveres e direitos, nem sempre comensuráveis entre si *a priori*, mas, eventualmente, ‘negociáveis’ e, portanto, tão-somente válidos *a posteriori*, desde que também fossem respeitados, pelo menos, a desejável tolerância das diferenças ou o mais engajado reconhecimento recíproco entre agentes e diferentes comunidades morais (Taylor, 2000), considerados indispensáveis para tentar resolver as inevitáveis controvérsias destacadas pelos filósofos ‘pós-modernos’ (Lyotard, 1983).

Em suma, considerando que nas sociedades secularizadas e multiculturais contemporâneas é, ao menos, contra-intuitivo pressupor um único sistema de valores ou de normas morais que seja válido para todos os cidadãos e em qualquer circunstância – isto é, valores de fato ‘absolutos’ e supostamente ‘eternos’ –, a Bioética laica acaba coincidindo

com a percepção de quem pensa que, nestes tipos de sociedades, só podem existir sistemas de comportamento e diretrizes não mais 'fortes', mas tão-somente 'fracos', pois esta seria a única maneira de resolver pacificamente seus conflitos (Vattimo & Rovatti, 1983).

Entretanto, a forma de ética aplicada chamada Bioética – em particular, sua vertente laica – considera cognitivamente pertinente e moralmente legítimo que sua função social seja tanto de tipo analítico (ou crítico) como de tipo normativo (Mori, 2002). Ou seja, ao mesmo tempo capaz de analisar (de maneira racional e, até onde for possível, imparcial) os conflitos de interesses e valores que inevitavelmente surgem nas sociedades complexas, seculares, democráticas e pluralistas atuais; de prescrever os comportamentos desejáveis e de proscreever aqueles que podem ser considerados prejudiciais a um convívio aceitável por qualquer agente moral suficientemente racional, razoável e disposto ao diálogo e a acordos.

Por conta disso, pode-se dizer que tanto a autonomia pessoal quanto o pluralismo ético devem necessariamente ser respeitados de fato (Flamigni et al., 1996). Mas isso traz, inevitavelmente, novos problemas e desafios, pois não é intuitivamente evidente que o respeito simultâneo de todas as autonomias individuais (ou pessoais) e, conseqüentemente, a consideração imparcial de cada interesse legítimo (é isso que a princípio define uma sociedade democrática e pluralista) sejam suficientes para equacionar os conflitos que surgem em tais sociedades e que não podem, sem mais, ser resolvidos por alguma instância de autoridade válida *a priori* e em qualquer circunstância.

Por fim, a Bioética laica (assim como a saúde pública) se preocupa com a 'qualidade de vida' (ou 'bem-estar') tanto individual como coletiva, considerando que isso lhe outorga suficiente legitimidade social para analisar, de maneira crítica, os conflitos de interesses e de valores que surgem no tecido social e propor ferramentas normativas, razoáveis e socialmente aceitáveis, capazes de dirimir tais conflitos.

No entanto, as funções analítica e normativa da Bioética também podem ser vistas como tendo uma outra função – ao mesmo tempo anterior às duas primeiras e resultado delas (Schramm, 2002) –, que consiste em

preservar (pela proteção dos atores envolvidos) a complexidade das sociedades democráticas contemporâneas, nas quais os conflitos de interesses e valores não podem ser dirimidos, simplesmente, *a priori*, pela satisfação da vontade do mais forte ou o poder da maioria, mas sim, e mais razoavelmente, *a posteriori*, por acordos ‘pacíficos’ entre os indivíduos e grupos humanos diretamente envolvidos em conflitos de interesses e valores.

Ademais, tanto o ponto de vista da saúde pública como o da Bioética laica admitem como válido que o progresso da cultura tecnocientífica constitui um bem com valor ético fundamental. Tal progresso corresponde a uma aspiração legítima do ser humano, ainda que também se possa, pertinentemente, levantar suspeitas sobre os reais benefícios, em termos de bem-estar para todos, da incorporação de ciência e tecnologia nas políticas sanitárias – sobretudo ao se considerar que muitos dos problemas em saúde pública dependem menos da incorporação de novos saberes e técnicas, mas sim da solução de antigas ‘mazelas’ decorrentes da situação de pobreza e exclusão social, além de dependerem da incompetência e de outras razões conhecidas, que, no entanto, não são específicas das políticas de saúde.

Assim sendo, mesmo aceitando este argumento como válido, pode-se também contra-argumentar alegando que o verdadeiro desafio, tanto para a saúde pública como para a Bioética laica, não é escolher entre a incorporação tecnológica e resolver os problemas decorrentes do subdesenvolvimento, mas sim agir nas duas frentes. Se o homem deixar de utilizar as possibilidades oferecidas pelas novas tecnologias, isso poderia implicar no fato de ter de responsabilizar-se pelo bem que deixa de fazer e que poderia ter feito (Harris, 1998). Este é certamente um argumento moral cogente, mesmo que deva ser mais bem equacionado tendo em conta a polêmica questão da alocação dos recursos efetivamente disponíveis em uma situação determinada. Deve-se, portanto, ponderar, em cada caso específico, a escolha entre as políticas sanitárias de vocação universalista e aquelas que privilegiam a focalização sobre populações específicas em nome da equidade.

Em outros termos, esta última questão remete – de acordo com *A Política e a Ética a Nicômaco*, de Aristóteles – ao problema de como realizar concretamente a assim chamada ‘virtude arquitetônica’ que deve reger as relações interpessoais e cidadãs. Remete, portanto, ao ponto de vista da ‘justiça’ e das suas reinterpretações contemporâneas em termos de equidade. Ou seja, aquelas que defendem a satisfação de um ‘pacote’ de supostas necessidades básicas – como na teoria da justiça, de John Rawls (1997) – ou aquelas que tentam corrigir a posição ‘igualitária’ anterior pela incorporação de legítimas aspirações individuais – como na teoria das *capabilities* ou ‘aptidões’, de Martha Nussbaum e de Amartya Sen (1996).

Desse modo, a Bioética laica considera que os progressos tecnocientífico e biotecnocientífico constituem uma legítima aspiração humana, tanto individual como coletiva. Não só porque o desejo de saber acerca do mundo e de saber sobre si mesmo é, por assim dizer, uma característica ‘ontológica’ do *Homo sapiens sapiens*, visto que “o homem, como parte da natureza, a modifica, e isso é inevitável porque o artifício faz parte da natureza, ‘naturaliza-se’ em continuação” (Prodi, 1989: 153-154), mas também porque o conhecimento permite, a princípio, evitar sofrimentos desnecessários e ampliar o espaço das liberdades individuais através da redução das limitações devidas à necessidade. Ou seja, porque aumenta a competência ou ‘aptidão’ de cada indivíduo em poder explicitar suas potencialidades e ser livre para escolher objetivos que julgar importantes e de acordo com suas aspirações, não necessariamente redutíveis a supostas necessidades básicas padrão (Sen, 1992).

Resumindo, tanto o ponto de vista da saúde pública como aquele da Bioética laica reconhecem – explícita ou implicitamente – o direito humano, válido *prima facie*, de transformar os fenômenos naturais, inclusive a própria natureza humana, de acordo com programas de preservação e/ou melhora do bem-estar, desde que sejam respeitadas, com responsabilidade, determinadas condições de biossegurança e de vida em comum regrada, inclusive preservando os equilíbrios necessários à qualidade de vida das gerações futuras, o bem-estar dos animais sencientes e a qualidade dos ambientes naturais.

COMPLEXIDADE E CONFLITUOSIDADE DOS CUIDADOS EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

Como foi apresentado rapidamente na introdução, o âmbito dos cuidados em saúde da mulher e da criança é cognitivo e operativamente complexo, moralmente problemático e conflituoso. Para tentar mostrar detalhadamente em quê, por quê e como pode ser considerado complexo – tanto teórica como praticamente –, pode-se, idealmente, atribuir-lhe as seguintes características dos sistemas auto-organizados complexos: “(1) a grande variedade de componentes com funções especializadas; (2) a organização desses componentes em níveis de valor diferentes; (3) a alta conectividade entre tais níveis; (4) as forças de interação entre [tais] níveis”, o que permite detectar “um vínculo entre heterogeneidade dos componentes – que pode ser abordada pela multi e pluridisciplinaridade – e a homogeneidade do sistema total, dado pela mútua dependência dos subsistemas – que só pode ser abordado pela inter e transdisciplinaridade” (Schramm, 1996: 80).

Em outros termos, o subsistema da saúde pública – identificado pelo âmbito dos cuidados em saúde da mulher e da criança – pode ser definido como sendo formado (ou ‘construído’), simultaneamente, por diversos ‘componentes’ que, por sua vez, devem ser pensados ao mesmo tempo como ‘distintos’ – para não perder sua especificidade ou ‘identidade ontológica’, nem sua pertença no nível organizacional que lhes compete e que atribui, sistemicamente, um valor diferencial ao conjunto, e que permite ter um valor informacional qualificado – e ‘relacionados’ – para não perder sua ‘conectividade’ e sua potencialidade de gerar sentido e admitir novas emergências de sentido ou ‘criatividade’ para enfrentar o ‘novo’. Esta dupla operação pode ser sintetizada pela ‘fórmula’ do pensamento complexo dada por Edgar Morin e definida pelo conectivo anfibológico ‘e/ou’: “[o pensamento complexo] é o pensamento capaz de juntar, contextualizar, globalizar, mas também de reconhecer a singularidade, o individual, o concreto. (...) O pensamento complexo não se reduz nem à ciência nem à filosofia, mas permite a comunicação entre elas” (Morin, 1997: 95).

Ao considerar, ao mesmo tempo, a diversidade e a especificidade de âmbitos (apontadas pelas primeira e segunda características) e suas inter-relações (apontadas pelas outras duas características), pode-se referir esta caracterização complexa – indicada pelo conectivo “anfibilógico” ‘e/ou’ – a uma série de fatos (cultural e socialmente ‘construídos’) da saúde materno-infantil e da saúde pública como um todo. Um primeiro fato a ser destacado é a sinergia entre persistência de antigos problemas de saúde evitáveis (derivados da falta de informação, dos estilos de vida ‘não-saudáveis’ conhecidos e das condições socioeconômicas precárias, entre outras variáveis) e a emergência de novos problemas de saúde (indicados por novos possíveis determinantes no processo de adoecimento e construídos a partir de novas ferramentas teóricas e práticas para entendê-los e enfrentá-los), que caracteriza a assim denominada ‘hiper crise sanitária’.

Um segundo fato é o chamado ‘imperativo tecnológico’, supostamente independente de decisões individuais e sociais e que estruturaria a contínua e (supostamente) independente inovação científica e tecnológica – indicada pela metáfora heideggeriana *Ge-stell*, que tem o sentido seja de ‘armação’, seja de ‘arraçoamento’, isto é, uma espécie de lógica intrínseca à técnica, ou sua ‘essência’, independentemente de qualquer vontade e liberdade humana (Heidegger, 1990) – e a necessidade de incorporá-la, de forma razoável, nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Um terceiro fato é representado pela conseqüente pressão crescente sobre os recursos disponíveis – cada vez mais consensualmente considerados como finitos e escassos, implicando, portanto, uma autolimitação de nossas exigências (Callahan, 1987).

Existem, ainda, outros fatos, como aquele representado pelos riscos e eventuais perigos relacionados à manipulação da vida humana em condições de incerteza e de poder tecnológico e biotecnológico não necessariamente controlado e talvez não-controlável (Jonas, 1987). E, sobretudo, o fato de os vários tipos de *know-how* existentes e incipientes estarem codificados em diversas especializações – tais como pediatria, obstetrícia, genética, neonatologia, cirurgia pediátrica, medicina intensiva pediátrica, neurocirurgia pediátrica – nem sempre concretamente integradas

em um 'saber-fazer' comum, seja porque não traduzidas numa linguagem inteligível para o especialista de uma outra disciplina, seja porque não integradas em uma prática comum. Por tudo isso, considera-se pertinente afirmar que o âmbito dos cuidados em saúde da mulher e da criança é um representante significativo da chamada 'complexidade sanitária'.

O âmbito dos cuidados em saúde da mulher e da criança é também problemático – teórica e praticamente – do ponto de vista da Bioética laica, porque a nova dupla competência – consistente em saber entender cada vez mais os mecanismos intrínsecos dos processos vitais e em intervir neles para transformá-los e até recriá-los de acordo com nossos projetos – parece estar apontando para uma verdadeira revolução antropológica, com conseqüências ainda incalculáveis e que, talvez, só possa ser concebida provisoriamente e de forma metafórica como um 'Jano de duas faces' (Schramm, 2000). Metáfora que indica uma situação inicial e incerta, que pode evoluir para o aprimoramento das potencialidades positivas do humano ou, ao contrário, para as negativas e destrutivas.

Ainda não é possível vislumbrar os prováveis rumos de tal revolução e, menos ainda, compreendê-la suficientemente em suas várias e articuladas conexões (complexidade), nem em suas implicações morais e éticas (conflituosidade). Isso se deve a dois motivos: 1) porque talvez se estejam reconfigurando conceitualmente e ressemantizando as tradicionais categorias filosóficas de vida e morte, corporeidade e espiritualidade, natureza e cultura, doença, sofrimento e saúde (Piana, 2002); 2) porque, talvez, os homens sejam ainda incapazes de traduzir esta competência logotécnica em ferramentas operativas, isto é, fidedignas e confiáveis, que possam responder aos anseios humanos, à sua vulnerabilidade e ao seu desamparo, sempre presentes, apesar do crescente poder tecnocientífico e biotecnocientífico adquirido, que parece transformar o *Homo sapiens sapiens* em *Homo creator* – ser capaz de transformar a si mesmo em mero ente ou matéria-prima, podendo tornar-se, assim, pela sua própria prática desconsiderada, um ser literalmente 'obsoleto' (Anders, 1992).

De fato, nas sociedades complexas, seculares, democráticas e pluralistas contemporâneas, este tipo de revolução 'total' (no sentido de

implicar praticamente todas as dimensões do humano e do ser, por princípio não redutível à dimensão de puro ente ou 'coisa') traz como conseqüências: 1) 'cosmovisões' (*Weltanschauungen*) não necessariamente comensuráveis entre si (pelo menos não *a priori*, mas, eventualmente, *a posteriori*); 2) sistemas de valores e interesses contrastantes e que podem excluir-se mutuamente no caso de conflitos de interesses e, sobretudo, diante de autênticos dilemas morais; 3) emoções e razões dificilmente integráveis; 4) concepções diferentes sobre o que pode ser considerado ético ou não-ético, justo ou injusto, virtuoso ou vicioso, moral ou amoral ou imoral, e sobre os vários referentes possíveis desses conceitos, divergindo, inclusive, sobre o sentido das palavras a serem utilizadas em cada operação cognitiva requerida em uma situação moral específica, como será apresentado a seguir.

SAÚDE MATERNO-INFANTIL OU SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA?

Um indício que parece sintetizar bastante bem a complexidade e problematicidade do objeto aqui em foco é o fato de que a tradicional denominação hifenizada 'saúde materno-infantil' (que ainda aparece no portal do IFF, definido como 'unidade materno-infantil da Fiocruz') vem sendo acompanhada – quando não paulatinamente substituída – pelas expressões não-hifenizadas 'saúde da criança, da mulher, do adolescente e da família' e 'saúde da criança e da mulher numa perspectiva interdisciplinar', quando referidas às atividades de ensino e de pesquisa (IFF/Fiocruz, 2004).

Esta transformação lexical parece ser indício de uma mutação semântica, a qual, por sua vez, poderia estar indicando que se está passando de uma denominação tradicional, que simplificava – amalgamando sem mais – os vários tipos de problemas envolvidos pela 'saúde materno-infantil' (e os saberes específicos necessários para enfrentá-los) e os vários, e não necessariamente coincidentes, interesses dos diversos atores envolvidos (criança, mulher, adolescente, família), para uma nova denominação que, ao contrário, abre a possibilidade de considerar a real complexidade do campo; a variabilidade e o antagonismo dos interesses e sistemas de valores

dos diferentes atores participantes; e seu caráter moralmente conflituoso e às vezes dilemático. Mas, se o que se está afirmando é uma interpretação correta de um fato que está ocorrendo, isso parece requerer fazer apelo a um pensamento não-reducionista, isto é, complexo, que teria – no estágio atual de nossos conhecimentos – uma maior probabilidade de dar conta das características pertinentes do conjunto ‘saúde da criança, da mulher, do adolescente e da família’.

Existem, provavelmente, muitas outras razões – historicamente qualificadas – que permitem entender esta mutação lexical e semântica e o fato de ela ser o possível indício de uma verdadeira transformação em curso deste âmbito concreto do campo da saúde. Mas a intenção deste texto não é tentar aprofundar esta questão (até porque, certamente, não se tem a competência necessária para esta tarefa historiográfica ou arqueológico-genealógica). O que se quer – mais realisticamente – ressaltar é que todas essas possíveis razões e explicações dizem respeito a problemas ao mesmo tempo distintos e relacionados, mas que podem também ser encarados a partir de um duplo ponto de vista: o ponto de vista sanitário (ou da saúde pública) e o ponto de vista bioético (ou mais precisamente da Bioética laica), sem, com isso, pretender substituir outros pontos de vista, igualmente pertinentes, e que já fazem parte – de direito e de fato – da tradição da cultura sanitária.

Com efeito, do ponto de vista da saúde pública, é possível lembrar: 1) a transição epidemiológica em curso nas sociedades contemporâneas (redução da mortalidade materno-infantil, relativo aumento da esperança de vida, aparente redução da incidência das doenças infecto-contagiosas e aumento das doenças crônico-degenerativas); 2) o avanço do conhecimento científico e técnico no campo das ciências da vida e da saúde; 3) a complexificação e a inevitável especialização dos saberes, assim como a conseqüente necessidade de colocá-los em relação entre si, recorrendo à metodologia da multi, pluri, inter e transdisciplinaridade que em princípio permitiriam não perder de vista o todo; 4) a carga cada vez mais insustentável da saúde pública sobre os orçamentos de praticamente todas as nações que dispõem de algum sistema

minimamente racional e aceitável de prevenção e proteção da saúde de seus cidadãos, entre outras.

Já do ponto de vista da Bioética laica, pode-se relembrar: 1) a secularização progressiva dos valores éticos e dos sistemas de valores em geral – característica das sociedades multiculturais e multiconfessionais contemporâneas –; 2) a formação de um imaginário social cada vez mais atravessado por exigências cidadãs e pela chamada cultura dos direitos – naturais, humanos, sociais, das gerações futuras, entre outros ; 3) o suposto narcisismo individualista contemporâneo e sua pretensa e ‘endêmica’ incapacidade crescente de lidar com o sofrimento e as frustrações inevitavelmente implicadas pela vida em comum – sintetizáveis pela expressão de uma ‘sociedade sem dor’ – e que podem ser interpretadas como uma autêntica ‘transição paradigmática em ética’ (Almeida & Schramm, 1999).

REPRODUÇÃO ASSISTIDA E ABORTAMENTO À LUZ DA DIALÉTICA ENTRE AUTONOMIA E PROTEÇÃO

Entretanto, todas as razões anteriormente mencionadas, provavelmente pertinentes quando referidas às profundas transformações advindas nas sociedades contemporâneas a partir da segunda metade do século XX – aqui apontadas pelo termo sintético de ‘revolução antropológica’ – parecem ser insuficientes, isto é, não substantivas e *sui generis*, quando referidas ao campo tradicionalmente definido como o da ‘saúde materno-infantil’. Como foi visto, define-se de maneira mais pertinente e atualizada como ‘saúde da mulher e da criança’, ‘cuidados em saúde da mulher e da criança’ ou ‘cuidados em saúde da mulher, da criança, do adolescente e da família’.

De fato, neste caso, o imaginário transformador parece ser muito melhor indicado pelo fenômeno (ao mesmo tempo individual e social) que, a partir dos anos de 1960, viu emergir uma série de movimentos reformadores e até revolucionários, tais como o movimento feminista ou das mulheres; o movimento dos direitos humanos e civis; o movimento

ecologista; o movimento dos 'direitos' dos animais (ou do 'bem-estar' animal) e o próprio 'movimento da Bioética' (Mori, 1994). Este último, em campo moral, constitui uma espécie de síntese de todos os outros, se é verdade – como se pensa – que representa uma autêntica transição paradigmática em ética (Almeida & Schramm, 1999).

Na prática, esses movimentos (reformadores ou revolucionários) se concretizaram em uma série de lutas, como as lutas das mulheres pelos direitos reprodutivos e, em geral, pelo poder de decidir 'autonomamente' e a 'autogestão' do próprio corpo – sintetizado pelo neologismo 'empoderamento' (*empowerment*) – e pela distinção entre sexualidade e reprodução, explicitada pelo direito de ter ou não ter filhos, quando tê-los e como, inclusive recorrendo aos meios da reprodução assistida e, quando julgado necessário e como produto de uma decisão consciente, à prática do abortamento.

No entanto, as transformações culturais e sociais em ato (nesta possível 'revolução antropológica') implicam não somente a manipulação da biologia humana propriamente dita – com possíveis efeitos imediatos sobre os delicados equilíbrios que regulam qualquer processo vital –, mas também uma inevitável e profunda transformação do sentido da vida humana (como parece ser o caso da saúde reprodutiva e, em particular, o âmbito dos cuidados em saúde da mulher e da criança).

Esta transformação 'antropo-biológica' pode ter um impacto significativo sobre o capital simbólico acumulado ao longo do tempo e codificado em normas e rituais aparentemente consolidados. É razoável, portanto, pensar que a ruptura com o passado não é somente de tipo técnico (ou tecnocientífico e biotecnocientífico) – eventualmente no sentido de uma 'imposição' ao *antropos* vinda de 'fora' dele na modalidade da 'armação' heideggeriana –, mas também, e talvez de maneira mais radical, uma ruptura que envolve "a esfera íntima do humano e (...) a questão do sentido" (Piana, 2002: 13).

Reprodução assistida e abortamento são certamente dois problemas importantes tanto para a saúde pública como para a Bioética, ainda que não esgotem todo o campo dos complexos e conflituosos problemas morais dos 'cuidados em saúde da mulher, da criança, do adolescente e da família'.

Contudo, aqui eles são considerados como dois paradigmas constitutivos da Bioética do começo da vida, pois envolvem a chamada ‘dialética entre princípio da autonomia e princípio da proteção’.

OS DOIS PARADIGMAS DO ABORTO E DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Pode-se falar em ‘paradigma’ não no sentido técnico de ‘matriz disciplinar’, mas de ‘modelo’ (Kuhn, 1962), porque tanto o aborto como a reprodução assistida constituem ‘temas’ (*themata*) geradores de controvérsias (Holton, 1973) entre os mais debatidos e polêmicos da história da Bioética. Em particular, o aborto pode ser considerado ainda hoje como “uma verdadeira controvérsia moral (...) uma das poucas capazes de provocar profundas divisões sociais, comparável somente às guerras religiosas” (Mori, 1997). A reprodução assistida, por sua vez, é também um dos temas mais debatidos atualmente, sobretudo quando se pensa em um de seus possíveis desdobramentos mais polêmicos: a clonagem humana reprodutiva, praticamente condenada universalmente, seja por razões de biossegurança, seja por razões éticas, mas que, de fato, permanece uma questão a ser mais bem analisada e avaliada, principalmente levando em conta as esperanças e promessas regenerativas de órgãos e tecidos com a incipiente biotecnologia das células-tronco (Schramm, 2003a).

Apesar de aborto e reprodução assistida terem o denominador comum de referirem-se à liberdade reprodutiva (e a alguma forma de limitação dela), é possível situá-los conceitualmente também em pólos opostos no âmbito mais restrito da saúde da mulher e da criança, pois a reprodução assistida diz respeito à questão da liberdade reprodutiva e do desejo da mulher de ter filhos, ao passo que o aborto diz respeito à liberdade reprodutiva no sentido de respeitar o desejo de não tê-los. Em suma, no caso do aborto, tem-se uma “liberdade de *não procriar*” ou “liberdade *negativa*” e, na reprodução assistida, uma “liberdade de *procriar*” ou “liberdade *positiva*” (Mori, 2001: 57 – grifos do autor).

O reconhecimento de ambos os tipos de liberdades é fato historicamente bastante recente e representa uma das conquistas mais

importantes do movimento em defesa dos direitos civis da segunda metade do século XX, quando, nas sociedades seculares ocidentais, afirma-se uma cultura moral fortemente moldada pelo princípio da autonomia individual e se aceita a separação entre sexualidade e reprodução, e – de forma mais geral – o direito da pessoa decidir sobre o que fazer com seu corpo, a tal ponto que hoje se admite que os dois tipos de liberdade podem pertencer a um mesmo direito civil fundamental relativo à pessoa humana.

No entanto, existem também oposições e tentativas de restringir e até de proibir ambos os tipos de liberdade, baseando-se em vários tipos de argumentos morais. Eles vão desde as proibições absolutas de tipo religioso – inclusive sua variante consistente na proibição de ‘fazer o papel de Deus’ (*playing God*) – e a proibição de interferir nos processos teleológicos naturais, passando pela proibição em prol da defesa dos direitos do ente presumivelmente mais frágil e desprotegido, o qual pode ser – em algumas interpretações – indiferentemente o feto (independentemente de seu estágio de desenvolvimento), o embrião ou o pré-embrião, e vão até argumentos aparentemente menos cogentes, como aqueles que consideram, por exemplo, moralmente ilícita e até ‘fútil’ a reprodução diante da possibilidade de adoção de crianças e recém-nascidos abandonados em nome do amor ao próximo ou da solidariedade social. Todos esses argumentos têm também seus contra-argumentos cogentes, mas que não podem ser aqui apresentados porque este capítulo pretende limitar-se a abordar o argumento ‘naturalista’ por ser considerado o mais genuinamente polêmico do ponto de vista da Bioética laica aqui adotado.

NATURALIDADE E ANTINATURALIDADE DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA E DO ABORTO

Embora reprodução assistida e aborto se refiram a práticas que tentam corrigir um processo que pode ser considerado natural (a infertilidade, no primeiro caso, e a gravidez, no segundo), visto que tanto a infertilidade quanto a gravidez indesejada fazem parte da condição humana, pode-se argumentar que ambas colocam a questão, moralmente relevante,

de saber se o humano pode ou não infringir uma lei natural (ou suposta como tal), e se isso pode ser traduzido em termos de direitos humanos.

No primeiro caso, tem-se implicitamente um direito ‘positivo’ referido ao fato de querer criar vida a partir dos meios fornecidos pela Ciência e a técnica, ao passo que, no segundo, há um direito ‘negativo’ referido ao fato de querer suprimir uma vida ou evitar que uma vida (indesejada) se desenvolva, de acordo com a própria filologia da palavra aborto, cujo sentido é ‘não-nascido’ (do latim *abortus*, particípio passado de *aboriri*, formado pelo prefixo privativo *ab* e o verbo *oriri*, que significa ‘nascer’).

Assim sendo, seria possível inferir que tanto a reprodução assistida quanto o aborto correspondem a processos antinaturais. Este argumento é muitas vezes utilizado por aqueles que se opõem a ambas as práticas, inclusive por aqueles que julgam que uma vida é, por princípio, melhor do que uma morte ou uma não-vida, ou ainda – utilizando um antigo argumento filosófico que remonta a Parmênides – que o Ser é sempre preferível ao Nada.

Entretanto, a reprodução assistida e o aborto podem ser encarados como práticas muito menos antinaturais do que parecem, apesar do fato de ambas serem também necessariamente inscritas na ordem simbólica, na qual os seres humanos se reproduzem e se sucedem e que lhes permite ocupar seus lugares específicos de mãe, pai e filho(a), em um processo que não pode ser reduzido à mera reprodução biológica da espécie.

Com efeito, a reprodução assistida pode ser vista, *mutatis mutandis*, como o incremento de uma competência que, via de regra, a mulher tem ‘naturalmente’, isto é, a competência biológica, emocional e racional de escolher o momento fértil para engravidar ou, ao contrário, o momento não-fértil para exercer sua sexualidade e evitar uma gravidez indesejada. Nesse sentido, a reprodução assistida pode ser vista como um aprimoramento, pela Ciência e a técnica, de uma competência já possuída ‘naturalmente’ pela própria mulher. Por sua vez, o aborto é também um processo que pode ser visto como ‘natural’ se for levado em conta que, estatisticamente, nem todos os óvulos fecundados originarão um novo ser, acontecendo, de fato, muitos abortos espontâneos, isto é, não-

intencionais e, portanto, que podem ser vistos como pertencentes à ordem natural das coisas. Parece, assim, que o argumento ‘naturalista’ não permite ‘desempatar’ a questão da licitude, ou não, do aborto e da reprodução assistida.

PARA ALÉM DO DEBATE NATURALIDADE/ANTINATURALIDADE

A argumentação se complica se, ao invés de focar-se a ‘naturalidade’ como elemento pertinente para enfrentar a moralidade da reprodução assistida e do abortamento, pensar-se, ao contrário, estas duas práticas a partir da ordem simbólica constitutiva do humano e, em particular, a partir da característica peculiar do *Homo sapiens sapiens*, que é a moralidade constitutiva de seu ser e que pode ser vista até como parte da própria biologia humana (Prodi, 1989; Schramm, 1996; Atlan, 2002).

Com efeito, neste caso, os dois problemas devem ser considerados a partir de outros parâmetros, que são de tipo moral, como: 1) o problema da antinomia entre ‘princípio da sacralidade da vida’ *versus* ‘princípio da qualidade da vida’ (Singer, 1983), isto é, perguntando se a vida deve ser sempre preservada ou se devem ser preservadas tão-somente determinadas formas dela; 2) o problema de saber qual estatuto deve-se necessariamente atribuir – ou pode-se razoavelmente atribuir – a gametas, óvulos, pré-embriões, embriões, fetos e recém-nascidos (Schramm, 2003a; 2003b); 3) o problema do conflito de interesses entre uma pessoa que tem por princípio ‘direitos atuais’ (como a gestante) e uma ‘pessoa’ que, de fato, ainda não é pessoa e só pode, portanto, ter ‘direitos potenciais’, como é o caso de embriões e fetos, que podem também não se tornar pessoas atuais por não nascerem nunca, mas cuja vida mereceria ser considerada um ‘bem jurídico’ a ser protegido (Dallari, 2004), entre outros tantos problemas que não podem ser aqui analisados detalhadamente. Entretanto, uma maneira de não evitar todos esses problemas consiste em subsumi-los àquela que, aqui, é considerada a questão moral principal abordada: a ‘dialética entre autonomia e proteção’.

A DIALÉTICA ENTRE PRINCÍPIO DA AUTONOMIA E PRINCÍPIO DE PROTEÇÃO

Quando Friedrich Nietzsche (2000) sintetizou a condição humana de seu tempo (final do século XIX), utilizando a metáfora do ‘humano demasiado humano’ para indicar o humano atrelado a suas limitações e a seus ‘ressentimentos’ contra a vida, queria mostrar também que esta condição não seria necessariamente perpetuável e que, ‘para espíritos livres’, pode ser ultrapassada, atingindo, desta maneira, um novo patamar de humanização, em que o homem tentaria ser um autêntico ser livre – o que ele sintetizou pela imagem do Sobre-homem ou Ultra-homem (*Übermensch*). Em outros termos, ao mesmo tempo em que o filósofo alemão – considerado por muitos como um autêntico precursor de muitos dos temas e movimentos que marcaram o século XX – estigmatizava as limitações humanas, indicava também um possível caminho para libertar-se delas: o caminho para a evolução do humano à condição talvez ‘pós-humana’.

A dialética entre proteção e autonomia tem a ver com este processo evolutivo de possível aprimoramento do Sobre-homem. De fato, o ‘princípio de proteção’ é, provavelmente, o mais antigo princípio moral conhecido existente na cultura ocidental, pois se refere, possivelmente, à primeira ocorrência escrita da palavra grega *ethos*, a qual já se encontra nos poemas homéricos com o significado de ‘guardida’ ou ‘abrigo’, e que remete, justamente, ao sentido de ‘proteção’ (Schramm & Kottow, 2001).

Assim sendo, ‘proteger’ (muito próximo semanticamente de ‘cuidar’) refere-se a um tipo de relação humana particular de reconhecimento, cujo modelo pode ser detectado na relação buberiana ‘eu-tu’ (Buber, 1974) – diferente, por exemplo, da agressão e da autodefesa existentes basicamente no modelo ‘eu-outro’, entendendo o outro não no sentido de quem merece a consideração de seu semelhante e que o obriga moralmente a se ocupar dele, mas o outro entendido como quem pode eventualmente ameaçá-lo – e que diz respeito às práticas que fazem com que o *Homo sapiens sapiens* não passe, no fundo, de um mamífero, o qual, em condições ‘normais’, cuida de suas crias, por assim dizer, ‘naturalmente’. Já o ‘princípio de

autonomia' é, provavelmente, o princípio moral que rege as inter-relações humanas mais recentes na evolução da cultura moral ocidental, pois foi codificado, de fato, a partir da Idade Moderna para dar conta da emergência da figura do indivíduo e de seus direitos frente ao grupo, à comunidade e ao Estado (Segre, Silva & Schramm, 1998).

De fato, na situação complexa e crescentemente conflituosa das inter-relações humanas, a tensão – à primeira vista não eliminável – entre os princípios da proteção e da autonomia incita a pensá-los e a aceitá-los como dois pólos co-necessários de uma 'dialética', que diz respeito tanto à condição 'demasiadamente humana' (que precisa de 'proteção') quanto à possibilidade de ultrapassá-la pela evolução rumo a um patamar de moralidade atento não só aos deveres e obrigações impostos pelo grupo à comunidade e à sociedade, mas também aos direitos dos indivíduos (representados aqui pelo princípio de 'autonomia', que é a versão moderna do antigo princípio de 'autarquia' desenvolvido no âmbito da *pólis* grega).

Em outros termos, como escreve Norberto Bobbio (1992: 57):

[se o] problema da moral foi originariamente considerado mais do ângulo da sociedade que daquele do indivíduo [visto que] aos códigos de regras de conduta foi atribuída a função de proteger mais o grupo em seu conjunto do que o indivíduo singular, [para se poder passar] do código dos deveres para o código dos direitos (...) o problema da moral [deve] ser considerado não mais do ponto de vista apenas da sociedade, mas também daquele do indivíduo.

CONCLUSÕES

Os dois princípios bioéticos da proteção e da autonomia (o princípio ético mais antigo e o mais recente), quando referidos ao âmbito dos cuidados em saúde materno-infantil ou da 'saúde da mulher e da criança', abrem a possibilidade de pensar-se este âmbito de maneira 'dialética' no sentido próprio deste termo.

Com efeito, no caso da relação entre proteção e autonomia, pode-se considerar que esta última surge – como princípio moral – como uma

tentativa de ultrapassar o antigo princípio da proteção, de acordo com o individualismo moderno. Isso é bastante claro, no campo da saúde, ao se considerar que o princípio de autonomia vem, paulatinamente, se opondo aos tradicionais princípios de beneficência e não-maleficência que, em muitos casos (como em muitas situações da relação médico-paciente), se identificam com um verdadeiro 'paternalismo', consistente na infantilização do outro, e que hoje é cada vez mais criticável e criticado, inclusive pela cultura dos direitos humanos. Em suma, a vigência do princípio de autonomia corresponderia ao momento 'antitético' de emergência do Sobre-humano nietzschiano sobrepujando a antiga condição 'demasiadamente humana', representada pela sobrevivência do princípio de proteção, identificado com o 'paternalismo', ou pela tese relativa à tradicional relação 'eu-tu'.

No entanto, existe também, atualmente, um movimento de recuperação e ressemantização da palavra 'proteção', sobretudo no campo da saúde e, em particular, da saúde pública. Isso é possível porque a ressemantização desta palavra consiste, em substância, em considerar a pertinência moral da 'autonomia', mas em considerar também que sua pertinência – como para qualquer outro princípio moral numa sociedade secular e pluralista – só vale de maneira não absoluta, pois em muitos casos (nos quais a competência ao real exercício da autonomia pode ser razoavelmente questionada) pode-se recuperar o princípio de proteção como uma maneira de garantir os interesses do indivíduo particularmente vulnerável ou desamparado, como podem ser crianças, recém-nascidos, gestantes e puérperas, até que adquiram a competência autonomista ou a recuperem.

Concluindo, tanto do ponto de vista dos cuidados em saúde da mulher e da criança como daquele da Bioética laica e secular, pode-se dizer que existe de fato uma dialética entre os dois princípios da proteção e da autonomia. Por um lado, a proteção visa a dar ao indivíduo ou à população de indivíduos – objeto da proteção – as condições necessárias para adquirir a competência da autonomia e poder exercê-la (o que também é, em última análise, uma maneira de responsabilizá-los pelas suas escolhas e práticas);

por outro, a proteção – ao incorporar em suas finalidades o aprimoramento da autonomia – acaba garantindo, a princípio, o bem-estar e a qualidade de vida de seus ‘protegidos’, justamente por preservar e garantir que eles se tornem cada vez mais autônomos em suas escolhas sobre o que lhes diz respeito. Nesse sentido, não existe mais oposição entre os dois princípios, mas sim uma relação chamada aqui de ‘dialética’. Esta hipótese deve, evidentemente, ser verificada – por confirmação ou refutação – pelas práticas concretas no âmbito dos cuidados em saúde da mulher e da criança. Mas esta é uma outra questão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, J. L. T. & SCHRAMM F. R. Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics, and the rise of bioethics. *Reports in Public Health/Cadernos de Saúde Pública*, 15(1): 15-25, 1999.
- ANDERS, G. *Die Antiquiertheit des Menschen II. Über die Zerstörung des Lebens im Zeitalter der dritten industrielle Revolution*. München: CH Beck Verlag, 1992.
- ATLAN, H. *La Science Est-elle Inhumaine? Essai sur la libre necessite*. Paris: Bayard, 2002.
- BOBBIO, N. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BUBER, M. *Ich und Du*. Leipzig: Insel Verlag, 1974.
- CALLAHAN, D. *Setting Limits: medical goals in an aging society*. New York: Simon & Schuster, 1987.
- DALLARI, D. *Bioética e direitos humanos*. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/dalmodallari/dallari_Bio.htm. Acesso em: 12 fev. 2004.
- FEINBERG, J. The rights of animals and unborn generations. In: BLACKSTONE, W. T. (Org.) *Philosophy and Environmental Crisis*. Athens GA: University of Georgia Press, 1974.
- FLAMIGNI, C. et al. Manifesto di bioética laica. *Sole 24 Ore*. jun. 1996.

- HARRIS, J. *Clones, Genes and Immortality: ethics and the gene revolution*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- HEIDEGGER, M. Die Frage nach der Technik. In: *Vorträge und Aufsätze*. Pfullingen: Günther Neske Verlag, 1990.
- HOLTON, G. *Thematic Origins of Scientific Thought*. Cambridge MA: Harvard University Press, 1973.
- INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (IFF/FIOCRUZ). *Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher*. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jan. 2004.
- JONAS, H. *Technik, Medizin und Ethik: Praxis der Verantwortung*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 1987.
- KOTTOW, M. Bioética del comienzo de la vida. ¿Cuántas veces comienza la vida humana? *Bioética*, 9(2): 25-42, 2001.
- KUHN, T. S. *The Structure of Scientific Revolution*. Chicago: Chicago University Press, 1962.
- LYOTARD, J. F. *La Condition Postmoderne: rapport sur le savoir*. Paris: Editions de Minuit, 1979.
- LYOTARD, J. F. *Le Différend*. Paris: Editions de Minuit, 1983.
- MORI, M. A Bioética: sua natureza e história. *Humanidades*, 9(4): 333-341, 1994.
- MORI, M. *A Moralidade do Aborto: sacralidade da vida e o novo papel da mulher*. Brasília: UnB, 1997.
- MORI, M. Fecundação assistida e liberdade de procriação. *Bioética*, 9(2): 57-70, 2001.
- MORI, M. *Bioética: 10 temi per capire e discutere*. Milano: Edizioni scolastiche Bruno Mondadori, 2002.
- MORIN, E. Le besoin d'une Pensée Complexe. In: MENDES, C. (Org.) *Représentation et Complexité*. Rio de Janeiro: Educam/Unesco/ISSC, 1997.
- NIETZSCHE, F. *Menschliches, Allzumenschliches*. [1876]. Frankfurt a/ Main: Insel Verlag, 2000.

- NUSSBAUM, M. & SEN, A. *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.
- PIANA, G. *Bioética: alla ricerca di nuovi modelli*. Milano: Editore Garzanti, 2002.
- PRODI, G. *L'individuo e la sua Firma*. Bologna: Il Mulino, 1989.
- RAWLS, J. *Uma Teoria da Justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- RODEN, N. Cesareans and samaritans. *Law, Medicine and Health Care*, 15: 118-125, 1987.
- SCHRAMM, F. R. *A Terceira Margem da Saúde: ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário*. Brasília: UnB, 1996.
- SCHRAMM, F. R. Eugenia, eugénica e o espectro do eugenismo. Considerações atuais sobre biotecnociência e Bioética. *Bioética*, 5(2): 203-220, 1997.
- SCHRAMM, F. R. Genética: um Jano de duas faces? In: GARRAFA, V. & COSTA, S. I. (Orgs.) *A Bioética no Século XXI*. Brasília: UnB, 2000.
- SCHRAMM, F. R. Bioética para quê? *Revista Camiliana da Saúde*, 1(2): 14-21, 2002.
- SCHRAMM, F. R. A clonagem humana: uma perspectiva promissora. In: GARRAFA, V. & PESSINI, L. (Orgs.) *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003a.
- SCHRAMM, F. R. Bioética de la protección, vulnerabilidad y amenaza desde una perspectiva laica. *Diálogo Político*, 1(1): 33-48, 2003b.
- SCHRAMM F. R. & KOTTOW, M. Princípios bioéticos en salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4): 949-956, 2001.
- SEGRE, M. & SCHRAMM, F. R. Quem tem medo das (bio)tecnologias de reprodução assistida? *Bioética*, 9(2): 43-56, 2001.
- SEGRE, M.; SILVA, F. L. & SCHRAMM F. R. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. *Bioética*, 6(1): 15-25, 1998.
- SEN, A. K. *Inequality Reexamined*. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- SINGER, P. Sanctity of life or quality of life? *Pediatrics*, 72: 128-129, 1983.

STEINBOCK, B. *Life Before Birth: the moral and legal status of embryos and fetuses*. New York: Oxford University Press, 1992.

TAYLOR, C. A política do reconhecimento. In: TAYLOR, C. (Org.) *Argumentos Filosóficos*. São Paulo: Loyola, 2000.

VATTIMO, G. & ROVATTI, P. A. *Il Pensiero Debole*. Milano: Editore Feltrinelli, 1983.