

Declaração Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: referencia para la vigilancia sanitaria en comunidades terapéuticas

Bruno R. Schlemper Junior

Resumen

El grave problema del abuso de sustancias psicoactivas puede requerir la internación temporal de las personas dependientes. En consecuencia, los gobiernos recurren a las comunidades terapéuticas, las cuales, a pesar de criticadas por algunos, acogen a miles de individuos hipervulnerables en Brasil, haciendo de éste un sector propicio para la contribución de la Bioética. Aunque no integre la red pública de atención a la salud mental, las comunidades terapéuticas se rigen por resolución de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (RDC 29/2011), responsable de su licenciamiento, supervisión y requisitos de seguridad sanitaria. Sin embargo, en el desempeño de sus funciones no se adoptan parámetros de evaluación indispensables para una admisión ética compatible con la protección de la ciudadanía y del respeto a los derechos de los dependientes. Así, se analiza la presencia de las comunidades terapéuticas en el contexto brasileño y se identifican las acciones de la vigilancia sanitaria en estas inspecciones, proponiendo introducir los principios de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* para fortalecer y enriquecer estos procedimientos.

Palabras clave: Bioética. Comunidad terapéutica. Vigilancia sanitaria. Consumidores de drogas. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

Resumo

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: referência para vigilância sanitária em comunidades terapêuticas

O grave problema do abuso de substâncias psicoativas pode exigir internação temporária de dependentes. Consequentemente, governos recorrem às comunidades terapêuticas, que, apesar de criticadas por alguns, acolhem milhares de indivíduos hipervulneráveis no Brasil, tornando-se setor propício para contribuição da bioética. Mesmo não integrando a rede pública de atenção à saúde mental, comunidades terapêuticas são regidas por resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC 29/2011), responsável por seu licenciamento, supervisão e requisitos de segurança sanitária. Porém, no desempenho de suas funções não são adotados parâmetros de avaliação indispensáveis a acolhimento ético compatível com a proteção da cidadania e de respeito aos direitos dos dependentes. Assim, analisa-se a presença das comunidades terapêuticas no contexto brasileiro e identificam-se as ações da vigilância sanitária nessas inspeções, propondo-se inserir os princípios da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* para fortalecer e enriquecer esses procedimentos.

Palavras-chave: Bioética. Comunidade terapêutica. Vigilância sanitária. Usuários de drogas. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura.

Abstract

The Universal Declaration of Bioethics and Human Rights: a reference for Health Surveillance in Therapeutic Communities

The serious problem of psychoactive substance abuse may require the temporary admission of dependents. As a result, governments resort to therapeutic communities, which, although criticized by some, host thousands of extremely vulnerable individuals in Brazil, making this sector propitious to the contribution of bioethics. Although they are not part of the public mental health care network, these facilities are governed by RDC 29/2011 of the National Health Surveillance Agency, responsible for their licensing, supervision and health safety requirements. However, in the performance of their duties, parameters of evaluation essential for an ethical reception compatible with the protection of citizenship and respect for the rights of dependents were not employed. The presence of Therapeutic Communities is therefore analyzed in the Brazilian context and the responsibilities of Health Surveillance in these inspections are identified, with the proposal of applying the principles of the *Universal Declaration of Bioethics and Human Rights* to strengthen and enrich these procedures.

Keywords: Bioethics. Therapeutic community. Health surveillance. Drug users. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

Doutor schlemper.junior@gmail.com – Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba/SC, Brasil.

Correspondência

Rua Frei Evaristo, 64, apt. 202, Centro CEP 88015-410. Florianópolis/SC, Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

Este artículo es el primero de dos publicaciones presentadas a la *Revista Bioética* y tiene como eje central el tema “Bioética en comunidades terapéuticas”. En este trabajo, se identificaron esas instituciones, estableciendo sus relaciones con la vigilancia sanitaria y proponiendo la inclusión de los principios de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (DUBDH)¹ en las inspecciones sanitarias de las comunidades terapéuticas (CT). En el segundo artículo se discutirán algunos principios y referencias bioéticas como contribución a la recepción humanizada y ética de los dependientes.

Las CT, como son conocidas actualmente, surgieron en la década de 1950 para tratar la neurosis de guerra en soldados, por iniciativa del psiquiatra del ejército inglés Maxwell Jones². En su obra original “Social psychiatry in practice”, Jones destaca que esta propuesta de CT llamó la atención y despertó un considerable interés en la Psiquiatría mundial², dado el éxito alcanzado en la rehabilitación de los ex-prisioneros de guerra³. Reconociendo la importancia de los factores sociales en la génesis y en el tratamiento de los desórdenes mentales, Jones tuvo la oportunidad de trasladar la orientación psicósomática hacia el campo social, creando una “comunidad de transición” que ayudó a recuperar muchos soldados ingleses².

Esta visión contribuyó mucho con la Psiquiatría Social, que sustituyó la tradicional autoridad del médico por la participación más activa del paciente en su propia cura y en la de otros pacientes. El sistema estaba, y continúa siendo, caracterizado por la igualdad entre el equipo y los pacientes, división del trabajo y valoración de la convivencia interpersonal⁴. En Brasil, las CT comenzaron a surgir a partir de la década de 1960 en la recuperación de dependientes del alcohol y otras drogas, tornándose, actualmente, una de las modalidades de tratamiento más buscadas⁵.

Según la definición oficial del Observatorio Brasileño de Informaciones sobre Drogas⁶, las CT son instituciones privadas sin fines de lucro y financiadas, en parte, por el poder público, y que acogen gratuitamente a personas con trastornos resultantes del uso, abuso o dependencia de drogas. Son instituciones abiertas, de adhesión exclusivamente voluntaria, abocadas a aquellos que desean y necesitan un espacio protegido, en un ambiente residencial, para recuperarse de la dependencia de la droga. Generalmente, las CT se localizan en sitios o quintas de zonas rurales, y el tiempo de acogida puede durar hasta 12 meses. Recientemente, el Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA, por su sigla en portugués) realizó un amplio relevamiento sobre el perfil de las CT en Brasil⁷⁻⁹.

Conforme a la Ley 8.080/1990¹⁰, le compete a la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA)

la coordinación del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria. Integrado por un conjunto de acciones capaces de eliminar, disminuir o prevenir los riesgos para la salud, y de intervenir en problemas sanitarios resultantes del medioambiente, de la producción y circulación de bienes y de la prestación de servicios de interés de la salud, este sistema puede interferir en toda la cadena de factores determinantes del proceso salud-enfermedad, como ocurre en las CT. Así, le compete a la Vigilancia Sanitaria (Visa), entre otras atribuciones, el licenciamiento y la autorización del funcionamiento de establecimientos de salud, la formación en salud y la comunicación con la sociedad.

Además, específicamente con relación a las CT, la ANVISA publicó la Resolución de la Dirección Colegiada (RDC) 29/2011¹¹, que establece requisitos de seguridad sanitaria para el funcionamiento de instituciones que brindan servicios de atención a personas con trastornos resultantes del uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, en un régimen de residencia. De esta forma, este artículo tiene como objetivo discutir las relaciones institucionales y la necesidad de un abordaje bioético en el apoyo a las acciones de inspección de la Visa en las CT, sugiriéndose, para ello, el uso de la DUBDH para una adecuada protección de los dependientes acogidos en estas instituciones.

Modelos de tratamiento y eficacia de las comunidades terapéuticas

Las CT, además de apoyarse, en parte, en los preceptos de Alcohólicos Anónimos, estimulan la autoconfianza del individuo, siendo la laborterapia uno de los pilares del tratamiento, así como la disciplina y la espiritualidad⁷⁻⁹. La actividad laboral forma parte del proceso terapéutico, razón por la cual recibe la designación de “laborterapia”. Consiste en darle a los acogidos diferentes tareas cotidianas, como el autocuidado, el mantenimiento de la comunidad (alimentación, limpieza), actividades productivas (huerta, artesanías, reparaciones), educativas y de formación profesional⁷. El proceso terapéutico se basa en intervenciones sociales, atribuyendo funciones, derechos y responsabilidades a los individuos en tratamiento¹².

Esa diversidad de tratamiento también se observa en otros países¹³. Leon³ destaca que la dimensión de la resocialización del dependiente pasa, entre otros aspectos, por los valores del bien vivir (honestidad, autoconfianza, atención responsable, responsabilidad para con la comunidad y ética en el trabajo). Puede, además, en otras dimensiones, prevalecer un modelo religioso-espiritual, médico, asistencialista, psicológico o, como es común, una

combinación de esos abordajes^{14,15}. Con relación a la resocialización, se destaca, entre los objetivos de las CT, la misión de ayudar al dependiente a reintegrarse a la sociedad de modo tal de asumir sus funciones como ciudadano, miembro de una familia, trabajador o estudiante¹⁶.

Se enfatiza además que el contacto permanente con los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) del territorio correspondiente es esencial. Se trata de un camino de mano doble, tanto en la derivación del CAPS para internación en la CT, como para el tratamiento posterior por parte del Centro de Atención¹⁷, dado que el énfasis de ambos es rehabilitar y reinserter a los usuarios en la sociedad¹⁶. Cabe observar que la abstinencia puede ser sólo un recurso para obtener empleo o mejorar el bienestar personal, lo que puede, por su parte, contribuir a recuperar la participación del individuo en actividades comunitarias y su inclusión social¹⁸.

Comunidades terapéuticas en Brasil y su importancia social

Se estima que, actualmente, existen cerca de 1.900 CT en el país, la mayor parte en las regiones Sudeste (41,77%) y Sur (25,57%), particularmente en Minas Gerais y Rio Grande do Sul⁸. En Europa, se registraron 1.200 unidades como parte de los sistemas nacionales de tratamiento de la dependencia, especialmente en Italia, Portugal, España y Grecia¹⁹. Sin embargo, en Brasil, por la ausencia de un registro obligatorio, existen ciertas dificultades para acompañar y calificar a los miembros de las CT y proporcionar una acogida digna y respetosa. Esto motivó al Ministerio Público de Santa Catarina a adoptar medidas extrajudiciales para garantizar la fiscalización de las CT²⁰.

En la misma línea de abordaje, se destaca que las CT son entidades en busca de un estatuto que defina sus límites, funciones y objetivos. Además, es también necesario establecer parámetros para evaluar su desempeño, teniendo en cuenta que muchas CT reciben financiamiento público^{8,20}. Otras estimaciones sugieren que existen en Brasil entre 2.500 y 3.000 CT, las cuales atenderían, aproximadamente, a 60.000 personas todos los años, representando más del 80% de las acogidas en el país⁵. Una investigación del IPEA⁷ señala la existencia de cerca de 83.600 lugares para tratamiento en 1.963 CT.

Debemos recordar que, en Brasil, las CT, además de no tener fines lucrativos²¹, en principio no son formalmente consideradas como equipamientos de salud o de asistencia social. Es decir, no son debidamente institucionalizadas, razón por la cual no

tienen una identidad legalmente reconocida como unidad complementaria en la modalidad residencial temporaria para dependientes de sustancias psicoactivas^{21,22}. A pesar de eso, paradójicamente, muchas reciben apoyo financiero del gobierno federal y de varios estados brasileños, como ocurre en Santa Catarina, donde el Gobierno del Estado creó el proyecto “Revivir – innovación en la atención a los dependientes de sustancias psicoactivas en el estado de Santa Catarina”, aplicando algunos millones de reales en el apoyo a decenas de CT²³.

Por su parte, a nivel nacional está el Plan Integrado de Enfrentamiento al Crack y Otras Drogas, cuyos objetivos prevén la ampliación y fortalecimiento de las redes de atención de la salud y de asistencia social por medio de articulaciones de las acciones del Sistema único de Salud (SUS) con las del Sistema Único de Asistencia Social. El Plan dio lugar a avisos públicos de apoyo financiero para acoger en régimen residencial a usuarios de crack y otras drogas¹⁷. La justificativa presentada se refería al aumento creciente del uso de crack y sus efectos en la vida de los consumidores, llevando a un estado de dependencia y trastorno mental que exigen un período de tratamiento para la abstinencia en unidades de internación de larga duración¹⁷, servicios no disponibles en número suficiente en la red pública¹⁴.

Desde 2012, con el lanzamiento del programa “Crack: es posible vencerlo”, el gobierno federal comenzó a contratar vacantes en CT a través de la Secretaría Nacional de Drogas, con recursos provenientes del Fondo Nacional Antidrogas. No obstante, incluso antes que el gobierno federal, los estados y municipios ya compraban vacantes en las CT, a pesar de las críticas al financiamiento público⁸. Este tipo de apoyo financiero caracteriza la terciarización de las actividades del programa, lo cual, además de ser un error, reflejaría cierta debilidad del poder público por el no cumplimiento de lo que prevé la política de salud mental, pues la exigua cantidad de CAPS de Alcohol y Drogas torna a las CT una salida fácil para los gestores públicos²⁴. Este financiamiento público a las CT ha sido criticado por los Consejos Federales de Psicología y de Servicio Social⁷.

Damas¹⁴, en base a su formación en Psiquiatría y a su trabajo voluntario en CT, realizó un análisis descriptivo de las CT desde el punto de vista histórico, sociológico y de la salud colectiva, a partir de una lectura del problema actual de las drogas, en especial del crack, y del papel de las CT desde la perspectiva de la salud pública y colectiva. Las CT fueron analizadas bajo la mirada fenomenológica e histórico-social, procurando situar su presencia actual en Brasil y su correlación con la política pública nacional sobre drogas.

Así, entre sus conclusiones, se destacan: 1) las CT son la solución más accesible para el tratamiento de la mayoría de los brasileños afectados por las drogas, considerándose que reciben a individuos con un patrón más grave de dependencia química relacionados con problemas de orden social, como pobreza, menor grado de instrucción, subempleo, desempleo, baja calificación profesional, problemas comunitarios y familiares, y problemas con la justicia; 2) se encuentran en franca expansión y son responsables del tratamiento de más de la mitad de los usuarios en el país; 3) negar la existencia de las CT como una medida ampliamente utilizada en nuestro medio para la atención de los dependientes químicos sería aún más grave que sólo defenderlas o aprobarlas radicalmente; 4) aún faltan estudios acerca de este dispositivo en Brasil, y los estudios internacionales son escasos y con diversas fallas metodológicas¹⁴.

Por solicitud de la Secretaría Nacional de Políticas sobre Drogas, recientemente el IPEA realizó una amplia e inédita investigación científica sobre el perfil de las CT⁷⁻⁹. El método adoptado incluyó un abordaje cuantitativo, que consistió en el examen de 500 CT, y cualitativo, de estudios etnográficos en diez unidades. Los resultados parciales abordan los cuestionamientos y las críticas efectuadas al modelo de las CT, como su vínculo con iglesias y organizaciones religiosas, los métodos y prácticas terapéuticas adoptados y las medidas disciplinarias impuestas a los internos. En relación con estos tres aspectos, se constató que prevalecen las CT vinculadas a organizaciones religiosas, que es significativo el uso de métodos y técnicas científicas (uso de medicamentos, psicoterapias individuales o en grupo) y que hay una expresiva convergencia de métodos y actividades rutinarias entre las CT.

Esto sugiere cierto grado de estandarización del modelo, que la laborterapia está escasamente direccionada a la preparación de los acogidos para el mercado de trabajo y, finalmente, que la crítica a las CT como “unidades de privación de la libertad” tal vez sea levemente exagerada, aunque tengan lugar restricciones importantes que lesionan algunos derechos civiles y humanos^{10,21}. Esta investigación viene a sumarse a las poquísimas iniciativas similares, además de penetrar en un campo de políticas públicas marcado por el prejuicio y la desinformación^{7,9}.

Actuación de la vigilancia sanitaria en las comunidades terapéuticas

Históricamente, la Visa es una de las más antiguas prácticas de salud pública del mundo moderno

y, más recientemente, ha ampliado enormemente sus funciones, responsabilidades y atribuciones. Sus acciones son esencialmente preventivas y, en consecuencia, abarcan todas las prácticas médico-sanitarias, como promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud²⁵, características esenciales para la seguridad y el bienestar de los dependientes acogidos en las CT.

El Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria brasileño está integrado por las respectivas agencias estatales y municipales, que actúan de forma descentralizada, con énfasis en la política de municipalización de las acciones de salud²⁶. Así, su desafío es ser, de hecho, una práctica abocada a la calidad de vida y de salud de la población y ser asumida como una importante actividad de planificación y programación de salud en el municipio.

Si al actuar en cumplimiento de sus funciones la Visa puede perjudicar intereses económicos, su no intervención, incluso por su poder policial, cuando es necesario, puede traer perjuicios a los intereses de la salud de la colectividad²⁷, lo que evidencia su importancia primaria de la defensa y el cuidado de la población, como se identifica en la RDC 29/2011¹¹. En este sentido, con su municipalización, la Visa debe ser un componente de la atención integral de la salud, y por este motivo es necesario incluirla en la planificación de todas las acciones programáticas de salud por parte de las políticas públicas pertinentes²⁸.

Oliveira y Dallari²⁸ afirman que la participación de la sociedad en la elaboración de las políticas de protección y promoción de la salud debe ser uno de los pilares de la construcción de la ciudadanía y que, la ViSa, principalmente en la esfera local, debe aproximarse a los consejos de salud como espacios públicos capaces de legitimar y dar transparencia a sus acciones. De esta forma, será posible construir la ciudadanía al mismo tiempo que asegurar el derecho a la protección de la salud. Claramente, es en este nivel que se espera una relación más productiva y ética de la ViSa con las CT, dado que ambas están situadas en los municipios.

Por su parte, según el IPEA⁷, el 44% de las CT tienen dirigentes que integran los Consejos de Políticas de Drogas (o análogos) en sus municipios, y un 40,6% de éstas forman parte de los Consejos Municipales de Asistencia Social, representando una expresiva integración de las CT en los foros de decisión de las políticas públicas municipales. Se espera, así, que la participación de las representaciones sociales en los consejos pueda fomentar un proceso de real avance en las prácticas de la ViSa, incluyendo allí las cuestiones éticas pertinentes, de enorme importancia para la salud y la calidad de vida de la población²⁴. Para ello, se recomienda que los

miembros de los consejos de salud, en sus diferentes niveles, tengan una formación básica en Bioética²⁹, tendiendo a la maduración de la consciencia pública para llevar a las personas involucradas a adoptar orientaciones éticas adecuadas³⁰.

Por esta razón, Costa³¹ plantea que las CT, anteriormente vinculadas con fines de convenios y asociaciones con la asistencia social, migraron hacia el área de la salud, pues la dependencia química es vista actualmente como una cuestión de salud pública. Sin embargo, se pregunta si la salud está preparada para recibirlos, relacionarse con ellas, capacitarlas y asesorarlas. El manual de la ViSa de São Paulo³², elaborado por el Consejo Estadual de Políticas sobre Drogas, admite que muchas CT desconocen los estándares sanitarios establecidos. En este sentido, se completa aduciendo que la ViSa debería dar oportunidades educativas a los dirigentes y técnicos de las CT para que comprendan los requisitos legales, en especial sobre las acciones de mejora de la calidad del cuidado y de la seguridad de los acogidos. Se recuerda que el papel educativo de la ViSa forma parte de sus responsabilidades como ente del Estado²⁷.

En este requisito se incluye la responsabilidad del Estado en la ejecución de los mecanismos sanitarios correspondientes para la seguridad de los dependientes. Esto porque no basta crear normas que regulen las condiciones higiénico-sanitarias, sino que es preciso darles practicidad y control, basados no sólo en criterios técnicos y administrativos, sino también en criterios éticos y de resolutivez de los servicios ofrecidos en las CT, dado que le compete al Estado monitorear, fiscalizar y evaluar dichas entidades²⁰. Cavalcante, Bombardelli y Almeida³³ ratifican la necesidad de monitorear constantemente las normas sanitarias, dado que el permiso sanitario concedido, por sí solo, no es garantía de buenas condiciones para el bienestar y la salud de sus residentes, y concluyen que hay mucho por desarrollar para mejorar las cuestiones sanitarias en las CT.

Finalmente, se admite que es necesario establecer una agenda de investigación en ViSa integrada a la investigación en salud, con el objetivo de responder al desafío de contribuir más con el fortalecimiento de la ciudadanía y de la integralidad en la política pública de salud. Además, es necesario producir conocimiento y reflexionar sobre sus objetos de intervención²⁷. Se muestra que existe un crecimiento significativo de la producción científica en gestión de la ViSa en el período entre 2000 y 2010, pero esa producción es aún incipiente, dada la importancia del sector en la economía y en la salud de la población^{34,35}.

De esta forma, se sugiere que la Bioética sea un valioso instrumento de investigación como

apoyo a la reflexión para las actividades de la ViSa. Así, se concluye que es necesario que la ViSa, el componente del sistema de salud de mayor intersección con el Derecho³⁶, fomente estudios e investigaciones que evalúen su adecuación a los principios y directrices del SUS³⁷. Para esta tarea, se recomienda que la ViSa estimule la inclusión de parámetros bioéticos en las evaluaciones de las CT para contemplar una visión más coherente con su papel social de entidad responsable del Estado y, al mismo tiempo, incentivar la cultura evaluativa rutinaria en las CT^{18,38}.

La Bioética en las acciones de la vigilancia sanitaria

La Bioética puede ser definida según su objeto de estudio o su método y finalidad, por lo que no existe un concepto único. Este campo del conocimiento puede ser identificado como una ética aplicada. Un concepto que puede ser relacionado con los problemas éticos de las CT plantea que la Bioética es *una nueva sensibilidad humana que conduce a cuidar, velar, promover la dignidad humana, la calidad de vida*³⁹. Reconocida en su nacimiento estadounidense como una Bioética individualista, abocada a las relaciones médico-paciente, debió transformarse para adecuarse a las realidades sociales de otras regiones del mundo, cambiando el alcance de la Bioética Clínica para enfatizar la Bioética Social.

Así, hay que recurrir a la Bioética abocada a América Latina por relacionarse con las enormes desigualdades sociales y económicas, especialmente en el área de la salud. Junges⁴⁰ destaca que la Bioética tiene un encuentro marcado con la pobreza y la exclusión, pues allí reside la causa principal de los problemas de salud de nuestra población, y que un fuerte “sabor social” caracteriza a la Bioética en nuestro continente. Por lo tanto, entre nosotros, prosperó en la Bioética la necesidad de crear conductas de protección e intervención social en la perspectiva de amparo a los más desvalidos, enfatizando otros principios y referencias más apropiados para nuestras condiciones de vida.

Corroborando este pensamiento, Pessini⁴¹ admite que la realidad latinoamericana exige una perspectiva de ética social preocupada por el bien común, la justicia y la equidad, antes que, por los derechos individuales, pues la necesidad mayor en estos países pobres es de equidad en la distribución de recursos y de los servicios de salud. Para Garrafa⁴², *la ética debe dejar de ser vista como una abstracta cuestión filosófica y pasar a constar en la lista de nuestras más valiosas exigencias públicas*.

Sin embargo, relacionar la Bioética con el tema de la vigilancia sanitaria no es una tarea fácil; al contrario, es una relación difícil por la complejidad y la amplitud de la acción sanitaria⁴³.

Fortes enfatiza que *es esencial la vinculación de la ética con las prácticas de salud pública, específicamente con la Vigilancia Sanitaria, pues ésta no puede ser observada sólo desde los puntos de vista técnico, legal o administrativo. Su carácter ético es inherente, debido a que las decisiones tomadas y las acciones realizadas en su ámbito causan interferencia directa o indirecta en las personas, y en el bienestar de la vida en sociedad*⁴⁴. La ViSa debe tener como principio ético orientador el respeto por la autonomía de los individuos y de la colectividad y debe informar sus hallazgos para que los ciudadanos puedan tomar decisiones autónomas, protegiendo su salud, evitando o minimizando los perjuicios que puedan sufrir resultantes de los bienes y servicios de interés de la salud⁴⁵.

Saliendo al encuentro de estas ponderaciones, para estar comprometidas con la salud y con la mejora de la calidad de vida de la población, las acciones de la ViSa deben estar fundamentadas no sólo técnica, sino éticamente y con responsabilidad social⁴⁶⁻⁴⁸. Fortes⁴⁵ recuerda, además, que la responsabilidad ética de las acciones de la ViSa no se agota en el ahora, pues sus acciones u omisiones en el presente pueden comprometer a las futuras generaciones. Esto refuerza la importancia de que la evaluación sanitaria de las CT sea realizada de acuerdo con parámetros éticos rigurosos para que el ambiente ofrecido proporcione plenas condiciones de acoger a los dependientes, en el tiempo presente y futuro.

Completando, Garrafa²⁹ entiende que los derechos configurados en la legislación deben ser transformados para ser efectivamente materializables y alcanzar la verdadera ciudadanía. Para ello, entre otros, el principio de equidad, resaltado en el SUS y en la DUBDH, debe ser efectivamente incorporado a las políticas públicas en la disminución de las desigualdades sociales actualmente existentes²⁹. Entre los valores de la ANVISA se citan la ética y la responsabilidad como agente público, y la RDC 29/2011¹¹ dicta, entre sus exigencias, los siguientes parámetros éticos para el proceso de admisión del residente: 1) respeto por la persona; 2) confidencialidad según las normas éticas y legales, incluyendo el anonimato; 3) observancia del derecho a la ciudadanía del residente.

Sin embargo, los manuales de fiscalización del estado de São Paulo³² y las inspecciones en el Sur⁴⁹ y el Centro-Oeste del país³³ en 135 y 29 CT, respectivamente, se limitaron a la verificación formal de aspectos organizacionales, proyecto arquitectónico, infraestructura física, equipamientos, materiales y

recursos humanos, sin especificar cuestiones éticas relacionadas con el ofrecimiento de los cuidados y servicios de las CT. Parece, así, que, con relación a las inspecciones en las CT, pasar de enunciados teóricos a las prácticas corrientes es un salto que exige mucho más que intención y deseo, pues es necesario que la ViSa tenga instrumentos regulatorios y manuales que contemplen los principios bioéticos en una lógica de la acción colectiva para una inspección éticamente adecuada.

Por lo tanto, para ejecutar tales acciones, la ViSa debe tomar en consideración el uso de referencias éticas que proporcionen el debido sustento⁵⁰. Para ello, se recomienda que los gestores y técnicos, en sus diferentes niveles, tengan una formación básica en Bioética^{29,51}, actividad fundamental para sensibilizar y capacitar a los equipos para adoptar una visión ética de las inspecciones en las CT. En otras palabras, es necesario proporcionar la maduración de una conciencia pública para llevar a las personas involucradas en las decisiones a adquirir orientaciones éticas correctas³⁰. Se recupera aquí la propuesta de la creación de Comités Intermunicipales de Bioética⁵², que, si se efectiviza, podría ser el centro de capacitación básica en Bioética para los integrantes de los consejos municipales y técnicos de las agencias locales de la ViSa y de la red de atención básica de la salud, cuya acción podrá fortalecer el control social del sistema sanitario⁴⁸.

La responsabilidad social de las organizaciones públicas y privadas se tornó relevante gracias al abordaje ético que les ha sido atribuido, sobre todo cuando se incorpora en el ámbito de su acción de forma tal de atender las demandas de la sociedad⁵³. Las instituciones son bioéticamente responsables cuando basan su actuación en el respeto a los valores, la dignidad y la integridad tanto del ser humano como de la vida, de la salud y del medioambiente. Para tener impacto, estas actitudes institucionales necesitan, sobre todo, actuar sobre la protección de la salud, de los derechos y de la dignidad humana y estar insertas en la orientación, formulación e implementación de políticas públicas⁵³.

La Bioética sanitaria defiende como moralmente justificable, entre otras posiciones éticas, la priorización de políticas públicas que privilegien al mayor número de personas, por el mayor tiempo y con las mejores consecuencias. Además, en la perspectiva privada e individual existe la necesidad de reanalizar los diferentes dilemas como el de la autonomía × justicia/equidad; beneficios individuales × beneficios colectivos; individualismo × solidaridad; omisión × participación; y cambios superficiales × transformaciones concretas y permanentes⁵⁴.

La propuesta de adopción de la DUBDH para las acciones de la ViSa en las CT

Garrafa ⁵⁵ destaca que la agenda bioética del siglo XXI se amplió definitivamente con la publicación de la DUBDH ¹, dado que proporcionó diversas posibilidades de actuación por la incorporación de los campos sanitario, social y ambiental. Desde el punto de vista político, la Declaración, que tiene un valor jurídico interno concreto, provee herramientas suficientes para aquellos que aspiran a una Bioética más próxima a los problemas y dilemas de la vida cotidiana de las grandes masas de la población mundial ⁵⁶. Estas cuestiones se ejemplifican en aquellas vivenciadas en las CT por los gestores y los residentes, lo que expresa la razonabilidad de la aproximación ética a los principios de la DUBDH.

Por su parte, los gestores públicos tienen la obligación ética de fundamentar sus decisiones en una cuidadosa deliberación que incluya a los trabajadores, los productores y los usuarios. En este sentido, la comunidad, por medio de la participación social, constituye un importante agente colaborador para que la ViSa defina sus mecanismos de construcción de la ciudadanía ^{45,48}. Reforzando esta aproximación, se persiguen los pilares de la construcción del SUS, en los que el derecho a la salud, la integralidad, la universalidad y la equidad son enunciados que salen al encuentro de la DUBDH. En consonancia, la Declaración, además de disputar la igualdad entre los seres humanos, propone la equidad como elemento esencial de la vida y de la salud de las personas, estimulando esfuerzos y estudios que tengan a estos niveles como horizonte de su actuación ⁵⁷.

A pesar de que existen controversias con relación a la inserción de los Derechos Humanos en la DUBDH, los derechos sociales y ambientales que pregona tuvieron una amplia receptividad ⁵⁸. Nótese, sin embargo, que, en determinadas situaciones, como en la construcción de la Resolución CNS 466/2012, que regula la ética en investigación en Brasil, la DUBDH no sirvió como fuente inspiradora ⁵⁹. En relación a eso, para Bergel ⁵⁶, la Declaración posee escaso valor en relación a otros documentos internacionales. A pesar de esas afirmaciones, la DUBDH representa un importante consenso internacional sobre los principios fundamentales de la Bioética, incluso presentando aún varios desafíos para garantizar su implementación efectiva ⁶⁰.

De acuerdo con Ten Have ⁶¹, la DUBDH es fruto de un esfuerzo global, razón por la cual las definiciones de términos cruciales no fueron incluidas por ser específicas de cada país. Esto sale al encuentro de otras observaciones que reconocen sus limitaciones, pero refuerzan su valor para la práctica de la Bioética, sobre todo en países sin una estructura

ética adecuada ⁶², por respetar diferentes culturas ^{63,64}. Neves ⁶⁵ ubica a la DUBDH en la “cuarta generación” de Derechos Humanos y destaca que contienen principios que se concentran en el plano social, reforzados por la globalización de la Bioética.

En Brasil, se verificó que las referencias éticas de la Declaración se vinculan con los principios del SUS ⁶⁶ y que las referencias sociales y ambientales se relacionan en muchos aspectos con la ética universal de Paulo Freire. Esto inaugura la perspectiva de su análisis conjunto en la discusión ética y política en los países en desarrollo ⁶⁷, constatándose que en el continente latinoamericano la DUBDH viene teniendo una aceptación creciente ⁵⁷. No bastando con estas consideraciones sobre la aplicabilidad de la DUBDH, sólo el hecho de que diferentes investigadores latinoamericanos, sobre todo de Brasil, desempeñaron un importante papel en su aprobación debería ser un factor motivacional para su absorción por parte de los poderes y organismos de la esfera pública nacional ⁶⁸.

La inclusión de los determinantes sociales y económicos de la salud y de la vida en la DUBDH puede ser descripta como una apertura de la Bioética a la política. Al tratar el tema “Responsabilidad social y salud”, el Artículo 14 de la DUBDH es una pieza indispensable para responder a los conflictos éticos en la salud pública ⁶⁹. En el mismo sentido, Hossne, Pessini y Barchifontaine ⁵¹ plantean que la Bioética puede y debe articularse con la política, pero no con la política partidaria, de grupos, dogmas, ataduras, y acuñan el término “bioetizar” la política, es decir, la política en el sentido filosófico debe fundamentarse en la ética y en la Bioética. Sobre este asunto, de forma enfática, Ten Have ⁶¹ afirma que las bioéticas y las biopolíticas no pueden ser separadas, y Bolonheis-Ramos y Boarini ⁷⁰ proponen que las cuestiones de cuño político-económico deben considerar la problemática del uso de sustancias psicoactivas.

Garrafa y colaboradores ⁵⁰ concluyen que los organismos y los técnicos que trabajan con actividades de regulación, como es el caso de la ViSa, pueden aprovechar, en su ejercicio profesional, los principios y referencias bioéticos, en especial de la DUBDH, ampliando sus abordajes para el campo sanitario y social. Así, con la adopción de los principios bioéticos de la DUBDH por parte del gobierno brasileño, se comenzó a incluir nuevos temas en las conductas de los gestores e interesados, como la privacidad y la confidencialidad, la igualdad, la justicia y la equidad, la no discriminación y la no estigmatización, el respeto por la diversidad cultural y por el pluralismo, la solidaridad y la cooperación, la responsabilidad social y de salud y la protección de las generaciones futuras ⁵⁰, comprendiendo todas las dimensiones abarcadas por la Bioética ⁶⁵.

Estos principios pueden servir de orientación ética en el abordaje de las acciones regulatorias de carácter preventivo e intervencionista, como ocurre con la ViSa en la condición de sector público responsable del control sanitario de los servicios de salud⁵⁰. Es posible también extenderlos a las inspecciones sanitarias en las CT, por ser acciones de vigilancia en salud pública⁷¹.

Por estas razones, la DUBDH fue priorizada en este abordaje sobre las políticas públicas sanitarias y las CT, pues la mayoría de sus artículos pueden ser relacionados con funciones de la ViSa. Por ejemplo, la DUBDH se presenta como un marco para la Bioética por incluir aspectos de la vulnerabilidad y de la responsabilidad social, orientados por principios éticos que respeten la dignidad humana, los Derechos Humanos y las libertades fundamentales⁷². Esta condición está marcadamente presente entre los residentes de las CT, teniendo en cuenta que, históricamente, la mayoría de ellos se trata de personas provenientes de segmentos vulnerabilizados por la pobreza^{14,31}.

Le compete también a la ViSa establecer parámetros para la adopción de equipamientos y tecnologías para el sistema de salud y crear mecanismos para el monitoreo de los efectos adversos de los recursos tecnológicos, además de la evaluación y el gerenciamiento adecuado del riesgo, preocupaciones introducidas en los Artículos 4° y 20° de la DUBDH, respectivamente⁷³. El análisis del primero de ellos remite a la visión de la ética utilitarista, ya que se trata de maximizar beneficios y minimizar daños, mientras que el último posibilita la visión de que la ética posee recursos intelectuales suficientes para abordar el tema con racionalidad en la búsqueda de soluciones justas⁷⁴.

Otros puntos de la DUBDH también son significativos, destacándose el Artículo 10, que puede ser considerado un estímulo ético a las acciones de la ViSa en las CT, pues refuerza que *la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y en derechos debe ser respetada para que estos sean de forma justa y equitativa*¹. Como explica Berlinguer⁷⁵, el derecho a la salud no puede ser entendido en términos de igualdad, sino de equidad, la cual consiste en crear o favorecer, para cada individuo, la posibilidad de perseguir y de alcanzar el nivel necesario de salud que le es propio. Es en la óptica de estas definiciones bioéticas que la ViSa debe utilizar la DUBDH en la supervisión de las CT, de modo tal de promover acciones de mayor eficacia, justas y equitativas con relación a los residentes.

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de la ViSa se refiere a sus relaciones internacionales en la protección y la seguridad de la población, se identifica en la DUBDH la recepción de esta actitud de cooperación internacional. Esto porque, en su Artículo 24, la

Declaración proclama que *los Estados deben apoyar la difusión internacional de la información científica y alentar la libre circulación y la posibilidad de compartir conocimientos científicos y tecnológicos*¹. Es factible insertar en este contexto la investigación de apoyo ético a las acciones de la ViSa con relación a los organismos internacionales ligados a las CT en varias partes del planeta, en la que funcionan en estrecha articulación con los poderes ejecutivos. Son un ejemplo de ello la *World Federation of Therapeutic Communities*, la *European Federation of Therapeutic Communities* y sus congéneres de la vigilancia sanitaria en el mundo.

Tal vez el único artículo de la DUBDH que no se correlaciona, en Brasil, con ningún campo de las políticas públicas en salud sea el 19, que recomienda la creación de comités de Bioética y la educación, sensibilización y movilización del público en esa materia. Esto porque, lamentablemente, Brasil aún no posee un Comité Nacional de Bioética, a pesar de que las propuestas hayan sido presentadas hace muchos años^{76,77}. Caetano y Garrafa⁷⁸ llaman la atención acerca de la necesidad de difundir la DUBDH, como se plantea en su Artículo 22, y concluyen que la declaración no llega al público y a las esferas de los diferentes poderes para que sus parámetros éticos sean puestos en práctica por los individuos, las comunidades y los países.

Si tal anhelo fuera alcanzado, será posible proporcionar una construcción de políticas públicas para el país basadas en las recomendaciones bioéticas de la DUBDH⁷⁸, inclusive aquellas vinculadas con las acciones de la ViSa en relación con las CT. Por este motivo, se vuelve a lamentar la ausencia en Brasil de un Comité Nacional de Bioética, por ser éste un importante mecanismo de difusión de la DUBDH en la concientización de los parámetros éticos para las instituciones y la población⁷⁹⁻⁸¹. Además, se enfatiza la importancia de la educación en materia de ética en salud pública⁸², como destacan de forma enfática Kanekar y Bitto: *en la era actual de los desafíos de la salud pública enfrentados nacional e internacionalmente, tener profesionales de salud pública no preparados éticamente es, posiblemente, inmoral y antiético, y pone en riesgo la salud de la población*⁸³.

Consideraciones finales

En conclusión, se propone que la ViSa adopte acciones de salud en la óptica de su papel preventivo de protección de los dependientes de sustancias psicoactivas en las CT, incorporando los principios de la Bioética social de la *Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos*¹ por ser éste un instrumento capaz de enriquecer las evaluaciones sanitarias.

Referências

1. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal de bioética e direitos humanos [Internet]. Genebra: Unesco; 2005 [acesso 5 set 2017]. Disponível: <http://bit.ly/1TRJFa9>
2. Jones M. A comunidade terapêutica. Petrópolis: Vozes; 1972. (Coleção Psicanálise, v. 3).
3. Leon G. A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola; 2003.
4. Sommer M. As comunidades terapêuticas: história, evolução e a modernidade no tratamento das dependências químicas. *Psique*. 2011;7:135-66.
5. Perrone PAK. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):569-80.
6. Brasil. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Comunidades terapêuticas. [Internet]. 2017 [acesso 6 fev 2017]. Disponível: <https://goo.gl/DdZVj5>
7. Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. Nota técnica nº 21. Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. mar 2017 [acesso 3 jul 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2xhZW8f>
8. Santos MPG. Comunidades terapêuticas no Brasil: contornos, funções e objetivos. *Boletim de Análise Político-Institucional do Ipea*. 2014;6:43-7.
9. Santos MPG. Comunidades terapêuticas: unidades de privação de liberdade? *Boletim de Análise Político-Institucional do Ipea*. 2016;10:39-46. p. 41.
10. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Internet]. 20 set 1990 [acesso 28 fev 2017]. Disponível: <http://bit.ly/1rVxXtc>
11. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. *Diário Oficial da União*. 1º jul 2011;(125):seção 1:62-3.
12. Sabino NDM, Cazenave SOS. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estud Psicol*. 2005;22(2):167-74.
13. Russell BJ. Ethics related to mental illnesses and addictions. In: Rudnick A, editor. *Bioethics in the 21st century*. [Internet]. Rijeka: InTech; 2011 [acesso 27 jan 2017]. p. 27-62. Disponível: <http://bit.ly/2fSgkFh>
14. Damas FB. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Rev Saúde Públ Santa Cat*. 2013;6(1):50-65.
15. Carvalho T, Melo SIL, Oliveira RJA. Comunidades terapêuticas em Santa Catarina: produção científica e controvérsias. In: Souza ML, Scarduelli P, organizadores. *Comunidades terapêuticas: cenário de inovação em Santa Catarina*. Florianópolis: Insular; 2015. p. 49-56.
16. Serrano AI, Rotava DS, Lemos T. A interface das comunidades terapêuticas com a rede pública de saúde. In: Souza ML, Scarduelli P, organizadores. *Op. cit.* p. 61-75.
17. Cetolin SF, Trzcinski C, Pinheiro E, Cetolin SK. Políticas públicas sobre drogas. In: Cetolin SF, Trzcinski C, organizadoras. *A onda das pedras: crack e outras drogas*. Porto Alegre: EdIPUCRS; 2013. p. 75-90.
18. Vanderplasschen W, Colpaert K, Autrique M, Rapp RC, Pearce S, Broekaert E *et al*. Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *Scientific World Journal*. [Internet]. 2013 [acesso jan 2017]. DOI:10.1100/2013/427817
19. Vanderplasschen W, Vandevelde S, Broekaert E. Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges [Internet]. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2014 [acesso 24 set 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2wxP6GF>
20. Oliveira RJA, Schlichting AT, Melo SIL. Instrumentos jurídicos. In: Souza ML, Scarduelli P, organizadores. *Op. cit.* p. 145-50.
21. Serrano AI, Lemos T, Alano JS. Comunidades terapêuticas: fundamentos teóricos e modelos. In: Souza ML, Scarduelli P, organizadores. *Op. cit.* p. 77-93.
22. Benevides C. Institucionalização das Comunidades Terapêuticas. In: Souza ML, Scarduelli P, organizadores. *Op. cit.* p. 122-33.
23. Souza ML. O projeto de inovação na atenção aos dependentes de substâncias psicoativas em Santa Catarina. In: Souza ML, Scarduelli P, organizadores. *Op. cit.* p. 2-41.
24. Ribeiro FML, Minayo MCS. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface Comun Saúde Educ*. 2015;19(54):515-26.
25. Costa EA, Rozenfeld S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: Rozenfeld S, organizadora. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 15-40.
26. De Seta MH, Dain S. Construção do sistema brasileiro de vigilância sanitária: argumentos para debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3 Suppl):3307-17.

27. Silva ACP, Pepe VLE. Vigilância sanitária: campo de promoção e proteção da saúde. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 819-49. p. 6.
28. Oliveira AMC, Dallari SG. Vigilância sanitária, participação social e cidadania. Saúde Soc. 2011;20(3):617-24.
29. Garrafa V. Bioética. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Op. cit. p. 853-69.
30. Velázquez L. La necesidad de un espacio propio para la bioética en los medios de comunicación. Studia Bioethica. 2016;8(1):13-9.
31. Costa SF. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química. Serviço Social em Revista. [Internet]. 2009 [acesso 16 ago 2017]. 11(2):14p. Disponível: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v11n2.htm>
32. São Paulo. Governo do Estado. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas. Manual das comunidades terapêuticas 2014: orientação para instalação e funcionamento das comunidades terapêuticas no Estado de São Paulo. São Paulo: Coned; 2014. p. 5
33. Cavalcante LD, Bombardelli MED, Almeida RJ. Condições sanitárias de comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química. Vigil Sanit Debate. 2016;4(2):44-50.
34. Pepe VLE, Noronha ABM, Figueiredo TA, Souza AAL, Oliveira CVS, Pontes DM Jr. A produção científica e grupos de pesquisa sobre vigilância sanitária no CNPq. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(3 Suppl):3341-50.
35. Steinbach A, Schwengber LMK, Martins C, Dutra A, Venâncio D. Mapeamento da produção científica em gestão da vigilância sanitária no período 2000 a 2010. Revista Eletrônica de Gestão & Saúde. 2012;3(3): 919-40.
36. Lima YOR, Costa EA. O processo administrativo no âmbito da vigilância sanitária. In: Costa EA, organizadora. Vigilância sanitária: temas para debate. [Internet]. Salvador: Edufba; 2009 [acesso 3 ago 2017]. p. 195-218. p. 195. Disponível: <http://bit.ly/2xhFBQH>
37. Pinto ICM. Reforma gerencialista e mudança na gestão do sistema nacional de vigilância sanitária. In: Costa EA, organizadora. Vigilância sanitária: temas para debate. [Internet]. Salvador: Edufba; 2009 [acesso 3 ago 2017]. p. 171-94. p. 188.
38. Silva MAR. Comunidade terapêutica: na mão ou na contramão das reformas sanitária e psiquiátrica? [dissertação]. Florianópolis: UFSC; 2013.
39. Schlemper BR Jr. Contribuição da bioética ao acolhimento nas comunidades terapêuticas. In: Souza ML, Scarduelli P, organizadores. Op. cit. p. 102-20. p. 105.
40. Junges JR. Bioética: perspectivas e desafios. São Leopoldo: Unisinos; 1999.
41. Pessini L. Bioética na América Latina: algumas questões desafiantes para o presente e futuro. In: Brustolin LA, organizador. Bioética: cuidar da vida e do meio ambiente. São Paulo: Paulus; 2010. p. 11-30. p. 17.
42. Garrafa V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética e saúde pública. São Paulo: Loyola; 2003. p. 49-61. p. 60.
43. Garrafa V, Mello DR, Porto D, organizadores. Bioética e vigilância sanitária. Brasília: Anvisa; 2007. p. 7.
44. Fortes PAC. Vigilância sanitária, ética e construção da cidadania. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO. Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 61-9. p. 62.
45. Fortes PAC. Op. cit.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Comissão Organizadora Tripartite do Ciclo de Debates em Vigilância Sanitária 2015. Ciclo de debates em vigilância sanitária: desafios e tendências: de qual vigilância sanitária a sociedade precisa? Brasília: Anvisa; 2015.
47. Eduardo MBP, Miranda ICS. A ética no exercício da vigilância sanitária e o compromisso com a saúde pública. In: Eduardo MBP, Miranda ICS. Vigilância sanitária. [Internet]. São Paulo: Fundação Itaú/IDS/MS/NAMH/FSP-USP, [acesso 17 ago 2017]. (Saúde & Cidadania, nº 8). Disponível: <http://bit.ly/2z0Qfbo>
48. O'Dwyer G, Tavares MFL, De Seta MH. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. Interface Comun Saúde Educ. 2007;11(23):467-84.
49. Santa Catarina. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Sanitária. Avaliação das condições higiênico-sanitárias das comunidades terapêuticas no estado de Santa Catarina: versão 2012. [Internet]. Florianópolis: Gefes; 2012 [acesso 22 ago 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2fL9gpZ>
50. Garrafa V, Amorim K, Garcia T, Manchola C. Bioética e vigilância sanitária. Rev Direito Sanit. 2017;18(1):121-39.
51. Hossne WS, Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. Bioética no século XXI: anseios, receios e devaneios. São Paulo: Loyola; 2017.
52. Petry P, Conte K, Bonamigo EL, Schlemper BR Jr. Comitê de bioética: uma proposta para a atenção básica à saúde. Bioethikos. 2010;4(3):258-68.

53. Lomelí DV. La responsabilidad bioética en las instituciones gubernamentales. In: Fernández DG, coordinadora. La responsabilidad bioética en las empresas e instituciones. México: Universidad Anáhuac México; 2017. p. 77-87.
54. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. O Mundo da Saúde. 2002 jan-mar; 26(1):6-15.p. 7.
55. Garrafa V. Proteção e acesso à saúde como um bem social. In: Hellmann F, Verdi M, Gabrielli R, Caponi S, organizadores. Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos. 2ª ed. Curitiba: Prismas; 2013. p. 33-49.
56. Bergel SD. Ten years of the universal declaration on bioethics and human rights. Rev. bioét. (Impr.). 2015;23(3):446-55.
57. Porto D. A importância da declaração universal de bioética e direitos humanos para a América Latina. Revista Redbioética/Unesco. 2014;1(9):65-70.
58. Oliveira AAS. A declaração universal sobre bioética e direitos humanos e a análise de sua repercussão teórica na comunidade bioética. Revista Redbioética/Unesco. 2010;1(1):124-39.
59. Rippel JA, Medeiros CA, Maluf F. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos e Resolução CNS 466/2012: análise comparativa. Rev. bioét. (Impr.). 2016;24(3):603-12.
60. Freckelton I. The universal declaration on bioethics and human rights. J Law Med. 2008;16(2):187-92.
61. Ten Have H. Global bioethics: an introduction. New York: Routledge; 2016. p. 99-112.
62. Stanton-Jean M. The Unesco universal declarations: paperwork or added value to the international conversation on bioethics? The example of the Universal declaration on bioethics and human rights. In: Bagheri A, Moreno JD, Semplici S, editores. Global bioethics: the impact of the Unesco international bioethics committee. Cham: Springer; 2016. p. 13-21.
63. Magnus R. The universality of the Unesco universal declaration on bioethics and human rights. In: Bagheri A, Moreno JD, Semplici S, editores. Op. cit. p. 29-42.
64. Andorno R. Global bioethics at Unesco: in defence of the universal declaration on bioethics and human rights. J Med Ethics. 2007;33(3):150-4.
65. Neves MCP. O admirável horizonte da bioética. Lisboa: Glaciari; 2016. p. 56
66. Rodrigues BMRD, Peres PLP, Clos AC. Repensando a declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Rev Enferm UERJ. 2015;23(6):725-6.
67. Santos IL, Garrafa V. Análise da declaração universal sobre bioética e direitos humanos da Unesco à luz da ética de Paulo Freire. Revista Redbioética/Unesco. 2011;1(3):130-5.
68. Barbosa SN. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos da Unesco e a participação brasileira na sua construção. In: Barbosa SN. A bioética no estado brasileiro: situação atual e perspectivas futuras. [dissertação]. Brasília: UnB; 2009. p. 32-42.
69. Porto D, Garrafa V. A influência da reforma sanitária na construção das bioéticas brasileiras. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(1 Suppl):719-29.
70. Bolonheis-Ramos RCM, Boarini ML. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos. 2015;22(4):1231-48.
71. De Seta MH, Reis LGC, Delamarque EV. Gestão da vigilância à saúde. 2ª ed. Florianópolis: UFSC; Brasília: Capes; UAB; 2012.
72. Cruz MR, Oliveira SLT, Portillo JAC. A declaração universal sobre bioética e direitos humanos: contribuições ao Estado brasileiro. Rev. bioét. (Impr.). 2010;18(1):93-107.
73. Barreto ML. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. In: Costa EA, organizadora. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: Edufba; 2008. p. 91-106.
74. Cortina A, Martínez E. Ética. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2009.
75. Berlinguer G. Bioética cotidiana. Brasília: Editora UnB; 2004. p. 257-8.
76. Corrêa APR, Garrafa V. Conselho nacional de bioética: a iniciativa brasileira. Revista Brasileira de Bioética. 2005;1(4):402-16.
77. Garrafa V, Ten Have H. National bioethics council: a Brazilian proposal. J Med Ethics. 2010;36(2):99-102.
78. Caetano R, Garrafa V. Comunicação como ferramenta para divulgar e promover a declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Rev. bioét. (Impr.). 2014;22(1):34-44.
79. Martin JF. The national bioethics committees and the universal declaration on bioethics and human rights: their potential and optimal functioning. In: Bagheri A, Moreno JD, Semplici S, editores. Op. cit. p. 125-36.
80. Lee LM. National bioethics commissions as educators. Hastings Cent Rep. 2017;47(3 Suppl):S28-30.
81. Kaebnick GE. Public practices and personal perspectives. Hastings Cent Rep. 2017;47(1 Suppl):S2-3.
82. Doudenkova V, Bélisle-Pipon JC, Ringuette L, Ravitsky V, Williams-Jones B. Ethics education in public health: where are we now and where are we going? International Journal of Ethics Education. 2017;2(2):109-24.
83. Kanekar A, Bitto A. Public health ethics related training for public health workforce: an emerging need in the United States. Iran J Public Health. 2012;41(4):1-8. p. 1.

