

# BIOÉTICA E PRÁTICA SOCIAL: UM ESTUDO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO ENTRE PASTORAL DA CRIANÇA E BIOÉTICA<sup>1</sup>

Pe. Cleiton Viana da Silva\*

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi apresentar os postulados bioéticos de **proteção e/ou intervenção** como base teórica para a leitura das propostas da Pastoral da Criança e ao mesmo tempo analisar as propostas da Pastoral da Criança à luz da bioética de proteção e/ou intervenção a fim de indicar possíveis contribuições entre Pastoral da Criança e bioética na ação social. Partimos da hipótese de que em suas propostas e no

## ABSTRACT

The objective of this research is to present the tenets of bioethics of protection and/or intervention as a theoretical basis for reading the proposals of the Children's Pastoral while examining the proposals of the Children's Pastoral in light of the bioethics of protection and/or intervention to indicate possible contributions from the Children's Pastoral and Bioethics in social action. We start from the hypothesis that on its proposals and

---

<sup>1</sup> Artigo elaborado a partir da dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, orientada pelos professores Dr. Marcio Fabri dos Anjos e Dra. Vera Lúcia Zaher, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética.  
\* Pe. Cleiton Viana da Silva é mestre em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo, professor no Departamento de Teologia Moral da Faculdade Paulo VI (Mogi das Cruzes, SP), assessor da Pastoral da Catequese da Diocese de Mogi das Cruzes e pároco da Paróquia São Francisco de Assis em Ferraz de Vasconcelos, SP.

*desenvolvimento de seu trabalho, a Pastoral da Criança traz em si uma práxis que afirma um discurso de bioética socialmente marcado e comprometido. A bioética social por assim dizer está presente nas ações, na metodologia e na organização da Pastoral. Nosso esforço foi tentar trazer à luz esses elementos possibilitando uma contribuição para a bioética a partir de nossa situação vivencial.*

*Palavras-chave: bioética de proteção, bioética de intervenção, Pastoral da Criança.*

*the development of their work, the Pastoral of the Child brings with it a practice that according to a discourse of bioethics socially marked and committed. Bioethics social as it is present in the actions, the methodology and organization of the Pastoral. Our effort was to try to bring to light those elements enabling a contribution to bioethics from our living situation.*

*Key-words: bioethics of protection, bioethics of intervention, Children's Pastoral.*

O estudo que ora apresentamos é a tentativa de aprender com algumas iniciativas simples, cheias de esperança e que têm conseguido grandes resultados diante do desafio da mortalidade infantil. A Pastoral da Criança hoje se apresenta como uma possibilidade de resistência e mudança diante desse grave problema que sempre rondou nossa sociedade marcada pela pobreza e injustiça social.

Os dados gerais são alarmantes: cerca de 26,5 mil crianças até 6 anos morrem diariamente em nosso planeta (RICCI, 2008, p. 9) e essas mortes são devidas a doenças como diarreia, pneumonia e malária. Trata-se de doenças curáveis, mas que são agravadas por causa do estado imunológico das crianças devido à má nutrição. Mas a mortalidade infantil não pode ser olhada como fruto do acaso; ela tem causas verificáveis e muitas delas dependem das decisões do ser humano, das decisões da sociedade e das escolhas que a sociedade impõe às pessoas.

Sendo assim, acreditamos que, ao olhar para a atuação da Pastoral da Criança, a Bioética pode colher ricos elementos para a sua reflexão a partir de problemas que tocam incisivamente nossa realidade socio-política. Tal olhar contribuiria para um desenvolvimento da bioética a

partir dos problemas sociais e econômicos.<sup>2</sup> Isso evitaria que o discurso bioético fosse reduzido a um instrumento de neutralidade (GARRAFA; DORA, 2004, p. 37) diante dos desafios éticos que exigem além da compreensão uma *de-cisão*, no sentido mais pleno que essa palavra indica: a capacidade de estabelecer um corte entre o que deve ficar e o que deve deixar de existir.

Os dados sobre as propostas da Pastoral da Criança foram coletados principalmente a partir do *Guia do Líder*, mas também foi possível que em alguns momentos, e a título de elucidação das propostas, recorrêssemos aos estudos feitos por Ricci (2008) em *Mistanásia infantil e Pastoral da Criança: avaliação ético-teológica da Pastoral da Criança no Brasil enquanto potencialização da cultura de vida*. Nesta última, podemos encontrar muitos dados sobre as situações e causas da mortalidade infantil; entretanto, ao desenvolver nosso trabalho foi necessário que os apresentássemos a partir das interpelações éticas que esses dados nos fazem.

Quanto à contextualização da bioética numa perspectiva social, recorreremos a duas categorias: *proteção* e *intervenção* elaboradas por Fermín Roland Schramm/Miguel Kottow e Volnei Garrafa/Dora Porto, respectivamente. Essas duas categorias reúnem tanto as preocupações a respeito das situações mais emergenciais, como também um trabalho para que as causas geradoras da mortalidade infantil sejam modificadas.

Acreditamos que essas duas categorias, *proteção e intervenção*, serão capazes de guiar nossa reflexão sobre as práticas da Pastoral da Criança a partir da bioética. De modo que, tanto alguns postulados de bioética poderão ser verificados na ação da Pastoral, como a própria Pastoral poderá ser entendida como elemento de proteção e intervenção a uma parcela de vulneráveis dentro da nossa sociedade.

---

<sup>1</sup> Chamou nossa atenção o fato de que nos seus quase 300 verbetes principais (ou, para ser preciso, 286) a *Encyclopedia of Bioethics* na sua terceira edição de 2004 — a primeira em 1978 — não traz nenhuma consideração sobre problemas mais incisivos para o mundo em desenvolvimento. Pobreza ou mortalidade infantil, por exemplo, não figuram entre seus verbetes principais. Já o *Diccionario Latinoamericano de Bioética* (TEALDI, 2007) traz de maneira muito explícita uma abordagem diferente. Entre suas principais seções encontram-se: pobreza e necessidade; poder; sociedade. Em que são tratados vários assuntos de grande relevo para a reflexão bioética a partir das situações de marginalização e injustiça social.

## 1. BIOÉTICA SOCIAL: NECESSIDADE DE PROTEÇÃO E INTERVENÇÃO

O ponto de encontro entre a bioética e a Pastoral da Criança, a nosso ver, é o empenho para que a vida mais vulnerável não pereça. Assim como será evidenciado o quanto a Pastoral se esforça para que toda a comunidade se empenhe em cuidar e proteger a vida dos mais vulneráveis, i.e., das crianças, assim também a bioética quer ser a voz daqueles que não têm voz para reclamar o direito ao respeito a sua vida e dignidade.

O termo *ethos*, que de algum modo integra o conceito de bioética,

conforme o mais antigo e primeiro significado, queria dizer “residência”, “morada”, “lugar onde se habita” [...]. O pensamento moderno, sobretudo a reflexão filosófica de Heidegger, deu muita importância ao significado de *ethos* como “estilo humano de morar ou habitar” (GRANELL, 1969, p. 418-444, apud VIDAL, 2000, p. 19).

Ética é o conjunto de crítica, avaliação e propostas sobre tal lugar e, portanto, sobre aquele conjunto de valores e reflexões que o homem toma para construir sua *casa*, a salvo de quaisquer ameaças que coloquem em risco a sua vida e a dos seus semelhantes.

A bioética, como conjunção de saberes, mas por ser fundamentalmente ética, insere-se entre os saberes que devem desembocar em escolhas, posicionamentos e atitudes condizentes com a dignidade da vida humana e seu inestimável valor. O objetivo da reflexão que propomos é contribuir com o desenvolvimento da *bioética numa perspectiva social* que tem sido uma característica da bioética na América Latina.

### 1.1. O nascer da bioética

Na sua constituição histórica e epistemológica, a bioética traz duas orientações distintas, ainda que não irreconciliáveis (FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 61). A primeira é devedora das ideias de Van Rensselaer Potter, estudioso da área de oncologia na Universidade de Winsconsin, em sua publicação *Bioethics: Bridge to the future*, de 1971. A segunda se dá com a fundação do *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human*

*Reproduction and Bioethics*, também no ano de 1971, por André Hellegers, obstetra e estudioso da Universidade de Georgetown, em Washington, D.C.

Potter compreendia a bioética como a possibilidade de criar relações, ser “ponte”, relacionar os diversos fenômenos da vida em sentido amplo, sem limitar-se apenas aos problemas que emergiam da biomedicina, mas também levava em conta questões ambientais, e posteriormente, vai denominá-la “bioética global” (GARRAFA, 2006, p. 11). A bioética entendida por Potter, nas palavras de Junges (2006, p. 33), “assumiu mais a forma de crítica cultural do uso das biotecnologias e sua influência sobre o entorno social”.

A compreensão de bioética assumida por Hellegers se caracteriza pela preocupação em dar respostas às questões biomédicas (a relação entre o médico e o paciente, a ética da experimentação, o aborto, a ética do final da vida) (FERRER; ÁLVAREZ, 2003, p. 63). Além disso, o aparato linguístico e filosófico dele e dos estudiosos que o seguiram era mais familiar, de modo que possibilitava um diálogo mais amplo com filósofos e teólogos, sem contar o grande incentivo financeiro que o Instituto Kennedy (ao qual integrava) recebeu, uma vez que estava junto à sede do governo americano.

No ano de 1979, a *Comission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* apresentou o Relatório Belmont (*Belmont Report*) que propunha três princípios norteadores para as pesquisas com seres humanos: “Autonomia (necessidade do consentimento informado do envolvido), beneficência (atenção por parte do pesquisador aos riscos e benefícios para o envolvido) e justiça (busca de equidade quanto aos sujeitos de experimentação)” (JUNGES, 2006, p. 34). Devido a esses fatores, a bioética vai se desenvolver nessa busca mais restrita de dar respostas aos problemas mais comuns que surgiam na área da medicina e da pesquisa com a vida humana, deixando de lado outras preocupações.

Com *Principles of Biomedical Ethics*, de Tom L. Beauchamp e James F. Childress, assentaram as bases conceituais que passaram a ser amplamente utilizadas na reflexão bioética. Ao princípio da beneficência, eles acrescentaram o da não maleficência: a) respeito pela autonomia, b) beneficência, c) *não maleficência* e d) justiça. Esta é a base daquilo que chamamos de princípalismo: a reflexão bioética a partir destes quatro princípios.

Em torno desses quatro princípios, a bioética lançará suas raízes e se desenvolverá. Todavia, a partir de 1990, começam a se consolidar as inquietações em torno dos princípios. Os principais limites do principialismo eram:

1) Não se oferece uma justificação convincente da tábua de princípios que se adota como canônica. 2) Não se explica suficientemente a vinculação entre os princípios postulados na tábua canônica. 3) Não se explica suficientemente o significado dos princípios (FERRER, J. J; ÁLVAREZ, J. C., 2005, p. 156).

Como se pode verificar, o próprio desenvolvimento da bioética e a ascensão de tantos problemas mostram quase que ineficaz uma reflexão moldada apenas pelos princípios do relatório Belmont.

## **1.2. (Bio)ética de proteção e intervenção: bioética no contexto latino-americano**

À medida que a reflexão bioética na América Latina vai se consolidando, nossos problemas sociais e econômicos assumem posição importantíssima e singular na elaboração do discurso bioético. Começa a ficar evidente que os discursos bioéticos elaborados a partir de países desenvolvidos não dão conta de responder às nossas principais questões e dificuldades.

Em nosso contexto, marcado pela marginalização e pobreza, refletir somente a partir da autonomia carece de sentido. Antes de postular e defender a autonomia dos indivíduos, deve-se questionar de que modo pessoas que vivem em situação de exclusão e verdadeira miséria podem ser ou agir autonomamente. Não se trata de descartar a reflexão sobre a autonomia, mas evitar que seja absolutizada. Por isso, Anjos (2006) insiste na afirmação de que “a vulnerabilidade é parceira da autonomia”.

Além disso, questões debatidas em outros países sobre a relação médico-paciente, em nosso contexto, são secundárias. Pois, em primeiro lugar, surge a questão do acesso de grande parte da população às políticas de saúde pública e garantia de atendimento médico.

Na América Latina, a bioética vai se revestindo de um caráter notadamente social e comprometido com a reflexão e a transformação das situações de marginalização, de exclusão aos recursos de saúde pública. A preocupação

será fazer da bioética, mais do que um instrumento de análise e compreensão da realidade, um instrumento de transformação da própria realidade.

Há dois elementos que inspiraram ou exigiram esse modo de pensar a bioética. O primeiro é a necessidade de considerar as *desigualdades sociais* que marcam decididamente a realidade dos países latino-americanos (e outros países do hemisfério sul). O segundo é consequência deste: os *limites do principialismo*. O principialismo não é capaz de oferecer uma análise contextualizada dos conflitos vividos em nosso contexto.

As diferenças sociais se agravam em torno dos problemas da saúde. No ano de 1998, HIV/AIDS e malária foram a causa da morte de quase 2 milhões de pessoas, porém o investimento em pesquisa para a cura da AIDS é 50 vezes maior do que os recursos para pesquisa sobre a malária. O que está por trás é a consideração da malária como doença “terceiro-mundista” que torna as pesquisas desinteressantes em termos de retorno financeiro. A falta de interesse e apoio em pesquisas sobre doenças típicas dos países em desenvolvimento é porque “o que define as prioridades não é a demanda ou as necessidades detectadas na realidade social: é o mercado” (GARRAFA; PORTO, 2004, p. 37).

Relacionado à saúde, o problema da fome no mundo se faz sentir como uma verdadeira injustiça social. Estima-se que a produção de alimentos no mundo é suficiente para as necessidades nutricionais dos cerca de 6 bilhões de habitantes. A morte por causa da fome ou de suas consequências tem sua explicação nos “problemas distributivos” (GARRAFA; PORTO, 2004, p. 39) dos alimentos, não na sua produção.

Ao analisar o problema do acesso a medicamentos, percebe-se como é necessário um conjunto de ações que diminuam a injustiça, se não certa crueldade, que circunda a acessibilidade aos medicamentos produzidos e disponíveis no mercado. Sabe-se que na sociedade brasileira 49% da população, que tem renda acima de quatro salários mínimos, consomem o equivalente a 84% dos medicamentos disponibilizados no mercado. Ao passo que 51% da população, com renda inferior a quatro salários mínimos, só tem acesso a 16% destes medicamentos (MELLO et al, 2007, p. 16).

Diante desse quadro sinteticamente apresentado, o principialismo se mostrou insuficiente e mesmo incapaz de realizar uma análise dos conflitos tanto na América Latina como em outros países considerados em “desen-

volvimento”, pois carecia de condições de adaptação e flexibilidade na reflexão sobre os nossos problemas. O principialismo se desenvolveu a partir de uma “visão nortista” (GARRAFA, 2002, p. 35) marcada pelos conflitos próprios de países cujas questões mais básicas de saúde estão resolvidas. Era necessário, portanto, ampliar a reflexão bioética a partir das questões relacionadas à pobreza e exclusão social.

A bioética embasada unicamente no principialismo pressupõe a igualdade cívica e confia na filosofia política do contrato social através do qual o Estado surge como instância que garante a proteção dos indivíduos (KOTTOW, 2008, p. 165). Entretanto, o processo de globalização tem trazido como efeito o desamparo do cidadão e a divisão da sociedade em dois blocos: os consumidores que estão incluídos no mundo do mercado e os propriamente excluídos que são aqueles desprovidos dos recursos básicos para a própria sobrevivência (KOTTOW, 2008, p. 165).

A consideração sobre as desigualdades sociais que afetam os países da América Latina como de outras partes do planeta exige um modo de refletir os principais problemas da bioética além da perspectiva principialista. Não se podem ignorar as diferenças entre os diversos sujeitos na sociedade individualmente considerados, nem as diferenças entre as próprias nações. A contribuição da bioética na América Latina é justamente uma reflexão a partir dessas diferenças.

### **1.2.1. Bioética de proteção: ética na situação de desigualdade**

Quando nos reportamos à etimologia da palavra ética, descobrimos que antes de indicar o caráter que configura a personalidade do indivíduo, *ethos* indicava “guarda” e “resguardo”. Com esse termo se indicava um meio de o homem proteger-se contra as ameaças externas (SCHRAMM, 2006, p. 145).

O surgimento da ética supõe a necessidade de proteção contra o mal e a dor que podem ser evitados e supõe precisamente alguém que deve ser protegido. Essa proteção se consolida com o nascimento do Estado-nação através do contrato social. A partir deste, a função primordial do Estado é garantir a proteção de seus súditos contra os riscos e perigos da vida individual como contra a violência entre os próprios indivíduos (KOTTOW, 2008, p. 165).



No âmbito da filosofia, a proteção foi trabalhada por Hans Jonas a partir do *princípio de responsabilidade* pela continuação da existência humana na Terra. Ele utiliza duas metáforas: o recém-nascido e as futuras gerações. Em ambos, sua existência está condicionada pela responsabilidade e pela proteção que vierem a receber. Já E. Lévinas aponta para a relação interpessoal, entre o Eu e o Outro, como lugar da revelação de uma interpelação ética diante daquele em cujo rosto se vê o desamparo e a necessidade de proteção.

Nesse ponto, deve-se considerar um conceito importante para a bioética de proteção: a vulnerabilidade. Por vulnerabilidade se entende a possibilidade passiva de ser lesado (KOTTOW, 2008, p. 340). Ela indica uma condição de ameaça que paira sobre o ser humano. Entretanto, devem-se distinguir os limites entre o dano potencial e atual que todo ser humano pode sofrer.

Por isso, Kottow propõe uma especificação na compreensão de vulnerabilidade. Todos os seres humanos são vulneráveis, entretanto, quando um ser humano é acometido por uma enfermidade (ou debilidade, deficiência física incapacitante), torna-se um “vulnerado”, alguém que requer atitudes de proteção e amparo. Assim, ele sugere a distinção entre vulnerabilidade, atributo antropológico de todo ser humano, e susceptibilidade, como dano a um indivíduo ou grupo social (KOTTOW, 2005, p. 38). Os vulnerados

não são capazes, por alguma razão independente de suas vontades, de se defenderem sozinhos pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não lhes oferecem o suporte necessário para enfrentar sua condição de afetados e tentar sair dela (SCHRAMM, 2008, p. 17).

A sua preocupação é que se evite tratar indistintamente com o uso exclusivo do termo vulnerabilidade tanto os acometidos por situações danosas como os vulneráveis, o que levaria a menosprezar o dano infligido sobre aqueles.

A bioética de proteção se articula em dois sentidos. No sentido mais específico, “visa dar amparo aos sujeitos e populações que não possuem competência suficiente — ou ‘capacitação’ (*capability*) — para realizar seus projetos de vida razoáveis e justos” (SCHRAMM, 2008, p. 16). “No sentido mais amplo, a bioética de proteção pretende se ocupar das condições da sobrevivência da espécie humana, em vista de um cosmopolitismo delimitado por uma ética de hospitalidade incondicional” (KOTTOW, 2008, p. 165).

### **1.2.2. Bioética de intervenção: aliança concreta com os mais vulneráveis**

A partir de uma preocupação com as condições de saúde no Brasil, Volnei Garrafa, professor Titular da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, vem desenvolvendo o que ele chama de *bioética de intervenção* — também bioética forte ou dura (GARRAFA; PORTO, 2008, p. 161). Sua proposta é evitar que a bioética seja assumida como uma “ferramenta neutral”, de simples análise da situação sem oferecer elementos de transformação ou intervenção.

A partir da pedagogia, podemos compreender melhor a relação entre uma análise crítica da situação e a possibilidade de tomada de decisão mais condizente com o modo de pensar e avaliar. Para Freire (2007) é

pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática. O próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica, tem de ser de tal modo concreto que quase se confunda com a prática [...]. Seria, porém, exagero idealista afirmar que a assunção, por exemplo, de que fumar ameaça minha vida já significa deixar de fumar. Mas deixar de fumar passa, em algum sentido, pela assunção do risco que corro ao fumar (FREIRE, 2007, p. 40-41).

Garrafa e Dora veem a necessidade de que a bioética se dedique com mais vigor aos problemas oriundos das desigualdades sociais. A bioética elaborada em países centrais, os chamados países desenvolvidos, apresentam melhores condições em termos de igualdade e justiça.

A primeira consideração importante é a distinção entre *igualdade e equidade*. Por equidade se entende a consideração das diferenças e necessidades diversas tanto dos indivíduos quanto dos grupos ou populações. Alcança-se a equidade quando as diversas necessidades são reconhecidas e satisfeitas nas suas diferenças, de modo que igualdade “é a consequência desejada da equidade” (GARRAFA; PORTO, 2008, p. 163), a igualdade é a meta da justiça social.

O termo equidade é nesta abordagem em seu sentido clássico de “apelo à justiça voltado à correção da lei em que a justiça se exprime” (ABBAGNANO, 2000, p. 339). Pois a lei

tem necessariamente caráter geral; por isso às vezes sua aplicação é imperfeita ou difícil, em certos casos. Nesses casos, a equidade intervém para julgar, não com base na lei, mas com base na justiça que a própria lei deve realizar. Portanto, nota Aristóteles, o justo e o equitativo são a mesma coisa; o equitativo é superior, não ao justo em si, mas ao justo formulado em uma lei que, em virtude da sua universalidade, está sujeita ao erro (ABBAGNANO, 2000, p. 340).

A igualdade é a consequência da equidade, é o seu ponto de chegada. A igualdade é entendida como fruto da justiça social. Quando a ideia de igualdade é semeada no solo ressecado pela injustiça, ela se torna ferramenta para maximizar o lucro de poucos e justificar a dominação sobre muitos (GARRAFA; PORTO, 2004, p. 40).

A bioética de intervenção terá como objeto as situações “emergentes” e as situações “persistentes”. Por situações emergentes, são compreendidos os problemas que surgem da avaliação ética das novas tecnologias em relação à reprodução (clonagem reprodutiva e terapêutica), o próprio Projeto Genoma, os avanços na engenharia genética, as possibilidades de transplantes de órgão e tecido humanos; e outras inovações tecnológicas que trazem questões éticas.

No quadro das situações “persistentes”, encontram-se os problemas que são produzidos pela exclusão social pela concentração de poder e riqueza: as várias formas de discriminação, o racismo, a iniquidade na alocação de recursos e distribuição destes recursos para a saúde, o des-caso ou abandono de crianças e idosos, a inacessibilidade dos grupos economicamente vulneráveis às conquistas do desenvolvimento na área da medicina e da ciência em geral, o aborto e a eutanásia (GARRAFA; PORTO, 2004, p. 36).

As situações “emergentes” são mais acentuadas nos “países centrais”, uma vez que seus problemas básicos com saúde, educação, alimentação, moradia e transporte já estão resolvidos ou, pelo menos, em vias de solução. As situações “persistentes” marcam mais incisivamente os “países periféricos” em que a grande parte da população não tem assegurado as mínimas condições de sobrevivência e dignidade. Nestes países, o poder e a renda estão nas mãos de um número cada vez menos representativo de pessoas (GARRAFA; PORTO, 2004, p. 36).

Ambas as abordagens apresentadas não parecem estabelecer uma relação de oposição, mas de complementaridade. A proteção implica o resgate da ética naquilo que lhe é mais originário e fundamental: dar guarida ao homem diante de tudo aquilo que lhe pode pôr fim ou tornar sua vida menos digna. A intervenção põe em relevo o aspecto mais humano da vida social: a capacidade de dar sentido e rumos para a vida e a história.

Sem proteção, a vida perece sem intervenção, e a sociedade se desumaniza. Essas duas perspectivas parecem oferecer à reflexão bioética elementos importantes tanto para a compreensão da realidade como para a sua transformação. A proteção coloca em relevo a pessoa na sua situação de vulnerado. A intervenção destaca o contexto que concretiza a vulnerabilidade social. Ambas se mostram capazes de amparar e oferecer meios para uma mudança na realidade de injustiça e sofrimento.

Olhando a prática da Pastoral da Criança, poderemos observar alguns elementos que coincidem com as abordagens em bioética até agora apresentadas. A Pastoral da Criança traz elementos de proteção e intervenção dentro de uma sociedade em que inúmeras crianças são o símbolo mais claro de vulnerabilidade, desamparo e carência.

## **2. PASTORAL DA CRIANÇA: UMA PRÁTICA DE PROTEÇÃO E INTERVENÇÃO DIANTE DO DESAFIO DA MORTALIDADE INFANTIL**

Ao iniciarmos a discussão sobre a interpelação ética que nos faz a dura realidade da mortalidade infantil, é necessário assentarmos um aspecto conceitual para as nossas considerações. Usa-se a expressão *mortalidade na infância* para se referir de maneira geral à morte de crianças até 5 anos. Por *mortalidade infantil* se entende a morte de uma criança de 0 a 1 ano. No primeiro ano de vida ainda se distingue *neonatal* (0 a 27 dias) e *pós-natal* (28 a 364); o período *neonatal* ainda pode ser dividido em *neonatal precoce* (0 a 6 dias) e *neonatal tardio* (7 a 27 dias). Chama a atenção que é justamente o período *neonatal precoce* que confere maior vulnerabilidade à criança.

O panorama mundial de morte na infância, de acordo com o relatório do UNICEF referente a 2004, indicava a média mundial de 79 mortes por mil nascidos vivos (RICCI, 2008, p. 32). O maior índice era em Serra Leoa: 283 mortes por mil nascidos vivos. O menor estava em Cingapura: 3 mortes

por mil nascidos vivos. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a mortalidade infantil no mundo alcançava um índice médio de 57 mortes por mil nascidos vivos.

Também se destaca a diminuição da mortalidade na infância na América Latina e Caribe. De acordo com o relatório do UNICEF de setembro de 2007: enquanto em 1990 houve quase 13 milhões de mortes, neste relatório havia caído para 9,7. Isso indica que a América Latina e o Caribe têm condições de contribuir com outros países, sobretudo os da África e Ásia, indicando experiências bem-sucedidas e que podem eventualmente ser adaptadas a outras realidades.

Já em 2005, o Brasil apresentava um índice de 33 mortes por mil nascidos vivos em mortalidade na infância e 25,8 mortes por mil nascidos vivos em mortalidade infantil. O relatório *Situação da Infância Brasileira 2006* destacava que a principal causa é *neonatal*, e mais, 55% acontecem na primeira semana de vida. “Reduzir a mortalidade na primeira semana de vida é uma meta que, mesmo sendo complexa em alguns casos, deve ser acentuada e priorizada” (RICCI, 2008, p. 38). As mortes na primeira semana de vida dependem de vários fatores, principalmente das condições da gestante, do parto e da criança recém-nascida. Isso põe em relevo justamente a necessidade da atenção que deve ser dada à gestante e ao recém-nascido.

Outra consideração importantíssima são as desigualdades que operam nos índices de mortalidade infantil dentro das várias realidades no país. Em Alagoas, o índice salta para 52,6 mortes por mil nascidos vivos, enquanto que no Distrito Federal o índice é quase metade da média nacional: 13,7 mortes por mil nascidos vivos. Isso indica que “a chance de sobreviver, que uma criança menor de um ano que nasce em Alagoas, é 4 vezes menor do que aquela que nasce no Distrito Federal” (RICCI, 2008, p. 40).

Comparando a realidade urbana com a rural, as diferenças também se fazem notar. O índice de mortes por mil para a zona rural é de 50,5 mortes por mil nascidos vivos e para a zona urbana são de 37,7 mortes por mil nascidos vivos. Deve-se observar que 81% da população brasileira é urbana, e apenas 19% vive em área rural, mesmo sendo um número menor, a população rural se apresenta mais vulnerável em termos de mortalidade infantil.

Especificamente no Brasil, tanto no índice de mortalidade infantil quanto no índice de mortalidade na infância houve uma queda considerável. En-

quanto em 1960 o índice para morte na infância foi de 177 mortes por mil nascidos vivos, em 1990 caiu para 60 mortes por mil nascidos vivos, uma redução de 66% em 30 anos. O índice de mortalidade infantil passou de 109,4 mortes por mil nascidos vivos para 52,4 mortes por mil nascidos vivos de 1960 para 1990 — redução de 52%.

Chama a atenção que de 1990 a 2005 a queda nos índices foi ainda maior. O índice de mortalidade infantil de 52,4 mortes por mil nascidos vivos caiu para 21,17 e o índice de mortalidade na infância baixou de 60 mortes por mil nascidos vivos para 25,23.<sup>3</sup> O que é digno de observação é que a redução no índice de mortalidade infantil é mais lenta que a no índice de mortalidade na infância (RICCI, 2008, p. 36). Estudos apontam o programa do governo Saúde da Família como fator de destaque na redução da mortalidade infantil.

Não foi o crescimento econômico a causa dessa queda na mortalidade infantil nem alguma mudança nos contrastes das situações vividas nas diversas regiões do país. Isso nos faz perceber que o índice de mortalidade infantil não tem sua causa única e principal na situação econômica do país, mas nas políticas governamentais de cuidado e assistência.

### **2.1. A criação da Pastoral da Criança diante do desafio da mortalidade infantil**

Por ocasião de uma reunião da Comissão Internacional para Questões Humanitárias da ONU, em setembro de 1982, em Genebra, o então arcebispo de São Paulo Dom Paulo Evaristo Cardeal Arns foi interpelado por James Grant, diretor do UNICEF, a desenvolver no Brasil uma ação sólida e abrangente em favor das crianças. James Grant acreditava “que a Igreja poderia ajudar a salvar a vida de milhares de crianças que morriam pela desidratação, se ensinasse às mães a preparar o soro oral” (NEUMANN, 2003, p. 63). Sua preocupação era justamente com a *emergência silenciosa mundial* que consistia na morte de milhões de crianças ocasionadas por enfermidades facilmente evitáveis.

---

<sup>3</sup> Para mais detalhes nos índices consultar: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2007/matriz.htm#mort>.

Dom Paulo contou com a ajuda de sua irmã, a médica e sanitária Zilda Arns Neumann, para efetivar um projeto tão importante e tão vital. Apoiada pelo então bispo de Londrina, Dom Geraldo Majella Agnelo, ela pôde levar a termo a solicitação de seu irmão.

A primeira experiência aconteceu no ano de 1983, em Florestópolis, um município com 15 mil habitantes sendo 70% da população boia-fria, cujo índice de mortalidade infantil por mil nascidos era de 127 mortes. Tratava-se de uma região muito carente em que as pessoas sobreviviam com salários insuficientes ou trabalhos temporários; a assistência social em Florestópolis era muito precária, gerando uma situação de marcada vulnerabilidade. Em um ano, o índice caiu de 127 para 28 mortes por mil nascidos vivos (NEUMANN, 2003, p. 73). A partir de 1985,<sup>4</sup> participando da Assembleia anual da CNBB em Itaici-SP, a Dra. Zilda pode divulgar a pastoral e iniciar sua expansão, principalmente para o norte e nordeste do país.

O trabalho se desenvolve a partir de cinco *ações básicas de saúde*: pré-natal, aleitamento materno, vigilância nutricional, soro caseiro e vacinação (RICCI, 2008, p. 154) e com uma metodologia própria baseada em dois pilares fundamentais: a multiplicação do saber e a solidariedade. O trabalho é animado pela dinâmica da mística que é a expressão da unidade entre fé e vida. A mística é o que sustenta e alimenta o trabalho das líderes, é a sua motivação.

Essa motivação leva os voluntários a percorrerem grandes distâncias sob o sol, para visitar cada casebre, cada criança e gestante de sua comunidade. São, na vasta maioria, mulheres humildes, que têm em sua casa a mesma dura realidade que encontram nas visitas (BATALHA, 2003, p. 73).

As líderes da Pastoral da Criança trabalham voluntariamente, chegando a se dedicar em torno de 24 horas mensais. Devem ser pessoas da comunidade as que vão se dedicar. A pertença da líder à própria comunidade em que vive é fator importantíssimo para que seja possível transformar a comunidade de modo que esta seja cada vez mais capaz de “gerar, cuidar, tutelar e promover a vida” (RICCI, 2008, p. 145).

---

<sup>4</sup> Dentro da organização da Igreja Católica no Brasil, a Pastoral da Criança é assumida como um Organismo de Ação Social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil — CNBB, vinculada à Comissão Episcopal de Pastoral 8, chamada de Serviço da Caridade, da Justiça e da Paz.

O papel da comunidade não é secundário; pelo contrário, o método de ação da Pastoral procura fazer com que aconteça uma troca de informações e orientações sobre as cinco ações básicas de saúde no seio da própria comunidade, o que gera laços de solidariedade e responsabilidade. O método se inspira no milagre da multiplicação dos pães (cf. Mt 14,13-21; 15,32-39; Mc 6,30-44; 8,1-10; Lc 9,10-17; Jo 6,1-13).

Na sua abordagem sobre a multiplicação dos pães (Mc 6,30-44), Matthias Grenzer (2007), tendo como base a perspectiva comunitária da fé que se interessa pelo Reinado de Deus no mundo, resgate da dignidade da pessoa humana, recorda que a atitude de Jesus Cristo vai além do mero assistencialismo. Mais do que satisfazer a necessidade daquelas pessoas, Ele as ensina e organiza, inaugurando assim um novo pastoreio.

Lembrando o pensamento do Antigo Israel que diz “o que se tem é suficiente” e segundo as tradições mosaico-proféticas, Jesus redistribui o pão. Para Grenzer, os cinco pães apresentados no texto indicam a primeira parte da Bíblia Hebraica, organizada em cinco livros, chamada Torá (livros do ensino). Já os dois peixes evocam as outras duas partes existentes: os Profetas e os Escritos. Assim, para que haja a multiplicação dos pães, o autor orienta à “releitura daquelas tradições que também o Novo Testamento chama de Sagradas Escrituras, e dessa vez à luz do anúncio jesuânico do Reino de Deus” (GRENZER, 2007), configurando, assim, o ensino do Cristo.

E ainda, ao pedir que a multidão se acomodasse, organizando-se em grupos de cinquenta ou cem, evocando uma postura semelhante à dos profetas, Cristo realiza a passagem da dispersão a uma comunidade organizada: “Surge a imagem de uma sociedade novamente disposta a assumir as características da experiência do êxodo e o ensino dos profetas, e tudo isso com a ajuda do Espírito Santo” (GRENZER, 2007). Ainda, para o autor, essa passagem libertadora pautada no ensino de Cristo, deve acontecer como “experiência profundamente mística”.

É neste sentido que se destaca a organização da Pastoral da Criança como uma rede de solidariedade no cuidado às crianças a partir da multiplicação do saber. Cria-se em torno da criança uma rede de partilha do conhecimento que tem em vista orientar as mães/pais/famílias sobre sua responsabilidade pela criança, bem como sobre os meios mais adequados de fazê-lo.



Três grandes momentos marcam o acompanhamento da Pastoral. As *visitas domiciliares mensais* são realizadas pelas líderes que visitam as famílias, acompanhando as gestantes e crianças de 0 a 6 anos. Na *celebração da vida e do peso* acontece a pesagem que indica o desenvolvimento da criança, a celebração da vida e a partilha de informações. Para que as líderes possam aperfeiçoar seu trabalho, acontece mensalmente a *reunião mensal das líderes da comunidade*. Nesta reunião, elas podem refletir e avaliar o trabalho, analisando os indicadores que são anotados no *Caderno do Líder* (RICCI, 2008, p. 147).

A intervenção da Pastoral se dá a partir de dois eixos importantíssimos: as *ações básicas* em vista da sobrevivência e da prevenção e as *ações complementares* que procuram realizar a promoção humana e de cidadania. Com as *ações básicas*, procura-se a conservação da vida e a prevenção de doenças. Através das *ações complementares*, desenvolve-se um esforço para combater as causas da pobreza e da mortalidade na infância.

Esse último conjunto de ações (educação de jovens e adultos, programa de geração de renda, participação no controle social — Conselhos Municipais, pequenas rodas de conversas, projeto criança viva, programa de segurança alimentar, planejamento familiar natural, terceira idade) (BATALHA, 2003, p. 155-157) tem uma importância especial, pois se almeja melhorar a qualidade de vida dos assistidos, promovendo-os humanamente e como cidadãos.

Após completar mais de 20 anos de existência, a Pastoral da Criança, contava com 218 mil voluntários, sendo que 90% são mulheres. Já estava presente em 3.616 municípios, acompanhando 79.500 gestantes, 1 milhão e 630 mil crianças e 1 milhão e 200 mil famílias, além da sua presença em diversos países. Por tudo isso, ela tem recebido muita atenção da opinião pública pela sua reconhecida contribuição no combate à mortalidade infantil. Recebeu até mesmo indicação para o Prêmio Nobel da Paz. De fato, onde existe o trabalho da Pastoral da Criança, o índice de mortalidade infantil cai para 50% em relação à média nacional.

Ao analisar a mortalidade infantil, Ricci (2008, p. 45-101) apresenta as *situações socioeconômicas* (primazia do econômico sobre o social, concentração de renda e injustiça social, desemprego, empobrecimento e exclusão social, corrupção enraizada); e *socioculturais* (educação, deficiente instrução materna, machismo, saúde precária, disparidade entre populações urbanas e rurais) que dão o substrato para as *causas imediatas e evitáveis da*

*mortalidade infantil* (fome e desnutrição, habitação, higiene e saneamento básico, *ethos* familiar e *modus vivendi*, maternidade precoce, casamentos, separações e divórcios, violência doméstica e negligência, abandono). Sua análise permite perceber os mecanismos injustos e, portanto, inaceitáveis que sustentam uma situação permanente que produz direta e indiretamente a morte de milhares de crianças.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Duas realidades se destacaram ao longo destas páginas. Por um lado, a situação de pobreza, marginalização e injustiça que forjam as causas da mortalidade tanto infantil quanto na infância; por outro lado, a simplicidade que circunda a Pastoral da Criança: sua presença em 3.616 municípios, o acompanhamento de 79 mil e 500 gestantes e de mais de 1 milhão e 630 mil crianças, além dos resultados que tem alcançado com um orçamento médio de R\$ 1,18 por criança assistida.

Tentamos olhar para essas duas realidades conjugando duas categorias que têm sido elaboradas a partir da América Latina: a proteção e a intervenção. A nosso ver, a categoria da proteção nos lembra que toda reflexão ética deve dar condições de oferecer “guarda” ao homem diante de todos os desafios que podem dar fim a sua vida ou torná-la menos digna. A proteção, desse modo, destaca o homem na sua vulnerabilidade lembrando-lhe que é portador de um grande tesouro (sua dignidade), mas em vaso de barro.

A categoria da intervenção põe em destaque a responsabilidade que o homem tem diante da história, pois é capaz de decidir e traçar rumos não apenas para a sua vida individual, mas para toda a humanidade. Se a proteção faz vir à tona o homem na sua vulnerabilidade, a intervenção realça o contexto em que a vulnerabilidade se concretiza. Ambas as categorias parecem complementar-se e oferecer valiosos elementos para que a bioética cumpra seu papel de ser sentinela da vida.

Neste ponto, devemos retomar a observação que fizemos no início desta parte. De um lado vemos uma situação de morte (pobreza, marginalização) e do outro ficamos impressionados com a força e a extensão do trabalho da Pastoral da Criança no seu empenho contra a morte indevida de tantas crianças. Podemos nos perguntar qual ponte a bioética pode aventurar-se a construir entre essas duas realidades? Como o bioeticista será capaz de

olhar diariamente para tantas situações de pobreza, e mesmo miséria, e injustiça enraizada em nossa sociedade e não se deixar abater pelo desânimo ou cair numa amargura intelectual que o levaria ao pessimismo sistemático diante de qualquer afirmação de mudança possível?

Cabe olhar para um fator importantíssimo e primeiro na Pastoral da Criança sem o qual ela se reduziria a simplesmente uma estrutura de filantropia: a mística como união entre fé e vida. É essa mística que transforma mulheres, em grande parte, analfabetas e em verdadeiras incansáveis promotoras da vida. Se há um desafio enorme, há uma motivação de longe superior.

Com o termo mística, queremos antes de tudo identificar aquela motivação fundamental que dá sentido às ações e lutas de cada líder da Pastoral. Essa mística é o desdobramento da fé das líderes como incidência sobre a vida, ou, em outras palavras, a união entre fé e vida que soa como que um refrão dentro da Pastoral.

De acordo com o Catecismo da Igreja Católica,

o progresso espiritual tende à união sempre mais íntima com Cristo. Esta união recebe o nome de “mística”, pois ela participa no mistério de Cristo pelos sacramentos — “os santos mistérios” — e, nele, no mistério da Santíssima Trindade. Deus chama-nos a todos a esta íntima união com ele, mesmo que graças especiais ou sinais extraordinários desta vida mística sejam concedidos apenas a alguns, em vista de manifestar o dom gratuito feito a todos (2014, p. 463).

Essa experiência mística<sup>5</sup> nada mais é do que a experiência de Deus no cotidiano das lutas e esperanças. É essa a mística que justamente engendra o fazer e dá sentido ao fazer das líderes. Na mística da Pastoral da Criança, acontece o encontro entre o sentimento religioso (fé) e a necessidade de uma solidariedade concreta diante do apelo do outro (vida).

Esse específico da Pastoral da Criança não apenas garante bons resultados, mas assegura também que as próprias líderes se sintam realizadas

---

<sup>5</sup> Aqui podemos ver que a mística, mais do que uma experiência de solidão, é uma experiência de solidariedade. Não é nosso propósito traçar o desenvolvimento histórico do termo mística nem a amplitude de significados que tem recebido nos últimos anos.

e felizes; elas não apenas fazem coisas boas, mas sentem que se tornam pessoas melhores. A consciência de que podem e efetivamente ajudam outras tantas pessoas aumenta a realização pessoal das líderes e garante a perseverança no agir. Como já indicamos neste trabalho, o número de desistência de líderes é notoriamente baixo.

Neste ponto, alguém poderia se perguntar: em que sentido será possível falar de mística quando nem todos os bioeticistas partilham a mesma confissão religiosa, ou podem ser até mesmo indiferentes a uma visão religiosa? Também neste ponto a mística da Pastoral da Criança é um chão fecundo de reflexão.

Por ser bio-eticista, a vida não só é componente do termo, mas é a razão mais fundamental da existência da bioética. Sem vida a ser preservada ou defendida, a bioética perde sua razão de ser. A vida não é apenas elemento central de convergência das preocupações, mas é antes de tudo o elemento que propulsiona reflexões e questionamentos.

Na proposta da Pastoral da Criança, a luta pela “vida em abundância” (cf. Jo 10,10) significa luta pela vida com saúde, alegria, paz. Independente de qualquer afirmação religiosa ou não, a vida é apresentada como o valor sobre o qual todos os outros valores se ordenam e se submetem. A vida neste caso está longe de ser entendida como algo abstrato e vazio: é a vida das crianças, é a vida das gestantes.

O ponto de convergência de todas as ações da Pastoral é justamente a *Celebração da Vida* ou, em outras palavras, o *Dia do Peso*. É neste momento-celebração-festa que se pode verificar o quanto a vida vai se tornando abundante. À medida que o trabalho avança, muitas coisas indicam a abundância da vida procurada pela Pastoral:

- As crianças que no início do acompanhamento muitas vezes não saíam de perto das mães, mal olhavam para as líderes, passam a enturmar-se, correr e brincar.
- As próprias mães, de mulheres cabisbaixas e de olhar que se desvia, começam a relatar que reclamaram seus direitos em certas situações defendendo os direitos de seus filhos.
- À medida que o peso aumenta, aumenta o peso do gosto pela vida, da esperança.

- As próprias mães, além da *proteção* que procuram para seus filhos (participando do acompanhamento), muitas vezes engajam-se na Pastoral, procurando melhores condições de vida não apenas para seus filhos, mas *intervindo* para que a sociedade seja mais justa e solidária.

Neste ponto, o que chamamos oração ou reza acaba sendo um alegre cantar das vitórias e conquistas da Pastoral pela defesa da vida. As líderes que professam a fé cristã querem reconhecer o rosto de Cristo-vida no rosto de cada criança, cada gestante, cada mãe. Mas as outras também procuram a Vida no rosto das crianças, das gestantes e das mães. Entre as cristãs, não cristãs e até mesmo ateias haverá o denominador comum Vida.

Podemos perceber que a mística na Pastoral da Criança é o que capacita as líderes para vencer as particularidades de seus pontos de vista, de suas crenças e opiniões a fim de se debruçarem juntas em torno da proteção e intervenção pela vida. A mística da Pastoral da Criança faz vir à tona uma força que pode oferecer à bioética um meio de construir uma ponte entre a realidade que torna a vida menos digna e os valores que são afirmados em relação à vida.

Vale lembrar que o trabalho da Pastoral da Criança é realizado comumente entre líderes católicas, protestantes, evangélicas e pentecostais. Trata-se de um trabalho ecumênico, ainda que tenha seu berço na Igreja Católica. Mesmo entre as líderes há aquelas que sequer professam algum credo religioso. Por isso, a mística gira em torno da vida, da celebração da vida que vence as situações de morte.

A mística também preserva as líderes tanto do orgulho de sentir-se como que solução milenarmente aguardada para a erradicação da miséria das crianças como também do desânimo de ver que nem tudo pode ser feito imediatamente. A mística se torna um elemento de superação dos particularismos que muitas vezes corroem as iniciativas e esforços por mudanças. Entre os bioeticistas, uma mística semelhante à encontrada e vivida na Pastoral da Criança possibilitaria evitar que a convicção fosse “transformada em pretensão de monopólio da verdade” (ANJOS, 2004, p. 459).

Além disso, a mística da Pastoral da Criança é fator de concretização dos ideais e propostas da Pastoral. É o elemento que garante a passagem do discurso, da visão de mundo, para a concretização dos sonhos. O esforço

para que a fé — que pode ser compreendida como o conjunto de ideais, valores, objetivos — não se separe da vida, ou seja, da prática, das escolhas concretas que são condizentes com os ideais ou não.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, Nicola. *Equidade*. In: ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de filosofia*. Trad.: (coordenação e revisão) Alfredo Bosi. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 339-340.
- ANJOS, Marcio Fabri dos. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. *RBB. Revista Brasileira de Bioética*, v. 2, p. 173-186, 2006.
- . Bioética em perspectiva de libertação. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leocir. *Bioética; poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2004. cap. 39, p. 455-465.
- . Bioética nas desigualdades sociais. In: GARRAFA, Volnei; COSTA, Sérgio F. Ibiapina (org.) *A bioética no século XXI*. Ed. UNB, Brasília 2000.
- BATALHA, Marta Mamede. *Pastoral da Criança; 20 anos de vidas*. São Paulo: Loyola, 2003.
- CATECISMO da Igreja Católica. 8. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1998.
- CNBB. *Exigências evangélicas e éticas de superação da miséria e da fome*. Documento 69. São Paulo: Paulinas, 2002.
- COTTIER, Georges. Igualdade de direitos entre homens e mulheres. In: PONTÍFICO CONSELHO PARA A FAMÍLIA. *Lexicon; temas ambíguos e discutidos sobre família, vida e questões éticas*. Trad.: Cláudia Scolari. São Paulo: Salesiana, 2007, p. 509-513.
- ELIZARI, Francisco Javier. *Questões de bioética; vida em qualidade*. Tradução portuguesa: Bernardino Pacheco Henriques. Aparecida e Portugal: Santuário e Editora Perpétuo Socorro, 1996.
- FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. *Para fundamentar a bioética; teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea*. Trad.: Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola, 2005.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia; saberes necessários à prática educativa*. 35 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.
- GARRAFA, Volnei. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. In: GARRAFA, Volnei; KOTTOW, Miguel; SAADA, Alya, orgs. *Bases conceituais da bioética; enfoque latino-americano*. Trad.: Luciana Moreira Pudenzi e Nicolas Nyimi Campanário. São Paulo: Redbioética e Editora Gaia, 2006.

- . Bioética, saúde e cidadania. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul; PESSINI, Leocir. *Bioética*; alguns desafios. São Paulo: Loyola, 2002. p. 35-48.
- ; PORTO, Dora. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leocir. *Bioética*; poder e injustiça. São Paulo: Loyola, 2004.
- . Bioética de intervención. In: TEALDI, Juan Carlos. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 161-164.
- GRENZER, Matthias. *Multiplicação dos pães (Mc 6,30-44)*. São Paulo: Paulinas, 2007.
- JUNGES, José Roque. *Bioética*; hermenêutica e casuística. São Paulo: Loyola, 2006.
- KOTTOW, Miguel. Vulnerabilidad y protección. In: TEALDI, Juan Carlos. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 340-342.
- . Bioética de protección. In: TEALDI, Juan Carlos. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 165-167.
- LÉVINAS, Emmanuel. *Da existência ao existente*. Trad.: Paul Albert Simon. Campinas: Papirus, 1998.
- MELLO, Dirceu Raposo et al. Análise bioética do papel do Estado na garantia ao acesso a medicamentos. In: GARRAFA, Volnei; MELLO, Dirceu Raposo; PORTO, Dora. *Bioética e vigilância sanitária*. Brasília: ANVISA, 2007, p. 15-34.
- NEUMANN, Zilda Arns. *Depoimentos brasileiros*. Belo Horizonte: Leitura, 2003.
- PASTORAL DA CRIANÇA. *Guia do líder*. Curitiba, 2007.
- PONTIFÍCIO CONSELHO “JUSTIÇA E PAZ”. *Compêndio da Doutrina Social da Igreja*. Trad.: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. São Paulo: Paulinas, 2005.
- RICCI, Luiz Antonio Lopes. *Mistanásia infantil e Pastoral da Criança: avaliação ético-teológica da Pastoral da Criança no Brasil enquanto potencialização da cultura de vida*. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Lateranense, Academia Alfonsiana, 2008.
- SCHRAMM, Fermín Roland. Bioética de Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Revista de Bioética*, vol. 16, n. 1, p. 11-23, 2008.
- . Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção. In: GARRAFA, Volnei; KOTTOW, Miguel; SAADA,

Aly, orgs. *Bases conceituais da bioética*; enfoque latino-americano. Trad.: Luciana Moreira Pudenzi e Nicolas Nyimi Campanário. São Paulo: Redbioética e Editora Gaia, 2006. cap. 6, p. 143-157.

——— et al. *Bioética*; riscos e proteção. Rio de Janeiro: UFRJ/Fiocruz, 2005.

VIDAL, Marciano. *Moral de atitudes 1*; moral fundamental. Trad. Ivo Montanhese. 5 ed. Aparecida: Santuário, 2000.