



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CÁTEDRA UNESCO DE BIOÉTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

PLÍNIO JOSÉ CAVALCANTE MONTEIRO

**BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA: JUSTIÇA E EQUIDADE NO
ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE**

BRASÍLIA – DF

2019

PLÍNIO JOSÉ CAVALCANTE MONTEIRO

**BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA: JUSTIÇA E EQUIDADE NO
ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE**

Tese apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Doutor em
Bioética pelo Programa de Pós-
Graduação em Bioética da Universidade
de Brasília – UnB

Orientador: Prof.Dr. Volnei Garrafa

BRASÍLIA – DF

2019

Monteiro, Plínio José Cavalcante Monteiro

Bioética e Saúde Pública: justiça e equidade no acesso aos cuidados de saúde, Brasília, 2019.

Orientador: Volnei Garrafa

Tese (doutorado). Universidade de Brasília/Programa de Pós-Graduação em Bioética, 2019.

120pp.

1. Bioética. 2. Saúde Pública. 3. Justiça. 4. Equidade. 5. Acesso aos Cuidados de Saúde.

I. Monteiro, PJC; Garrafa, V. II. Bioética e Saúde Pública: justiça e equidade no acesso aos cuidados de saúde.

PLÍNIO JOSÉ CAVALCANTE MONTEIRO

**BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA: JUSTIÇA E EQUIDADE NO
ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE**

Tese apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Doutor em
Bioética pelo Programa de Pós-
Graduação em Bioética da Universidade
de Brasília – UnB

Orientador: Prof.Dr. Volnei Garrafa

Defesa e aprovação em: ___/___/2019

BANCA EXAMINADORA

Volnei Garrafa – Presidente
Universidade de Brasília

Fermin Roland Schramm
Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz

Natan Monsores de Sá
Universidade de Brasília

Camilo Hernan Manchola Castilho
Universidade de Brasília

Monique Teresinha Pyrrho de Souza Silva
Suplente

DEDICATÓRIA

O anjo mais velho

Enquanto houver você do outro lado
Aqui do outro eu consigo me orientar
A cena repete, a cena se inverte
Enchendo a minha alma daquilo que outrora eu
Deixei de acreditar

Tua palavra, tua história
Tua verdade fazendo escola
E tua ausência fazendo silêncio em todo lugar

Metade de mim
Agora é assim
De um lado a poesia, o verbo, a saudade
Do outro a luta, a força e a coragem pra chegar no fim
E o fim é belo incerto, depende de como você vê
O novo, o credo, a fé que você deposita em você e só

Só enquanto eu respirar
Vou me lembrar de você
Só enquanto eu respirar

O Teatro Mágico

Dedico esta tese à minha querida esposa Ana Cristina,
por seu amoroso carinho, por suas palavras de apoio e
por sua agradável companhia em diversas viagens.

AGRADECIMENTOS

O espaço dedicado aos agradecimentos não faz justiça ao tamanho da gratidão que devoto a todos que, direta ou indiretamente, participaram de minha trajetória e da elaboração desta Tese de Doutorado.

Ao Prof.Dr. Volnei Garrafa, meu estimado orientador, pela inspiradora orientação, prazerosa convivência e instigante oportunidade de desenvolvimento intelectual.

À minha família: meu saudoso pai Plínio Monteiro, minha mãe-guerreira Maria das Graças, meus queridos irmãos Luís Olavo e Karen Valeska, minhas amadas filhas Lídia, Luísa e Gabriela e meu filhote do coração Marcelo Eduardo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, particularmente Miguel Ângelo Montagner, Claudio Lorenzo, Natan Monsores e José Dórea, que com seus conhecimentos e plena dedicação colaboraram nesta importante etapa de minha formação acadêmica.

A todos os colegas e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, pela fraterna amizade e maravilhosa convivência, sobretudo, por compartilhar sentimentos e esperanças neste sonho coletivo.

Aos meus caros alunos e meus queridos colegas professores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, por serem compreensivos com as minhas eventuais ausências e por incentivarem minha busca por uma formação acadêmica de excelência.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	01
RESUMO	02
ABSTRACT	03
1. INTRODUÇÃO	04
2. MÉTODO	09
3. BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA: DIÁLOGO NECESSÁRIO	11
4. JUSTIÇA E EQUIDADE	21
5. ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE	27
6. ANÁLISE DAS OBRAS E DOS DISCURSOS BIOÉTICOS	37
6.1. O princípio do consentimento em Engelhardt	38
6.2. O princípio da justiça em Beauchamp e Childress	48
6.3. A equidade sanitária em Norman Daniels	63
6.4. A Bioética de Proteção de Schramm e Kottow	69
6.5. A Bioética de Intervenção de Garrafa	76
7. DISCUSSÃO	90
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	109

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AL – América Latina

BI – Bioética de Intervenção

BP – Bioética de Proteção

CF – Constituição Federal

CDSS – Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde

CIB – Comitê Internacional de Bioética

CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

CSDH – *Commission on Social Determinants of Health*

DUBDH – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

EEUU – Estados Unidos da América

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca”

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FONASA – *Fondo Nacional de Salud*

IAB – *International Association of Bioethics*

IBC – *International Bioethics Committee* da UNESCO

ISAPRE – *Instituciones de Salud Previsional*

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PIB – Produto Interno Bruto

SNSS – *Sistema Nacional de Servicios de Salud*

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UHC – *Universal Health Coverage*

UHS – *Universal Health System*

UN – *United Nations*

UnB – Universidade de Brasília

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

USP – Universidade de São Paulo

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Um dos mais difíceis conflitos do mundo democrático contemporâneo continua sendo como conciliar ou garantir direitos iguais a todos em uma sociedade permanentemente desigual e, conseqüentemente, injusta. Esta problemática é mais complexa e desafiadora quando lidamos com as questões sanitárias e sua relação com as flagrantes iniquidades socioeconômicas e a permanente escassez de recursos financeiros destinados ao setor. O acesso aos cuidados de saúde, mediante prestação de cuidados aos pacientes, é missão nuclear no funcionamento dos sistemas de saúde. Adequados cuidados de saúde prestados aos pacientes são um aspecto fundamental do direito à saúde que merecem atenção como uma questão de direitos humanos. As políticas de saúde podem promover ou violar os direitos humanos, incluindo o direito à saúde, dependendo da forma como são concebidas e/ou executadas. Assim, discriminações no acesso ou na prestação dos serviços de saúde violam os direitos humanos. Adotar medidas para garantir e proteger os direitos humanos é responsabilidade precípua do Estado no que se refere ao setor da saúde, a fim de corrigir desigualdades, iniquidades e práticas discriminatórias, garantindo saúde de qualidade para todos. A presente tese configurou-se em um estudo teórico, com abordagem hermenêutica, adotando a técnica da pesquisa bibliográfica, mediante identificação e leitura das obras de referência (livros, capítulos de livros e artigos) dos autores estudados – Hugo Tristram Engelhardt Jr.; Tom Beauchamp e James Childress; Norman Daniels; Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow; Volnei Garrafa. O escopo da tese foi descrever e analisar comparativa e criticamente, sob a ótica da bioética, as propostas de pesquisadores estadunidenses e latino-americanos para a garantia de justiça e equidade no acesso aos cuidados de saúde, haja vista que as políticas de estados liberais (países ricos, nações centrais, eixo norte) não têm logrado êxito em resolver as desigualdades sociais e os modelos implantados em países da América Latina (países pobres, nações periféricas, eixo sul), esbarram na permanente falta de recursos financeiros e, por vezes, na falta de prioridade dos governos para o setor de saúde. Autores com discursos fundamentados na justiça formal não conseguem (ou não pretendem) defender acesso universal aos cuidados de saúde, enquanto autores com discursos fundamentados na equidade (e para além dela) buscam defender sistemas universais de saúde.

Palavras-chave: Bioética. Saúde Pública. Justiça. Equidade. Acesso aos Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

One of the most difficult conflicts in the contemporary democratic world remains how to reconcile or guarantee equal rights for all in a society that is permanently unequal and therefore unjust. This problem is more complex and challenging when dealing with health issues, given the flagrant socioeconomic inequities and the constant shortage of financial resources allocated to the sector. Access to health services, through patient care, represents the core mission in the functioning of health systems. Adequate health care provided to patients is a fundamental aspect of the right to health that deserves attention as a human rights issue. Health policies can promote or violate human rights, including the right to health, depending on how they are designed and / or implemented. Discrimination in access to or provision of health services thus violates human rights. Adopting measures to guarantee and protect human rights is the primary responsibility of the state in the health sector in order to correct inequalities, inequities and discriminatory practices, ensuring quality health for all. The present thesis was set up in a theoretical study with a hermeneutical approach, adopting the technique of bibliographical research, through the identification and reading of reference works (books, book chapters and articles) of the studied authors - Hugo Tristram Engelhardt Jr .; Tom Beauchamp and James Childress; Norman Daniels; Fermin Roland Schramm and Miguel Kottow; Volnei Garrafa. The scope of the thesis is to describe and analyze critically the proposals of US and Latin American bioethicists for the guarantee of justice and equity in access to health care, since the policies of liberal states (rich countries, central nations, north axis) have not been successful in solving social inequalities and models implemented in some countries of Latin America (poor countries, peripheral nations, south axis), run into the permanent lack of financial resources and, sometimes, the lack of priority of governments for the health sector. Authors with discourses based on formal justice can not (or do not intend) defend universal access to health care, while authors with discourses based on equity (and beyond) seek to defend universal health systems.

Key-words: Bioethics. Public Health. Justice. Equity. Access to Health Care.

1. INTRODUÇÃO

“Much of my work in bioethics over the years has been throwing off ethics as pursued in the analytical tradition. I believe the field should steer clear of the rigid style of hyper-rationalist ethics and a reduction of ethics to a search for rules and principles. It should be open to a full range of influence, in style and substance, of literature, history and the social sciences. It should take in the full range of human life, individual and social.”

Daniel Callahan, JME, January, 2015

Um dos mais difíceis conflitos do mundo democrático contemporâneo continua sendo como conciliar ou garantir direitos iguais a todos em uma sociedade permanentemente desigual e, conseqüentemente, injusta. Esta problemática é mais complexa e desafiadora quando lidamos com as questões sanitárias, diante das flagrantes iniquidades socioeconômicas e da permanente escassez de recursos financeiros destinados ao setor.

Cientes da hegemonia de modelos econômicos flagrantemente responsáveis pela origem e perpetuação de desigualdades sociais e fomentadores de sistemas de saúde injustos e excludentes, uma releitura crítica da justiça social se faz urgente e necessária, sobretudo nos países em que a maioria de sua população se encontra diante de enorme risco de adoecer e de morrer precocemente.

O Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) (*Commission on Social Determinants of Health – CSDH*), criada em 2005 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (*World Health Organization – WHO*), faz expressa referência à relação entre as desigualdades sociais e as condições de saúde das populações, resultando em iniquidades sanitárias, ou seja, injustiça social com reflexo na área de saúde (OMS/CDSS, 2008).¹ Essas situações,

perfeitamente evitáveis e que influenciam na qualidade de vida das pessoas – modo como nascem, vivem, adoecem e morrem – estão fortemente relacionadas com diversas condições políticas, sociais e econômicas.

Segundo Barata (2012)², os estudos sobre desigualdades sociais e suas relações com as condições de saúde das populações têm recebido atenção desde o século XIX; todavia, recentemente, maior importância vem sendo dada aos impactos que a expansão do capitalismo predatório, estimulado pelo processo de globalização, tem tido sobre as condições de vida e a situação de saúde dos povos ocidentais – reforçando a necessidade de investigações sobre as desigualdades sociais na perspectiva da iniquidade (injustiça social).

Buss e Pellegrini-Filho (2007)³, em estudo brasileiro desenvolvido a partir dos trabalhos da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), definem os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) como “*os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população*” (p. 78). Outrossim, esclarecem os autores, um importante desafio conceitual e metodológico é a necessária distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos sociais e populações, pois não é suficiente e nem adequado apenas buscar conhecer os determinantes de saúde de uma dada coletividade por meio da soma dos determinantes identificados em estudos com indivíduos.

Contandriopoulos (1998)⁴, abordando a construção de modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde, reconhece que as relações entre os contextos sociais, culturais, ambientais e econômicos e a saúde são complexas e pouco conhecidas, sendo necessário utilizar com precaução o conceito de determinantes (sociais) da saúde. Assim, deve-se reconhecer que o estado de saúde é claramente influenciado por aspectos contextuais como emprego, renda, educação, alimentação, suporte social, entre outros, existindo um gradiente entre tais indicadores e a saúde dos indivíduos e das comunidades. Ademais, não obstante se concretizem os avanços científicos e tecnológicos da

medicina e se destinem mais recursos para os sistemas de saúde, tais fatos não garantem, obrigatoriamente, melhoria das condições de saúde das populações.

A partir de uma ótica crítica e dialeticamente diferenciada da proposta pelos determinantes sociais de saúde, Garrafa e Cordón (2009)⁵, em uma abordagem materialista histórica apresentam uma crítica ao que denominam de determinação social das doenças, explicitada nas relações sociais configuradas no processo de produção e acumulação capitalista. Estudando o modelo de assistência à saúde brasileiro, esses autores entendem a atenção em saúde como resultante de um processo historicamente determinado, constatando que no cuidado médico-profissional o custo do trabalho do usuário do sistema está sempre incorporado ao custo da mercadoria.

Neste sentido, é possível e pertinente interpretar que as condições de saúde de uma população podem ser analisadas a partir de duas dimensões distintas e interdependentes: **dimensão estrutural** – representada pelo ambiente físico (ambiente e condições de vida) e pelo ambiente social (aspectos culturais e condições socioeconômicas e políticas nas estruturas de poder), que juntos representam uma dimensão da organização social, como os mecanismos de produção e redistribuição da riqueza e a estrutura ocupacional (divisão do trabalho); e **dimensão assistencial** – representada pelo sistema de saúde, que se configura na rede de assistência para prestar serviços de diagnóstico, tratamento, prevenção e reabilitação de doenças e de agravos à saúde, mediante garantias de acessibilidade e de eficiência.

Compreendem os objetivos deste estudo: 1) analisar diferentes discursos sobre direito à saúde e acesso aos cuidados de saúde, tendo a bioética como referencial teórico de estudo, a fim de 2) apreender os conceitos de justiça e de equidade com base em um grupo selecionado de autores (bioeticistas) estadunidenses e latino-americanos e 3) identificar pontos de divergência e pontos de convergência entre seus discursos bioéticos.

Como hipótese, o presente estudo parte da premissa que as propostas de autores dos Estados Unidos que trabalham a bioética com referência

à garantia de justiça (distributiva) e equidade nos cuidados de saúde apresentam limitações, haja vista que historicamente aquele país não tem logrado êxito em resolver seu problema de acesso das pessoas à atenção em saúde; ao contrário, são tímidas as tentativas – como o recente Plano Obama Care – de resolver esse problema que apenas vêm aumentando as distâncias entre ricos e pobres, refletindo-se em sistemas de saúde injustos, caros e de baixa resolutividade.

Em contrapartida, os modelos implantados em alguns países da América Latina (países pobres, periféricos, eixo sul), notadamente no Brasil, sustentados nos princípios da universalidade (do acesso), da hierarquização (das ações) e da integralidade (da assistência), esbarram na permanente falta de recursos financeiros e na falta de prioridade dos governos para o setor de saúde.

Assim, surgem as perguntas problematizadoras a serem respondidas no presente estudo: 1) Como esses autores estadunidenses e latino-americanos abordam a questão do acesso aos cuidados de saúde do ponto de vista da bioética? 2) Como esses autores se posicionam em relação ao direito à saúde? 3) Quais as propostas apresentadas por esses autores para garantir justiça e equidade no acesso aos cuidados de saúde?

Para tanto, partimos das seguintes hipóteses (premissas): os autores estadunidenses e latino-americanos abordam de maneira bastante diferente a questão do acesso aos cuidados de saúde; os autores estadunidenses, ressalvadas as peculiaridades de seus discursos, não consideram o acesso universal aos cuidados de saúde como uma prioridade moral, entendendo saúde como um bem de consumo (mercadoria); os autores latino-americanos, de forma complementar em seus discursos, consideram o acesso universal aos cuidados de saúde uma prioridade moral, entendendo saúde como um direito humano fundamental; em seus discursos sobre o acesso aos cuidados de saúde, os autores estadunidenses adotam uma abordagem ética de concepção deontológica e os autores latino-americanos adotam uma abordagem ética de concepção teleológica.

O núcleo teórico-conceitual de nosso estudo (tese de doutorado) está centrado em três capítulos. No Capítulo 3 – “Bioética e Saúde Pública: um diálogo necessário”, buscamos identificar áreas de intersecção e aproximações conceituais entre a(s) Bioética(s) e a Saúde Pública. No Capítulo 4 – “Justiça e Equidade”, apresentamos diferentes teorias da justiça e analisamos conceitos de equidade, bem como suas relações com a saúde. No Capítulo 5 – “Acesso aos cuidados de saúde”, descrevemos diversos conceitos de acesso aos cuidados de saúde, com desenvolvimento de conceito próprio. No Capítulo 6 – “Análise das obras e dos discursos bioéticos”, parte essencial da tese, analisamos as principais concepções teóricas sobre justiça e equidade nos cuidados de saúde presentes nas obras dos bioeticistas estadunidenses e latino-americanos selecionados para o estudo. Ao final, nos dois últimos capítulos da tese, apresentamos a “Discussão” (Capítulo 7) e as “Considerações Finais” (Capítulo 8).

2. MÉTODO

Estudo teórico, com abordagem hermenêutica, adotando a técnica da pesquisa bibliográfica, mediante identificação e leitura de diversas obras de referência (livros, capítulos de livros e artigos) sobre a temática da tese: **justiça e equidade no acesso aos cuidados de saúde**.

De início, a fim de contextualizar e identificar diversos discursos bioéticos acerca do objeto de estudo de nossa tese, buscou-se separar os autores em dois grupos distintos: autores estadunidenses (discursos do Norte) e autores latino-americanos (discursos do Sul). Deste modo, foram selecionados para o estudo: Hugo Tristram Engelhardt Jr.; Tom Beauchamp e James Childress; Norman Daniels; Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow; Volnei Garrafa.

A definição dos autores se deu com base no conteúdo da produção científica dos mesmos em dois contextos geopolíticos diferentes – Estados Unidos da América (EEUU) e América Latina (AL) – e a relação desta produção com o tema central da tese: **o acesso aos cuidados de saúde**. Esses autores produziram (e produzem) obras no âmbito da bioética, de relevância internacional, por meio de diferentes óticas e com abordagens epistemológicas e ideológicas* distintas, por vezes divergentes, com relação à questão da justiça e da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Nosso percurso metodológico se inicia com a revisão da literatura por meio da leitura de diversas obras desses autores (fase descritiva), relevantes e pertinentes ao objeto de nosso estudo, o que nos proporcionou apreender seus conceitos e conhecer suas teorias sobre questões éticas relacionadas com o direito à saúde e ao acesso aos cuidados de saúde (fase evolutiva).

Na fase interpretativa de nosso percurso metodológico, em relação às obras dos autores estadunidenses, foram analisadas suas diferentes

* Ideologia aqui deve ser entendida como descrita por Karl Mannheim. Este autor distinguiu um conceito particular (plano psicológico) e um conceito universal (plano sociológico) de ideologia. Adotaremos em nosso trabalho o sentido mais geral de ideologia, compreendida como uma "visão do mundo" de um determinado grupo humano (Karl Mannheim. **Ideología y utopía: introducción a la sociología del conocimiento**. México: FCE, eBook Kindle, 2012, 365pp).

teorias (conceitos e concepções) que representam a essência da produção dos mesmos sobre a temática definida para a tese: acesso aos cuidados de saúde (*access to health care*), justiça/justiça distributiva (*justice/distributive justice*) e equidade (*equity*). Quanto à produção dos autores latino-americanos supramencionados, deu-se especial atenção aos artigos, capítulos de livros e livros que debatem a temática proposta, com especial atenção às interrelações desenvolvidas pelos mesmos entre a bioética (*bioethics*) e a saúde pública (*public health*), especialmente no que se refere ao direito à saúde e ao acesso aos cuidados de saúde.

Posteriormente, identificamos diferentes discursos bioéticos que passam a ter influência significativa na abordagem sobre justiça e equidade no acesso aos cuidados de saúde (fase sistêmica). Assim, vemos que Engelhardt apresenta uma visão ultraliberal em um contexto capitalista para defender seu princípio do consentimento. Beauchamp e Childress, dando continuidade em sua clássica bioética principialista, utilizam-se de uma abordagem individualista (autonomista) para fundamentar a aplicação de seu princípio da justiça na abordagem dos conflitos na área da saúde. Norman Daniels, aplicando princípios da teoria rawlsiana, busca discutir o conceito de justiça distributiva na assistência à saúde, propondo uma espécie de equidade sanitária. Por seu turno, os autores latino-americanos selecionados – Schramm, Kottow e Garrafa – partindo da realidade sociopolítica e sanitária de sua região, por meio de uma abordagem crítica da bioética, buscam defender propostas de sistemas de saúde universais, igualitários e gratuitos.

Finalmente, na última etapa de nosso percurso metodológico (fase comparativa), por meio de análise crítica e integrativa sobre os textos dos autores, buscou-se identificar os pontos de convergência e os pontos de divergência entre esses diferentes discursos bioéticos.

3. BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA: DIÁLOGO NECESSÁRIO

Em sua origem, a bioética não tinha uma preocupação significativa com as questões sanitárias, menos ainda se propunha a discutir aspectos éticos relacionados com a saúde pública (ou saúde coletiva). Potter (1971), em sua obra seminal, *Bioethics: bridge to the future* (“Bioética: ponte para o futuro”), aborda de forma superficial as questões sanitárias, quando descreve conflitos éticos envolvendo as ciências biomédicas e as práticas clínicas, essenciais para a emergente bioética.^{6,7}

Posteriormente, Beauchamp e Childress (1979), a partir da primeira edição de sua obra referencial – *Principles of Biomedical Ethics* (“Princípios de Ética Biomédica”) – fazem expressa referência às questões sanitárias. Nas edições posteriores, particularmente a partir da quarta edição, com especial atenção para a sétima e mais recente edição (Beauchamp e Childress, 2013)⁸, os autores relacionam as questões sanitárias com o princípio da justiça, enfatizando o antagonismo deste princípio com o princípio da autonomia.

Na América Latina o tema foi pioneiramente abordado em um livro publicado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e intitulado “Dimensão da ética em saúde pública” (1995)⁹, cujo capítulo central aborda exatamente a relação da bioética com o campo da saúde pública, sendo o acesso à saúde um dos fios condutores da obra. Prefaciando o referido livro, o notável sanitarista italiano Giovanni Berlinguer escreveu que esta publicação representava a primeira tentativa bem sucedida de abordagem do assunto sob a ótica e a experiência de um grande país do Hemisfério Sul, “rico em movimentos populares e experiências culturais, mas atormentado pela pobreza e pela injustiça”. Segundo ele, o livro reforçava o conceito moral contido na Constituição Federal brasileira de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado – fato que, para Berlinguer, representava uma conquista moral e social – tratando com clareza a diferença e a ligação entre o direito à saúde e o direito à assistência médica.¹⁰

Em seguida, Garrafa, Oselka e Diniz (1997)¹¹, discutindo o problema da alocação de recursos sanitários no contexto de países em

desenvolvimento, especialmente no Brasil, mediante reflexão bioética sobre as responsabilidades individuais e públicas, defendem a equidade como um princípio capaz de equacionar pelo menos razoável quantidade de problemas na distribuição de recursos para a saúde, sobretudo por privilegiar maiores parcelas da população.

Menos de uma década depois, numa coletânea organizada por Fortes e Zoboli (2003a)¹², textos de diversos autores brasileiros apontam para diferentes aspectos e para a importância da intersecção entre a bioética e a saúde pública. No primeiro capítulo desta obra, Fortes e Zoboli (2003b)¹³ chamam atenção para uma característica comum entre esses dois campos de estudo: a abordagem *“multidisciplinar e interdisciplinar, servindo-se da colaboração e interação da diversidade das ciências biológicas, sociais e humanas.”* (p. 11). Acrescentam, ainda, que a reflexão bioética sobre a saúde pública brasileira se faz em um ambiente particular de profundas desigualdades e enormes desafios, sendo necessário:

“(...) discutir e refletir sobre os valores, as normas e as decisões morais que presidem as políticas de saúde pública, a organização dos sistemas de saúde, as ações de saúde dirigidas à coletividade, compreendendo que a bioética não possui e não pode possuir fundamentação ética única, pois é intercultural.” (p. 16)¹³

Ao final, Fortes e Zoboli (2003b)¹³, criticando as abordagens éticas excessivamente individualistas, registram que esperam que a bioética possa ampliar seu escopo e consiga privilegiar o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde.

Garrafa (2003)¹⁴, partindo de uma reflexão bioética sobre as políticas públicas de saúde brasileiras, defende que a questão ética adquiriu identidade pública: *“Não pode mais ser considerada apenas uma questão de consciência a ser resolvida na esfera privada ou particular, de foro individual e exclusivamente íntimo.”* (p. 51).

Para Schramm (2003)¹⁵, existe um caráter protetor da bioética, para além de sua natureza descritiva e normativa, que lhe permite “enfrentar os principais desafios éticos da saúde pública, entre os quais se destaca a alocação equitativa e justa de recursos (...).” (p. 73).

Ainda neste diapasão, Arreguy e Schramm (2005)¹⁶ reconhecem como um enorme desafio e uma verdadeira polêmica para a denominada Bioética da Saúde Pública, conciliar a alocação de recursos escassos com os princípios norteadores do sistema público de saúde brasileiro (SUS) – integralidade e igualdade na assistência à saúde e universalidade do acesso – diante das inúmeras e variadas demandas individuais e coletivas.

Diferentes autores, portanto, ao tratarem da relação entre bioética e saúde pública, enfatizam a importância de serem considerados os conceitos de justiça e de equidade, fundamentos éticos para uma adequada alocação dos recursos e para a garantia de acesso aos serviços de saúde (Lues, 2003¹⁷; Fortes *et al.*, 2012¹⁸; Corgozinho e Oliveira, 2016¹⁹).

Lues (2003)¹⁷ identifica nos primórdios da bioética, sobretudo pela hegemonia da bioética estadunidense, um flagrante desinteresse por temas como desigualdades sociais e iniquidades na assistência em saúde. Para esta autora, a recente aproximação da bioética com o campo da saúde coletiva (*Bioética de la salud de la población*) passa a dar centralidade aos determinantes de saúde e a se preocupar tanto com as condições de saúde das populações como pelos serviços de assistência à saúde:

“En síntesis, la bioética de la salud de la población pone atención en la salud y no sólo en los servicios de atención de salud; incluye a todos, independientemente de su status o bienestar, poniendo énfasis en los pobres; incluye todos los determinantes de la salud y tiene por conceptos clave los de equidad, igualdad y justicia, carga de enfermedad y costo-efectividad, y determinación de prioridades. (p. 115-16)

Una de las mayores contribuciones de los estudios sobre desigualdades en salud ha sido identificar la salud como un fenómeno multidimensional, que no depende exclusiva ni mayoritariamente del acceso a los servicios de atención de salud.” (p. 125)

Fortes e Zoboli (2003b)¹³ e Fortes *et al.* (2012)¹⁸ refletem sobre a necessidade de diálogo entre a bioética e a saúde global, entendendo esta como decorrente da expansão das fronteiras sanitárias e refletindo a preocupação com a dimensão internacional (transnacional) dos problemas de saúde das populações. Deste modo, esclarecem os autores:

“Assim, a bioética pode ser adequado instrumento para discutir essa diversidade de problemas de saúde global a partir dos princípios de justiça, equidade e solidariedade, visando reduzir injustiças e promover uma comunidade global responsável com as gerações atuais e futuras.” (p. 219)¹⁸

Corgozinho e Oliveira (2016)¹⁹ identificam na aplicação do conceito de equidade, um marco ético na reflexão da bioética acerca das temáticas da saúde pública. Outrossim, acrescentam que a equidade em saúde “[r]evela, assim, a preocupação com a criação de igualdade de oportunidades no âmbito do acesso à saúde.” (p. 434).

Dois importantes enfoques acerca do diálogo entre a bioética e a saúde pública podem ser encontrados nos trabalhos de Porto e Garrafa (2011)²⁰ e de Junges e Zoboli (2012)²¹.

Porto e Garrafa (2011)²⁰ realizam um longo percurso cronológico com a finalidade de demonstrar a influência que teve o movimento da Reforma Sanitária brasileira (final da década de 1970 e início da década de 1980) na construção identitária da bioética no Brasil. Assim, os autores elencam algumas características comuns desses movimentos: concepção epistemológica interdisciplinar; ênfase na dimensão social com especial preocupação com grupos ou segmentos vulneráveis; postura crítica acerca das relações de poder

responsáveis por gerar flagrantes desigualdades sociais; fundamentação discursiva ancorada nos direitos humanos; e discussão temática acerca da qualidade de vida dos indivíduos e das populações.

Junges e Zoboli (2012)²¹ discutem a necessidade de se determinar um novo estatuto epistemológico para a bioética na convergência com a saúde coletiva, uma vez que ambas “referem-se a conteúdos caracterizados pela complexidade e transdisciplinaridade, ao incluírem os determinantes sociais, subjetivos, contextuais e ambientais da saúde.” (p. 1057).

Garrafa, Cunha e Manchola (2018)²², citando o preceito constitucional que determina a “saúde como um direito de todos e um dever do Estado” (*healthcare: everyone’s right and the state’s duty*), como previsto no artigo 196 da Constituição Federal brasileira, identificam a bioética brasileira com a temática da saúde pública, em particular com as questões de acesso aos cuidados de saúde. Os autores enfatizam o genuíno interesse da Bioética de Intervenção com problemas sociais como a desigualdade de acesso aos cuidados de saúde e sua preocupação acerca dos descaminhos que a universalização do acesso à saúde possa experimentar com a recente proposta da Organização Mundial de Saúde denominada Cobertura Universal de Saúde (*Universal Health Coverage – UHC*).²³

Garrafa, Cunha e Manchola (2018)²² consideram que a UHC é de fato uma falaciosa proposta de melhoria das condições de saúde das populações, sobretudo prejudicial para os países periféricos, e não passa de um programa de privatização e terceirização dos sistemas de saúde, *in verbis*:

“(…), it becomes evident that UHC is nothing more than a program for the privatization and outsourcing of healthcare systems to the market or to non-state agents.” (p. 436)

Resta claro que as dimensões ética, política e social da saúde pública a tornam um importante campo para reflexão da Bioética, sobretudo de uma bioética que se pretenda crítica e vanguardista, além de preocupada

predominantemente com os problemas coletivos e com as necessidades e vicissitudes das populações mais vulneráveis.

O direito à saúde exige condições que contribuam para a saúde de todas as pessoas, incluindo acessibilidade aos serviços de saúde, condições dignas de trabalho, habitação adequada, transportes de boa qualidade, alimentos nutritivos e acesso ao lazer.

As políticas de saúde podem promover ou violar os direitos humanos, incluindo o direito à saúde, dependendo da forma como elas são concebidas e/ou executadas. Assim, discriminações no acesso ou mesmo na prestação dos serviços de saúde violam os direitos humanos. Adotar medidas para garantir e proteger os direitos humanos, em particular ao que se refere ao setor da saúde, é responsabilidade precípua dos Estados, a fim de corrigir desigualdades, iniquidades e práticas discriminatórias, garantindo saúde de qualidade para todos.

Neste ponto, cabe-nos destacar a importância da **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos** (UNESCO, 2005)²⁴. Durante mais de dois anos de intensas discussões e com apoio oficial da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), foi sendo debatida uma proposta para elaboração de uma declaração universal sobre bioética. No ano de 2005, em duas ocasiões – nos dias 06 a 08 de abril e, posteriormente, nos dias 20 a 24 de junho – foram realizadas na sede da UNESCO, em Paris (França), respectivamente, a primeira e a segunda reuniões de *experts* governamentais, a fim de ser definido o texto final da futura declaração. Finalmente, na 33^a Sessão da Conferência Geral da UNESCO, realizada em Paris, no dia 19 de outubro de 2005, foi homologada a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH).

Desde o início das discussões, nações desenvolvidas defendiam um documento que limitasse a bioética aos temas biomédicos e biotecnológicos. Todavia, com importante protagonismo da delegação brasileira e inestimável apoio das delegações de países latino-americanos, africanos e do sul da Ásia, o

teor da declaração consolidou uma grande vitória das nações em desenvolvimento e garantiu a ampliação do texto para os campos sanitário, social e ambiental. É pertinente registrar que o teor final do documento foi fortemente influenciado pelos discursos e posicionamentos de diferentes bioeticistas apresentados durante o Sexto Congresso Mundial de Bioética da *International Association of Bioethics* (IAB), ocorrido em Brasília-DF (Brasil), nos dias 30/10 a 03/11/2002 e que teve como tema central “Bioethics, Power and Injustice” (Bioética, Poder e Injustiça), pois, de acordo com Garrafa (2006a)²⁵, incorporou referenciais antecipados naquele evento, definitivamente promovendo a ampliação e a politização da agenda bioética internacional no século XXI.

Para tanto, aqueles que inicialmente apoiaram e os que atualmente apoiam esta declaração, como países, entidades, instituições e indivíduos, precisam buscar a efetivação de seus referenciais e a concreta observação de seus princípios.

Para além do principialismo estadunidense, a DUBDH incorpora novos princípios bioéticos complementares e interrelacionados, que devem ser considerados em sua totalidade (artigo 26). São elencados um total de 15 (quinze) princípios, assim descritos, de acordo com cada artigo: respeito à dignidade humana e aos direitos humanos (3); ponderação entre benefícios e danos (4); respeito à autonomia e responsabilidade individual (5); adoção do consentimento prévio, livre e esclarecido (6); proteção especial aos indivíduos incapazes de consentir (7); respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual (8); respeito à privacidade e à confidencialidade (9); respeito pela igualdade entre os seres humanos e garantia de um tratamento justo e equitativo (10); proteção contra qualquer forma de discriminação ou de estigmatização (11); respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo (12); estímulo à solidariedade humana e à cooperação internacional (13); promoção da saúde com elevada responsabilidade social e compromisso com o desenvolvimento (14); aproveitamento compartilhado de benefícios (15); proteção aos interesses das gerações futuras (16); e proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade (17).

Cumpra-se destacar, oportunamente, os princípios expostos nos artigos 10 e 14, *in verbis*:

Artigo 10 – Igualdade, Justiça e Equidade: *A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa.*

Artigo 14 – Responsabilidade Social e Saúde: *a) A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade; b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar: (i) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano; (ii) o acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade; (iii) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente; (iv) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e (v) a redução da pobreza e do analfabetismo.*

O artigo 14 da DUBDH explicita que a promoção da saúde, associada ao desenvolvimento humano, deve ser compromisso dos governos e uma responsabilidade a ser compartilhada por todos os membros de uma sociedade. Medidas para reduzir as desigualdades em saúde devem ser prioritárias em populações e países que se encontrem em situação de maior vulnerabilidade, conforme descrito no recente Informe do Comitê Internacional de Bioética (UNESCO/CIB, 2018)²⁶, *in verbis*:

“Las medidas para reducir las desigualdades en materia de salud tienen como objetivo mejorar la salud de todas las personas atendiendo plenamente las necesidades de los más

desfavorecidos y ayudando a los países que necesiten mejorar las condiciones de salud de sus habitantes.” (p. 14)

De maneira inequívoca, de acordo com o informe supracitado, a DUBDH adota um conceito de saúde ampliado, para além da assistência médica (cuidados de saúde), ao incorporar como essenciais para sua efetivação a garantia de outros direitos, como o acesso adequado a água e alimentos, boas condições de vida e de meio ambiente, eliminação da marginalização e da exclusão social e redução da pobreza e do analfabetismo, *in verbis*:

“Es importante señalar que los avances sociales que se deben promover se refieren al progreso en las condiciones materiales (por ejemplo, el acceso al agua y la protección del medio ambiente), las estructuras formales y culturales (por ejemplo, la eliminación de la marginación y la exclusión), y la educación (por ejemplo, la reducción del analfabetismo). La promoción del desarrollo social tiene un alcance amplio y está ligado intrínsecamente al de la salud, ya que los ámbitos de desarrollo social constituyen al mismo tiempo los determinantes sociales de la salud.” (UNESCO/CIB, 2018, p. 22)²⁶

Outrossim, considerando a saúde como um bem comum universal, reforçando a ideia de um compromisso ético e político que deve orientar os países a lutar por uma distribuição mais equitativa dos recursos sanitários, de igual modo passamos a adotar um conceito de responsabilidade social mais abrangente, da escala nacional para um alcance transnacional, sobretudo quando vislumbramos as enormes disparidades econômicas e sociais entre países ricos e países pobres, *in verbis*:

“En virtud de la normativa internacional sobre derechos humanos, los países de renta alta tienen algunas responsabilidades en lo concerniente a la consecución del derecho a la salud en los países de renta baja. Debido a que el derecho a la salud acarrea derechos y obligaciones legales, se necesitan mecanismos eficaces de supervisión y rendición de cuentas.” (UNESCO/CIB, 2018, p. 24)²⁶

“Lo máximo de igualdad sigue siendo el objetivo final cuando el derecho de todas las personas a la vida está en juego. El criterio de equidad y justicia debe garantizar como mínimo la defensa de la dignidad humana de todas las personas.” (UNESCO/CIB, 2018, p. 24)²⁶

A primazia do direito à saúde como corolário dos direitos humanos garante-lhe legitimidade e legalidade, sem contudo produzir de imediato sua desejada efetividade, sobretudo se outros direitos fundamentais não puderem ser igualmente garantidos. Assim, a efetivação do direito à saúde está intimamente ligada à de outros direitos humanos, incluindo a não discriminação e o acesso às informações, uma vez que violações ou desrespeitos a diversas categorias de direitos humanos podem trazer sérias consequências para a saúde de indivíduos, comunidades, populações e países.

Enfim, por tudo o que vem elencado no tópico acima a partir do posicionamento de diferentes autores e organismos, fica clara a existência de um novo movimento mundial proveniente especialmente dos países do hemisfério sul, no sentido de que se procure para o futuro – por meio de um diálogo mais próximo e fecundo entre a saúde pública e a bioética – a construção teórica e prática de soluções concretas de acesso mais justo das pessoas à saúde e à assistência sanitária.

4. JUSTIÇA E EQUIDADE

Neste ponto, então, torna-se necessário que passemos a abordar os diferentes conceitos de justiça e de equidade desenvolvidos por diversos autores, sobretudo quando os mesmos são aplicados ao campo sanitário, em especial nas questões éticas relacionadas ao acesso aos cuidados de saúde.

Segundo Oliveira (2014)²⁷, a justiça se refere ao modo como as pessoas (*“animais políticos, morais e racionais”*) se comportam em sociedade e como esperam receber o que consideram justo ou o que acham que lhes é devido; assim, para esse autor, o conceito ético-político de justiça é indissociável da noção de direitos e deveres, *“conceitos fundamentais para uma articulação entre indivíduo, sociedade e Estado”* (p. 558). Para ele, as diferentes concepções ético-políticas de justiça, de autores clássicos ou modernos, desde Aristóteles até John Rawls, podem ser divididas de acordo com os **modelos ético-normativos teleológicos ou deontológicos**.

No livro V, de sua clássica obra *“Ética a Nicômaco”*²⁸, Aristóteles considera justiça uma disposição do caráter que induz as pessoas a fazerem o que é justo, sendo a injustiça uma disposição das pessoas para fazerem o que não é justo (injusto). Para Aristóteles, devemos distinguir duas formas de justiça: a **distributiva** e a **corretiva** (comutativa ou reparativa). A justiça distributiva trata da distribuição das riquezas de uma sociedade de acordo com o grau de merecimento de seus membros, ou seja, cada um recebe proporcionalmente ao seu mérito na sociedade. A justiça corretiva, por sua vez, serve para corrigir eventuais distorções e evitar distribuições desiguais de ganhos e perdas entre as pessoas, sendo **comutativa** quando cuida do equilíbrio dos contratos e **reparativa** quando trata de prevenir as injustiças ou de indenizar pessoas que sofreram danos causados por injustas ações. Aristóteles diferencia justiça de **equidade**, por ele denominada de equitativa e empregada como uma forma superior de justiça que propiciaria a correção de eventuais erros da lei – correção da justiça legal de caráter universal aplicada aos casos concretos.

John Rawls, em sua obra “Uma Teoria da Justiça” (*A Theory of Justice*, 1971)²⁹, defende um conceito de justiça (*justice*) como equidade (*fairness*), buscando conciliar os conceitos de liberdade e igualdade, essenciais para um pensamento político liberal que defende uma concepção filosófica e política de justiça em uma sociedade (Estado) democrática contemporânea. Assim, o autor descreve um sistema de justiça baseado no contratualismo, no qual um pacto social realizado por pessoas racionais resultaria na escolha de princípios de justiça mais adequados para serem aplicados a toda sociedade.

Ademais, são descritos por Rawls dois princípios básicos de justiça: o **princípio da liberdade**, no qual cada indivíduo deve ter igual direito à mais ampla liberdade compatível com igual liberdade para os outros, e o **princípio da igualdade**, que garantiria iguais oportunidades para todos, mas que aceitaria as desigualdades sociais e econômicas desde que em benefício de toda a sociedade.²⁹

Robert Nozick, em sua célebre obra “Anarquia, Estado e Utopia” (*Anarchy, State and Utopia*, 1974)³⁰, discordando parcialmente de John Rawls, aceita a proteção do Estado em uma economia capitalista como um benefício e não como um direito dos indivíduos. Ademais, discorda da concepção rawlsiana de uma justiça distributiva, por importar necessariamente uma interferência permanente e indesejável do Estado nas liberdades individuais, o que significa que somente um Estado mínimo poderia existir sem lesar tais direitos.

Heller (1998)³¹ nos apresenta diferentes conceitos de justiça e refuta a ideia de um padrão único de justiça aplicável a todas as situações, porque nem todos os conceitos de justiça implicam em somente uma regra ou uma norma determinada. A autora propõe uma redefinição do conceito formal de justiça, todavia questiona a existência de um conceito contemporâneo de justiça que possa acompanhar as constantes mudanças éticas, políticas, sociais e econômicas em busca de uma sociedade justa e harmônica. Heller define da seguinte maneira a base normativa de sua teoria:

“A base normativa da teoria é a base normativa do melhor mundo sociopolítico possível de um universo cultural pluralístico, onde cada cultura é ligada a outra cultura pelos laços de reciprocidade simétrica. (...) No melhor mundo sociopolítico possível, a vida boa depende exclusivamente da escolha existencial e das escolhas fundamentais do indivíduo.” (p. 433)³¹

Heller (1998), destarte, desenvolve uma concepção diferente sobre justiça, a qual denomina de **conceito ético-político incompleto de justiça**. Esse conceito busca estabelecer uma base normativa comum para diferentes modos de vida e seria incompleto porque cada modo de vida pode ser ideal somente para o indivíduo que o escolheu. Assim, a autora conclui que **a justiça existe como reciprocidade simétrica, comunicação e cooperação**.³¹

Sandel (2013)³² descreve três distintas abordagens da justiça: as teorias utilitaristas (maximização da utilidade ou do bem-estar), as teorias liberais (respeito pelas liberdades de escolha dos indivíduos) e as teorias comunitaristas (bem comum e solidariedade entre os indivíduos). Outrossim, o autor declara sua preferência por esta terceira corrente teórica e considera que justiça não é apenas uma forma certa de distribuir as coisas, mas também uma forma certa de avaliar as coisas. Ao final, Sandel defende a necessidade de um debate sobre os limites éticos dos mercados, *in verbis*:

“Os mercados são instrumentos úteis para organizar a atividade produtiva. Mas, a menos que desejemos deixar que o mercado reescreva as normas que governam as instituições sociais, precisamos de um debate público sobre os limites morais dos mercados.” (p. 327)³²

Whitehead e Dahlgren (2006)³³, analisando conceitos e princípios de equidade em saúde, descrevem as desigualdades sociais em saúde como diferenças em saúde que são desnecessárias, evitáveis, desleais e injustas. Para esses autores, três características distintas transformam meras diferenças em saúde em desigualdades sociais em saúde. A primeira característica seria o padrão

sistemático e consistente das diferenças em saúde em uma determinada população; a segunda característica é a determinação social dos processos que produzem as diferenças de saúde, o que as torna evitáveis; e, por fim, a terceira característica diz respeito a que as desigualdades sociais são diferenças amplamente consideradas injustas, porque são geradas e mantidas por estruturas sociais injustas.

Neste diapasão, Braveman e Gruskin (2003)³⁴ definem a equidade em saúde como *“a ausência de disparidades sistemáticas nas condições de saúde entre grupos sociais”* que apresentam vantagens ou desvantagens específicas (p. 254). Segundo esses autores, as desigualdades na saúde sistematicamente colocam grupos de pessoas que são socialmente desfavorecidas (pobres, mulheres, membros de um grupo racial, étnico ou religioso privado de direitos) em maior desvantagem nas suas condições de saúde, haja vista ser a saúde essencial para o bem-estar do indivíduo e para a superação de outras formas de desvantagem social.

Braveman e Gruskin (2003) concluem que a *“equidade em saúde é um valor ético-normativo fundamentado no conceito de justiça distributiva e nos princípios dos direitos humanos”* (p. 256), mas que a distribuição não deve se limitar somente aos cuidados de saúde, mas deve incorporar todos os recursos, políticas e programas que desempenham um papel importante nas condições de saúde da população.³⁴

Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009)³⁵, analisando criticamente os conceitos de equidade em saúde, defendem que importante consideração deve ser dada aos componentes culturais, éticos e políticos em qualquer avaliação teórico-epistemológica sobre as raízes da diversidade nas sociedades humanas, sendo a materialização das desigualdades expressa por meio de renda, educação e classe social, afetando diretamente a distribuição das doenças e as formas de adoecer das populações. Os autores concluem afirmando que, *in verbis*:

“(...) a temática das desigualdades em saúde, marcada pela iniquidade das políticas econômicas e sociais, impõe uma

tomada de posição tanto epistemológica quanto política. Não basta explicar o real para transformá-lo.” (p. S224)

Coelho (2010)³⁶, discutindo os conceitos de democracia e equidade e sua intrínseca relação com os sistemas de saúde, considera que a oferta e o acesso aos cuidados de saúde é uma forma de medir o esforço que uma sociedade desenvolve para corrigir suas desigualdades.

Uma abordagem conhecida como “**teoria das capacidades**” parte da premissa de que a oportunidade de alcançar estados de bom funcionamento e bem-estar tem um significado moral básico e que a liberdade de alcançar esses estados deve ser analisada por meio da expressão “**capacidades**” (*capabilities*). Assim, a qualidade de vida das pessoas depende do que elas são capazes de alcançar, e uma vida bem vivida é aquela em que os indivíduos sustentam e exercitam um conjunto de capacidades básicas.

Essas teorias surgem originalmente nas obras de Amartya Sen, sendo posteriormente adaptadas para o campo da ética biomédica (*biomedical ethics*) por Martha Nussbaum (2013)³⁷, com a finalidade de abordar temas como justiça social (*social justice*) e fronteiras da justiça (*frontiers of justice*).

De acordo com a teoria de Nussbaum (2013)³⁷, um nível mínimo de justiça social requer disponibilidade para todos os cidadãos de uma lista de dez capacidades básicas, assim descritas pela autora: 1) **Vida** (*Life*): ser capaz de viver uma vida normal sem morrer prematuramente ou apenas tendo uma existência sem dignidade; 2) **Saúde física** (*Bodily health*): ser capaz de ter boa saúde, nutrição e abrigo; 3) **Integridade física** (*Bodily integrity*): ser capaz de se mover livremente, estar seguro contra a violência e ter oportunidades de satisfação sexual e escolha reprodutiva; 4) **Sentidos, imaginações e pensamento** (*Senses, imaginations and thought*): ser capaz de usar essas capacidades de maneira informada e humana, auxiliada por uma educação adequada e diversificada e em um contexto de liberdade de expressão; 5) **Emoções** (*Emotions*): ser capaz de ter apego emocional às coisas e às pessoas, de modo que se possa amar, lamentar e sentir gratidão sem ter o desenvolvimento emocional limitado pelo medo, pela

ansiedade e coisas do tipo; 6) **Razão prática** (*Practical reason*): ser capaz de formar uma concepção do bem e refletir criticamente no planejamento da vida; 7) **Afiliação** (*Affiliation*): ser capaz de viver significativamente na companhia do outro, com respeito próprio e sem humilhação indevida; 8) **Outras espécies** (*Other species*): ser capaz de viver com preocupação por animais, plantas e a natureza em geral; 9) **Lazer** (*Play*): ser capaz de desfrutar de atividades recreativas; 10) **Controle sobre o próprio ambiente** (*Control over one's environment*): ser capaz de participar como um cidadão ativo nas escolhas políticas relativas à vida e à propriedade pessoal. (pp. 90-93).

Para Martha Nussbaum as capacidades são essenciais para que cada ser humano tenha garantida uma vida com dignidade, sendo as mesmas a base dos direitos humanos. Os direitos políticos de todos os cidadãos são iguais. Ademais, tratar um indivíduo de maneira justa exige, negativamente, não impedir que o indivíduo se desenvolva por meio de atos de coerção, violência ou crueldade, e requer, positivamente, dar apoio aos seus esforços para que o mesmo possa prosperar. Ou seja, a autora defende uma visão social de justiça fundamentada na ampla benevolência (benevolência global) e na cooperação social, ainda que em um mundo interdependente e complexo.³⁷

Como se pode perceber, considerar diferentes conceitos de justiça, importa, necessariamente, que consideremos diferentes realidades culturais em uma diversidade de contextos geopolíticos, bem como os conflitos morais presentes nas soluções dos problemas éticos contemporâneos. Neste contexto, de acordo com Santos (2018)³⁸, a existência de discursos epistêmicos de libertação, denominados de epistemologias do Sul, contra os discursos epistêmicos de dominação, as epistemologias do Norte, são processos cognitivos que resistem e combatem o denominado imperialismo cognitivo, a fim de que uma ampla mudança epistemológica possa garantir uma justiça cognitiva global.

Desta maneira, reconhecer a centralidade dos conceitos de dignidade humana e de equidade, como ponto de partida, encerrados em qualquer teoria da justiça, nos orienta para a persecução da igualdade (isonomia) como ponto de chegada.

5. ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

A utilização dos serviços de saúde, mediante prestação de cuidados aos pacientes, representa a função nuclear no funcionamento dos sistemas de saúde (Travassos e Martins, 2004)³⁹. Adequados cuidados de saúde prestados aos pacientes constituem aspecto fundamental do direito à saúde que merece atenção como uma questão diretamente ligada aos direitos humanos (Cohen e Ezer, 2013)⁴⁰. Proporcionar um adequado acesso aos serviços de saúde é essencial para o alcance de efetividade na prestação desses serviços. Todavia, diferentes autores abordam essa questão com óticas diversas, requerendo – o assunto – análise mais pormenorizada. Ao longo do tempo, o conceito de acesso aos serviços de saúde foi sendo modificado, tornando-se cada dia mais complexo, uma vez que os primeiros conceitos (década de 1970) se restringiam especificamente aos aspectos geográfico (disponibilidade do recurso) e/ou financeiro (capacidade de pagamento pelos serviços prestados).

Ronald e Newman (1973)⁴¹ avaliam o acesso aos cuidados de saúde a partir dos determinantes individuais (renda, cobertura do seguro de saúde, atitudes relacionadas aos cuidados de saúde) e determinantes institucionais (rede de assistência, tipos de financiamento). Para Aday e Andersen (1974)⁴², por sua vez, o conceito de acesso aos serviços de saúde deve estar vinculado às características da população e à disponibilidade geográfica e organizacional do sistema de saúde; portanto, esses autores propõem uma visão mais política que operacional.

De modo distinto, Donabedian (1973)⁴³ prefere, no lugar de acesso, adotar o termo “acessibilidade”, uma vez que esse conceito parece ser mais abrangente ao incorporar a ideia de como a prestação dos cuidados de saúde atende às necessidades da população, não se restringindo somente à disponibilidade dos recursos. Ademais, esse autor descreve dois aspectos da acessibilidade: um sócio-organizacional, relacionado com aspectos econômicos, educacionais, sociais e culturais dos indivíduos; e um geográfico, relacionado com o tempo e o espaço, como a distância física entre usuários e serviços de saúde.

Posteriormente, Penchansky e Thomas (1981)⁴⁴ definiram o acesso aos serviços de saúde como o gradiente de interação entre os usuários e o sistema de saúde, podendo esse acesso ser avaliado por meio de indicadores relacionados com a experiência do indivíduo nos serviços de saúde, como, por exemplo, a satisfação com o atendimento.

Deste modo, esses autores identificaram cinco componentes intrínsecos ao conceito de acesso aos serviços de saúde: 1) **disponibilidade** – descrita como adequação dos serviços prestados em relação às necessidades dos usuários; 2) **acessibilidade** – caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e a localização dos usuários; 3) **acolhimento** – representado na forma como os serviços se organizam para receber os usuários e a capacidade dos usuários para se adaptarem às condições institucionais; 4) **capacidade de compra** – definida pela relação entre formas de financiamento dos serviços de saúde e a possibilidade dos usuários adquirirem (ou usufruírem) (d)esses serviços; e 5) **aceitabilidade** – representada pelas atitudes dos usuários e dos profissionais de saúde em relação às características e às práticas vivenciadas nessas relações.⁴⁴

Recentemente, McIntyre e Mooney (2007)⁴⁵ adicionaram a “liberdade para o uso dos serviços” como essencial ao conceito de acesso aos serviços de saúde. Assim, atributos individuais, como nível educacional, condição socioeconômica, aspectos culturais, entre outros atributos, tornariam os indivíduos mais ou menos “livres” para utilizar os serviços de saúde, o que poderia resultar em uma adequada ou inadequada assistência aos usuários, traduzindo-se em melhores ou piores condições de acesso a esses serviços por parte dos indivíduos.

Neste mesmo sentido, destacando o papel da escolha no acesso equitativo aos cuidados de saúde (liberdade de usar), Thiede e McIntyre (2008)⁴⁶ entendem que incorporar maior grau de informação sobre as escolhas é fundamental, concluindo que as políticas de saúde orientadas para a equidade devem estimular a ação comunicativa, a fim de capacitar indivíduos e comunidades e expandir seus conjuntos de opções subjetivas.

Sanchez e Ciconelli (2013)⁴⁷ consideram que atualmente o conceito de acesso aos serviços de saúde deve englobar quatro dimensões: **disponibilidade, capacidade de pagamento, aceitabilidade e informação**.

A dimensão definida como **disponibilidade** considera a existência ou não dos serviços de saúde no locais apropriado e nos momentos em que são necessários, compreendendo a relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados. Essa interação é fortemente influenciada pelas políticas adotadas pelo sistema de saúde (p. 261)⁴⁷.

A dimensão denominada de **capacidade de pagamento** compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos, incorporando o subconceito de capacidade financeira e a ideia de livre arbítrio (elegibilidade) dos indivíduos para escolher os diversos benefícios a serem por eles financiados (pp. 262-3)⁴⁷.

A dimensão da **aceitabilidade** se relaciona com a natureza dos serviços prestados e a percepção que indivíduos e comunidades têm dos mesmos. Ademais, a interação entre as expectativas dos profissionais de saúde e as expectativas dos usuários também influencia a aceitabilidade dos serviços de saúde, uma vez que a confiança no sistema de saúde é primordial para a equidade no acesso (pp. 263-4)⁴⁷.

A dimensão referente à **informação** é essencial para a compreensão das demais dimensões do acesso aos cuidados de saúde. Um nível adequado de informação é fundamental para que os indivíduos decidam satisfatoriamente sobre suas necessidades de saúde e possam bem interagir com o sistema de saúde. A informação é importante elemento a proporcionar empoderamento de indivíduos e de comunidades, sendo fundamental no processo de garantia da equidade em saúde (p. 263)⁴⁷.

De maneira sintética, ao nosso modo, podemos definir acessibilidade como a capacidade dos sistemas de saúde em produzir e

disponibilizar serviços (disponibilidade) com a finalidade de atender as necessidades de saúde de uma determinada população (adequação). Entretanto, a utilização dos serviços de saúde (fruição) dependerá de inúmeros fatores, como as necessidades de assistência (individuais e coletivas), características dos usuários (idade, gênero, local de moradia, renda, grau de instrução), tipos de prestadores de serviços (diretos e indiretos), organização política e capacidade operacional do sistema de saúde (tipos de rede de assistência, formas de financiamento, distribuição dos recursos, legislação e regulação dos serviços), objetivando a solução dos diversos problemas de saúde que afetam cotidianamente os indivíduos e as comunidades (resolubilidade).

Assim, com base na reflexão acima exposta, passamos a identificar, de modo particular, quatro elementos constituintes deste novo conceito de acessibilidade aos serviços de saúde, que são indispensáveis e interdependentes: **disponibilidade, adequação, fruição e resolubilidade.**

Destarte, situações particulares, relacionadas a contextos específicos, esses elementos alertam para a influência que determinados condicionantes (fatores conjunturais ou estruturais) e atributos (individuais ou coletivos) podem ter para facilitar ou dificultar o acesso aos cuidados de saúde. Diversas situações como precárias condições socioeconômicas, pertencimento a minorias étnicas ou assimetria de gênero, costumam impactar de forma negativa a garantia de acessos aos cuidados de saúde.

Da mesma forma, indivíduos que vivem em áreas rurais têm mais dificuldades no acesso aos cuidados de saúde do que os indivíduos que vivem em áreas urbanas, por razões como a falta de instalações, reduzido número de profissionais de saúde e menor poder aquisitivo para pagar por despesas médicas.

Mooney e Houston (2008)⁴⁸, por exemplo, estudando comunidades aborígenes australianas, reconhecem sérias dificuldades no acesso aos cuidados de saúde e apontam a confiança institucional como facilitador da equidade nos cuidados de saúde no contexto específico da saúde indígena.

De modo semelhante, Vieira e Monteiro (2013)⁴⁹, estudando questões sociais e de saúde em uma comunidade quilombola (grupo étnico afro-brasileiro), apontam para a dificuldade de promoção dos processos inclusivos de universalidade e equidade em saúde, com flagrantes dificuldades de acessos aos cuidados de saúde.

Topa, Neves e Nogueira (2013)⁵⁰, revisando estudos sobre as condições de saúde de mulheres migrantes em Portugal, concluíram que as mesmas se deparam com enormes desafios quanto à acessibilidade aos cuidados de saúde, estando mais evidentes as dificuldades relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva, sendo durante a gravidez e na maternidade encontrados os períodos de maior vulnerabilidade às doenças para elas e para os seus descendentes.

Igualmente, abordando a questão de gênero e tratando da acessibilidade dos homens aos serviços da Atenção Básica (AB) no sistema público de saúde brasileiro (SUS), Silva *et al.* (2013)⁵¹ descrevem como principais dificuldades para acesso aos serviços de saúde as deficiências no processo de acolhimento e na humanização, problemas de comunicação (acesso às informações), baixa resolutividade para os problemas de saúde apresentados pelos usuários, tempo prolongado para agendamento de consultas e marcação de exames especializados, longas distâncias a serem percorridas entre os diversos serviços disponíveis. Os autores concluem esclarecendo que a falta de acesso dos homens aos cuidados de saúde constitui um problema ético no campo da saúde pública, sobretudo por reforçar que historicamente persiste uma não identificação desses usuários com esses espaços de assistência, apontando para a invisibilidade do homem como alvo de intervenção em saúde.

Cunha e Veira-da-Silva (2010)⁵², estudando o acesso aos cuidados de saúde por usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do programa Estratégia Saúde da Família (ESF) em município da Bahia, revelaram que a acessibilidade sofre grande influência das características organizacionais das unidades, que traduzem os diferentes perfis profissionais e de gestão local, em parte causados por ausência de protocolos para o agendamento, acolhimento e cuidado ao usuário dentro da rede básica.

Ao final, em apertada síntese, podemos considerar que a acessibilidade aos cuidados de saúde se concretiza (torna-se efetiva) quando: **estando disponíveis os recursos de saúde, estes são adequados às necessidades dos indivíduos e das comunidades, conseguem ser utilizados pelos diferentes usuários e resolvem de maneira satisfatória seus diferentes problemas de saúde.** Logo, acessibilidade aos cuidados de saúde, ainda que restrita ao nível da assistência em saúde (serviços), passa a ser, então, condição primacial para a equidade em saúde.

A equidade no acesso aos serviços de saúde é fortemente influenciada pelo modelo de assistência adotado pelos diferentes sistemas de saúde. Neste diapasão, os modelos contemporâneos de sistemas de saúde parecem adequados para nossa análise sobre justiça distributiva e equidade no acesso aos cuidados de saúde, haja vista envolverem importantes questões éticas em cenários com enormes complexidades econômica, política, social e cultural. Ademais, nem sempre a maior riqueza de uma sociedade se traduzirá obrigatoriamente em justiça social, ou seja, por si mesma não garantirá uma justa e equitativa distribuição dos recursos disponíveis.

Recente estudo realizado pelo *The Commonwealth Fund* aponta que nos Estados Unidos da América (EEUU) os gastos com saúde representam 16,6% do PIB (Produto Interno Bruto), sendo o país que mais gasta proporcionalmente neste setor. Todavia, em uma medida para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, realizada com os 11 (onze) países de alta renda, os EEUU ficam em último lugar. O Reino Unido foi classificado como possuindo o melhor sistema de cuidados de saúde, seguido pela Austrália e Holanda. Os EEUU são os únicos que não disponibilizam cobertura de seguro de saúde universal e o estudo identificou diversos problemas que acometem seu sistema de saúde, como um grande número de pacientes não segurados, cuidados primários limitados, elevados encargos administrativos e disparidades no atendimento entre pacientes com diferentes níveis de renda, além do desperdício de recursos financeiros com os cuidados de saúde, incluindo

tratamentos desnecessários, utilização de drogas e procedimentos onerosos que geram um excedente de gastos (Walker, 2018)⁵³.

Segundo Callahan (2009)⁵⁴ – que há várias décadas vem remando contra a corrente, sendo voz quase isolada nos EEUU em defesa do direito universal das pessoas ao acesso aos cuidados de saúde – as frequentes crises de financiamento no sistema de saúde dos estadunidenses, com consideráveis elevações dos custos, podem ser atribuídas, entre outras razões, ao uso desenfreado das tecnologias biomédicas, bem como à crescente incorporação de novos e caros procedimentos diagnósticos e terapêuticos, seja em governos democratas ou republicanos, com resultados que deixam sempre a desejar no sentido de atender os anseios da população por universalização dos serviços de saúde.

Na América Latina (AL), em que pese as origens históricas e culturais vinculadas aos países da Península Ibérica (Portugal e Espanha), a enorme diversidade étnica e uma inserção tardia e periférica dos diversos países no capitalismo, convivemos com um mosaico de esquemas assistenciais nos diversos sistemas de saúde, com destaque para as diferentes formas e fontes de financiamento do setor, a propriedade dos estabelecimentos prestadores de serviços e a abrangência da cobertura dos serviços de saúde (Labra, 2001)⁵⁵.

Para Labra (2001), a comparação entre os sistemas de saúde chileno e brasileiro bem representa esta diversidade institucional como modelos polares e confirma a tese central de seu estudo ao demonstrar que o desenvolvimento político é uma dimensão relevante na explicação dos processos de decisão relativos às políticas de saúde e às diferentes configurações desses sistemas. Em linhas gerais, os momentos históricos vivenciados nestes países, com ditaduras militares duradouras e processos recentes de democratização, serviram de pano de fundo para as atuais configurações de seus sistemas de saúde.⁵⁵

Não obstante, em que pese o Chile tenha configurado seu sistema de saúde, denominado *Sistema Nacional de Servicios de Salud* (SNS), durante os anos de 1950, com base no modelo britânico, observou-se durante a ditadura pinochetista, nos anos 1980, um processo de “modernização” liberal e

privatizante da economia que teve forte influência no sistema de saúde, com reflexos até os dias atuais (Almeida, Oliveira e Giovanella, 2018)⁵⁶.

Segundo Labra (2001), tais mudanças incluíram redução dos gastos públicos em saúde, privatizações e securitizações da assistência médica, e, por fim, a fragmentação do sistema de saúde por meio de processos desastrosos e mal estruturados de regionalização e municipalização da saúde.⁵⁵

A reforma setorial, durante o governo socialista de Ricardo Lagos, fortaleceu o sistema público chileno de saúde; todavia, manteve-se a configuração mista de financiamento do sistema: o seguro público, representado pelo *Fondo Nacional de Salud* (FONASA), e os seguros privados, constituídos pelas *Instituciones de Salud Previsional* (ISAPRE), empresas privadas lucrativas de intermediação entre compra e venda de planos de saúde, em regra para os grupos com menores riscos e de alta renda.⁵⁶

Mais recentemente, no Chile, um processo de redemocratização fortemente polarizado “*se traduz em duas propostas radicalmente opostas para o setor*”: de um lado, o aprofundamento da privatização pela lógica lucrativa do mercado e, de outro lado, uma proposta de resgate da medicina social mediante progressiva estatização do setor, fundamentada nos princípios de igualdade, universalidade, integralidade e participação (Labra, 2001, p. 369)⁵⁵.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição Federal de 1988 (CF, artigo 196 e seguintes) e instituído pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), representa um dinâmico, complexo e hierarquizado sistema de saúde, envolvendo organizações públicas de saúde nas esferas municipal, estadual e federal, predominantemente público e complementado por serviços privados conveniados ou contratados (Paim *et al.*, 2011⁵⁷; Vasconcelos e Pasche, 2012⁵⁸).

“The Brazilian health system is made up of a complex network of complementary and competitive service providers and purchasers, forming a public-private mix that is financed mainly by private

funds. The health system has three subsectors: the public subsector (SUS), in which services are financed and provided by the state at the federal, state, and municipal levels, including military health services; the private (for-profit and non-profit) subsector, in which services are financed in various ways with public or private funds; and the private health insurance subsector, with different forms of health plans, varying insurance premiums, and tax subsidies. The public and private components of the system are distinct but interconnected, and people can use services in all three subsectors, depending on ease of access or their ability to pay.” (Paim et al., 2011, p. 1785)⁵⁷

O SUS tem como objetivo prover cuidados preventivos, curativos e de reabilitação, por meio do acesso universal e da atenção integral, com uma gestão descentralizada e hierarquizada e com participação da comunidade em todos os níveis administrativos (municipais, estaduais e federal).⁵⁸

O SUS, nas últimas décadas, apesar de muita contra-propaganda midiática contrária, vem a duras penas logrando garantir avanços significativos nos serviços de saúde ofertados à população, como a melhoria do acesso aos cuidados primários e aos serviços de urgência/emergência, ampliação da cobertura universal de vacinação e de pré-natal e a expansão dos recursos humanos e das tecnologias em saúde. Todavia, enormes entraves à sua implementação têm sido observados, sobretudo pelo excessivo apoio público-institucional ao setor privado e pela escassez de recursos decorrente de seu crônico subfinanciamento.⁵⁷

No contexto da bioética, a *Encyclopedia of Global Bioethics* – uma publicação recente e talvez a mais completa produzida na área, com 358 verbetes e mais de 3.000 páginas, sob a responsabilidade de cerca de 400 bioeticistas dos cinco continentes – apresenta um verbete que trata especificamente do termo *healthcare* (cuidados de saúde) e que tem o seguinte entendimento:

“... a universal right of all human beings, such that people can fully benefit from the actions required for achieving this. Healthcare should

not be reduced to a simple consumable object that can be acquire within the market of life only by individuals or groups of individuals who have the financial resources available for this". (Garrafa, 2016, p. 23)⁵⁹

Como visto e por razões diferentes, os modelos de sistemas de saúde atualmente adotados pelos Estados Unidos e por Chile e Brasil, consideradas suas peculiaridades geopolíticas e socioeconômicas, enfrentam enormes dificuldades para garantir justiça e equidade no acesso aos cuidados de saúde. Deste modo, podem ser identificados diferentes discursos bioéticos, com propostas epistemológicas e ideológicas distintas, que se apresentam para o debate em busca de soluções para o tema objeto do presente estudo.

6. ANÁLISE DAS OBRAS E DOS DISCURSOS BIOÉTICOS

Como anteriormente descrito, enormes dificuldades são enfrentadas por diferentes países, quer no hemisfério norte, quer no hemisfério sul, para garantir o acesso aos cuidados de saúde em sistemas de saúde pretensamente justos e equânimes, resultando em propostas de reformas dos mais variados tipos. Todavia, há que se distinguir os reais objetivos de tais propostas reformistas, porquanto nos parece que estamos diante de dois modelos de sistemas de saúde bem distintos e, de certo modo, conflitantes e inconciliáveis.

De um lado temos reformas neoliberais, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, alicerçadas sobretudo no simpático discurso da “cobertura universal” e do “bem-estar da população”, que pretendem fundamentalmente facilitar a abertura e/ou a ampliação do lucrativo setor da saúde para o mercado dos prestadores de serviços privados e dos planos e seguros de saúde. De outro lado, nações e governos que entendem “saúde como um direito social” e que propõem a “universalização do acesso aos cuidados de saúde” como forma de garantir a almejada equidade sanitária, de maneira inclusiva e participativa.

Em contextos históricos distintos, marcados por variadas questões econômicas, políticas e sociais, países da América do Norte, notadamente os EEUU, e países da América Latina, entre eles o Brasil, vêm procurando equacionar seus problemas sanitários. Nesta ordem, são identificados diferentes discursos bioéticos, de Norte a Sul, que pretendem ser propostas racionais e moralmente aceitáveis para discutir a justiça e a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Se ao Norte, vozes raras clamam por sistemas de saúde com mais justiça e equidade; ao Sul, reverberam os ecos privatizantes e as frequentes ameaças para os sistemas públicos de saúde, fazendo com que brados de resistência venham em defesa da saúde pública. Conhecer alguns desses discursos é fundamental para uma coerente tomada de posição epistemológica e ideologicamente comprometida com as reais necessidades de saúde de nossa população, sobretudo dos mais vulneráveis.

6.1 O PRINCÍPIO DO CONSENTIMENTO EM ENGELHARDT

Hugo Tristram Engelhardt Jr. é um filósofo e médico estadunidense, tendo se doutorado em Filosofia pela *University of Texas* (Austin, Texas) e em Medicina pela *Tulane University* (New Orleans, Louisiana). Foi professor de filosofia na *Rice University* (Houston, Texas), especializado em História e Filosofia da Medicina, bem como professor emérito do *Baylor College of Medicine* e membro do *Baylor Center for Medical Ethics and Health Policy* (Houston, Texas). Recentemente falecido, foi durante vários anos editor-chefe do *Journal of Medicine and Philosophy*, co-editor das revistas *Christian Bioethics* e *Philosophical Studies in Contemporary Culture* e pesquisador associado do *The Hastings Center*. Autor de diversos livros, entre os quais destacamos: *The Foundations of Bioethics* (2ed., 1985), *The Foundations of Christian Bioethics* (2000) e *Global Bioethics: The Collapse of Consensus* (2006). Engelhardt Jr. foi criado como católico apostólico romano, a qual abandonou em 1991 para ingressar na Igreja Ortodoxa.

Mantendo a necessária coerência com a integralidade da obra de Engelhardt, foram analisadas as ideias do autor presentes nos seus três principais livros, os quais, inclusive, têm tradução brasileira: **Fundamentos da Bioética** (Engelhardt, 2015)⁶⁰, **Fundamentos da Bioética Cristã Ortodoxa** (Engelhardt, 2003)⁶¹ e **Bioética Global: O colapso do consenso** (Engelhardt, 2012a)⁶². Entretanto, demos especial atenção para sua obra seminal – **Fundamentos da Bioética** – particularmente os capítulos 3 (Os princípios da bioética), 4 (O contexto da assistência à saúde: pessoas, países e Estados) e 8 (Direito à assistência médica, à justiça social e à imparcialidade nas alocações para assistência médica: frustrações diante da finitude), de acordo com os objetivos do presente estudo.

De início, estudando a obra **Fundamentos da Bioética** (2015) e analisando seu **Capítulo 3** (Os princípios da bioética), verificamos que Engelhardt destaca a existência de profundas tensões nos fundamentos da ética e da bioética e enfatiza a importância das moralidades compartilhadas por amigos morais, chamando de estranhos morais aqueles indivíduos que possuem visões morais distintas e comportamentos discordantes. Para ele, a moralidade dos estranhos morais determina o grau de colaboração entre as diferentes comunidades morais, mas a liberdade de decidir sobre determinadas questões morais pode gerar conflitos éticos – tensões morais.

A primeira tensão acontece quando suas escolhas são consideradas moralmente equivocadas, ou seja, quando o que essas pessoas fazem está evidentemente errado. Uma segunda tensão *“nasce da diferença entre respeitar a liberdade e garantir os melhores interesses das pessoas”* (p. 132). De acordo com Engelhardt, esta segunda tensão é particularmente identificada na assistência à saúde e pode ser compreendida como um conflito entre dois importantes princípios éticos: o **princípio do consentimento** e o **princípio da beneficência**. Para Engelhardt, são esses dois princípios que fundamentam as preocupações morais na assistência à saúde.

Engelhardt assinala que em sociedades pluralistas seculares existem enormes dificuldades para que dilemas bioéticos (ou conflitos morais) sejam solucionados de forma racionalmente justificada. Ele deixa claro que a beneficência não é uma obrigação moral e nem uma prioridade, haja vista que a solidariedade é um ato discricionário, uma ação unilateral fundada no altruísmo e na caridade, ainda que políticas de assistência social possam ser instituídas.

Neste sentido, o autor busca discutir os princípios da beneficência e do consentimento aplicados às questões morais na assistência à saúde, entendendo que as políticas de grande alcance (grande escala), como as políticas de saúde, devem considerar a existência de comunidades morais diversas com diferentes conceitos, como o de justiça e o de imparcialidade, uma vez que tais políticas envolvem *“indivíduos e comunidades com diferentes compromissos morais, políticos, ideológicos e religiosos”* (pp. 149-50).

Engelhardt busca justificar os princípios da moralidade mediante vinculação a um inevitável elemento de significado – o princípio do consentimento é inevitável quando o indivíduo busca agir de acordo com a autoridade moral e o princípio da beneficência é inevitável quando o indivíduo se preocupa em realizar o bem ou evitar o mal para os outros.

Diferenças importantes podem ser notadas entres os princípios, segundo o autor. Assim, para ele, o princípio do consentimento é deontológico e o

princípio da beneficência é teleológico – logo, as regras de conduta fundamentadas no princípio do consentimento são obrigatórias, mesmo que tenham consequências danosas. Por outro lado, as regras de conduta justificadas pelo princípio da beneficência devem sempre considerar as consequências, buscando mais benefícios e, eventualmente, menos danos.

Neste ponto, Engelhardt, reconhece a existência de discursos morais contrastantes – uma inevitável tensão entre os princípios – um conflito entre a moralidade do respeito mútuo e a moralidade do bem-estar (pp. 153-4). Essa divergência, ainda, vai se fazer sentir nas diferentes visões morais particulares sobre o conceito de justiça. Para ele, a maioria das decisões morais baseadas especificamente no princípio da justiça e na ideia de uma justiça distributiva pode ser justificada por uma radical preocupação com a beneficência, sendo menos frequentes as que se baseiam no princípio do consentimento (p. 156-7).

Em síntese, para ele o princípio do consentimento “*proporciona a base para aquilo que poderia ser chamado de moralidade de autonomia como respeito mútuo*” e o princípio da beneficência “*sustenta o que poderia ser chamado de moralidade da assistência social e solidariedade*” (pp. 159-60).

Percebe-se, desde logo, uma clara hierarquia valorativa entre os princípios que se configuraria diante da existência de conflitos morais a serem solucionados, com supremacia do princípio do consentimento sobre o princípio da beneficência, resultando em inevitáveis consequências no encaminhamento de questões bioéticas envolvendo as políticas públicas de assistência social, sobretudo na assistência à saúde de indivíduos e populações vulneráveis!

Em seguida, no **Capítulo 4** (“O contexto da assistência à saúde: pessoas, países e Estados”), Engelhardt analisa aspectos morais relacionados com a assistência à saúde em um contexto de desigualdades entre as pessoas, criticando a excessiva intervenção dos Estados.

Partindo da afirmação que “*nem todas as pessoas são iguais*” e que tais “*diferenças são a base de igualdades moralmente relevantes*”, Engelhardt

defende que “*essas desigualdades alcançam a textura central das decisões de assistência à saúde*”. Em seguida, questiona os reais interesses envolvidos na intervenção dos Estados em busca de respostas para as questões bioéticas que possam envolver pacientes e profissionais de saúde, sobretudo ao serem consideradas as “*desigualdades morais e financeiras entre as pessoas humanas e as supostas prerrogativas morais dos Estados*”, sendo estas exigidas para regulamentar a assistência à saúde e a distribuição de recursos (p. 169).

Engelhardt defende a existência de **possuidores** (pessoas) e de **posses** (coisas), para defender moralmente o direito de propriedade, que considera fundamental “*na interpretação das justificativas morais para a destinação de recursos escassos, em particular, na assistência à saúde*” (p. 196-7).

Segundo o autor, o corpo de uma pessoa, seus talentos e suas habilidades devem ser considerados como de sua propriedade, bem como tudo aquilo que ela produz, incluindo animais e filhos pequenos. Deste modo, segundo ele, a moralidade de permissão, fundada no princípio do consentimento (respeito mútuo), protege o direito de propriedade e estimula os indivíduos a incorporarem novas posses.

Engelhardt questiona a moralidade das ações públicas de governos que resultem em restrições ao direito individual de propriedade de seus cidadãos, por meio de tributações, ainda que sob a justificativa de estarem praticando políticas públicas distributivas (p. 201). Para Engelhardt, a autoridade moral do Estado, ainda que raramente questionada, é limitada e está sustentada na coação e uso da força; o que explica o fato de o Estado regulamentar de “*maneira dramática o caráter da assistência à saúde*” (p. 213). E acrescenta, *in verbis*:

“A pluralidade das moralidades, bioéticas e políticas de assistência à saúde exige um governo que possa abranger o máximo de diversidade pacífica. [...] As tentativas de justificar um Estado totalmente abrangente não dão resultado. [...] Como consequência, os grandes Estados pluralistas têm limitada

autoridade moral para impor ou estabelecer uma política de assistência à saúde essencial e totalmente abrangente.” (p. 220-1)

Ao final deste capítulo, Engelhardt reforça sua desconfiança acerca da autoridade moral do Estado moderno, fundado no racionalismo iluminista, e de sua legitimidade para cuidar da assistência à saúde, levando em consideração a coexistência de moralidades diversas e de narrativas morais concorrentes. Os processos de tomada de decisões em sociedades democráticas devem considerar os direitos individuais e coletivos, limitando radicalmente a autoridade secular geral dos Estados, permitindo que as pessoas possam *“organizar estruturas sociais e manter direitos civis e direitos de assistência social especiais, inclusive direitos à assistência à saúde” (p. 229-30).*

No **Capítulo 8** (“Direito à assistência médica, à justiça social e à imparcialidade nas alocações para assistência médica: frustrações diante da finitude”), Engelhardt analisa aspectos morais relacionados com a assistência à saúde partindo da afirmação que *“não existe um direito humano, básico, moral secular à assistência à saúde. Nem mesmo em relação a uma assistência à saúde minimamente decente.” (p. 447).*

Engelhardt considera um ato de imoralidade secular, pois moralmente injustificável, *“a imposição de um sistema de saúde abrangente e único”*. Assim justifica, Engelhardt, seu discurso:

“É um ato coercivo de zelo ideológico totalitário, que deixa de reconhecer a diversidade das visões morais que combinam os interesses em assistência à saúde, os limites morais seculares da autoridade do Estado e a autoridade dos indivíduos sobre si mesmos e sua propriedade.” (p. 447)

Diante da impossibilidade de se garantir legitimidade moral para uma entre as várias visões morais sobre a assistência à saúde, Engelhardt entende que seja moralmente enganosa e materialmente impossível respeitar a

liberdade de todos os indivíduos por meio do discurso da justiça social (justiça e imparcialidade), *in verbis*:

“Os recursos a ideias de justiça social na formação das políticas de assistência à saúde podem ser desonestos ao sugerir um acordo canônico em uma reflexão secular moral. Acordos deste tipo não existem. Podem ser demagógicos, provocando o uso coercivo da força não justificada do Estado.” (p. 448)

Engelhardt considera frágeis e conflitantes os quatro objetivos comumente defendidos para uma política de assistência à saúde: “1) Deve ser proporcionada a melhor assistência possível; 2) Deve ser garantida assistência com igualdade; 3) Devem ser respeitadas as liberdades de escolha dos consumidores e dos fornecedores de serviços de saúde; 4) Devem ser limitados os custos da assistência à saúde.” (p. 449). Assim, entre outras observações, Engelhardt entende que não é possível proporcionar a melhor assistência e nem garantir igualdade nesta assistência com limitação de recursos e contenção dos custos, bem como não se pode proporcionar a mesma assistência a todos e ao mesmo tempo respeitar a liberdade dos indivíduos para fazerem suas próprias escolhas sobre o que consideram importante na assistência à saúde.

Para o autor, um sistema de assistência à saúde que considere suas limitações morais e financeiras precisa aceitar que desigualdades no acesso à assistência à saúde são moralmente inevitáveis e aceitar que os custos dos serviços de saúde devem ser suportados por um sistema de saúde economicamente eficiente. Ou seja, a existência de desigualdades sociais não autoriza o uso da força contra os indivíduos que possuem os recursos a fim atender as necessidades dos despossuídos, haja vista que tais limitações de recursos são circunstanciais e devem ser moralmente respeitadas. De forma simplista, Engelhardt procura justificar as circunstâncias relacionadas com as desigualdades sociais por meio do que ele denomina **loteria natural** e **loteria social**.

Ao abordar a loteria natural, Engelhardt considera que as pessoas nascem com características que as tornam mais ou menos vulneráveis aos

problemas de saúde, o que cria desigualdades entre os indivíduos, colocando alguns em desvantagem, mas que tais circunstâncias não devem gerar obrigação moral secular direta para os demais indivíduos em ajudar os menos favorecidos (vulneráveis). Quanto à loteria social, descrita por ele como resultado das escolhas e das ações pessoais, com imprevisibilidade nos resultados, dada a complexidade das interações e dos contextos sociais em que vivem as pessoas, cabe aos indivíduos construir seu próprio futuro e determinarem suas condições de vida e a quantidade de recursos dos quais poderão dispor, tornando-se pobres ou ricos.

Engelhardt busca diferenciar um sistema em que as posses de propriedades são livres, mediante justa aquisição ou justa transferência, daquele em que as posses são garantidas por meio de uma distribuição beneficente das propriedades, mediante maiores benefícios para maior número de pessoas ou mais vantagens para os menos favorecidos. No primeiro caso, moralmente não se admite que as posses de alguns sejam afetadas pelas necessidades dos outros; no segundo caso, as posses serão compulsoriamente afetadas pelas necessidades dos outros.

Segundo o autor, a existência de propriedades privadas, ainda que seja a responsável pelas desigualdades, não pode ser prejudicada pela autoridade moral secular, devendo os programas de justa distribuição de recursos se restringirem aos bens de propriedade comum (recursos públicos). Desta forma, serão moralmente condenáveis os sistemas de assistência à saúde que se pretendam abrangentes (universalidade) e igualitários (equidade), uma vez que *“aqueles que são ricos sempre têm liberdade moral secular para comprar mais e melhor assistência à saúde.”* (p. 457).

Para ele, a igualdade na distribuição de assistência à saúde é problemática e tem sido muito difícil identificar sistemas de saúde igualitários em qualquer parte do mundo. Na assistência à saúde as desigualdades costumam assumir um caráter dramático, dependentes não somente das condições de saúde mas de outros fatores como sexo, renda e condição social.

Abordando a questão da justiça na distribuição dos recursos sanitários, Engelhardt diferencia uma justiça baseada na permissão e uma justiça baseada nos objetivos. Assim, para ele, nas alocações para assistência à saúde de acordo com a justiça baseada na permissão, as restrições de recursos devem respeitar as livres decisões das pessoas (escolhas), incluindo seus direitos de propriedade. De modo diverso, nas alocações para assistência à saúde de acordo com a justiça baseada nos objetivos, a distribuição de recursos, a fim de proporcionar um justo padrão de assistência à saúde, deve considerar as reais necessidades dos indivíduos (e não os simples desejos) e equacionar os recursos entre os diferentes objetivos (demandas) da área da saúde, bem como de outras áreas não relacionadas com a saúde.

O autor entende ser moral e legitimamente defensável que os Estados, na implementação de políticas seculares de assistência à saúde, de acordo com suas constituições, limitem-se a tomar decisões de alocação de recursos exclusivamente sobre propriedades comunais (recursos públicos) e não sobre as propriedades privadas. Neste ponto, Engelhardt passa a defender um sistema de assistência à saúde de várias camadas, quando afirma que, *in verbis*:

“Os sistemas públicos de assistência à saúde são tentativas comunais de dar garantias contra as perdas nas loterias naturais e sociais, por meio da beneficência humana planejada.” (p. 481)

Considerando que nem toda propriedade é privada e, de igual modo, que nem toda propriedade é comunal, a existência de um sistema de várias camadas de assistência à saúde (sistema misto) reflete a existência de propriedades comunais e privadas, de interesse social (público) e de interesse individual (particular); logo, para Engelhardt, *“um sistema de duas camadas com desigualdade na distribuição de assistência à saúde é moral e materialmente inevitável”* (p. 482). Um sistema de saúde deste natureza representa um compromisso, pois proporciona alguma assistência à saúde para quase todos e autoriza aos que dispõem de recursos poderem comprar serviços adicionais ou melhores.

Ao final, Engelhardt conclui que as diversidades morais e a necessária convivência pacífica entre estranhos morais justificam a existência de sistemas de saúde segmentados e com diferentes níveis de assistência, refletindo a multiplicidade de decisões explícitas e implícitas sobre determinados objetivos e valores. Ademais, segundo ele, nossas limitações morais seculares não nos autorizam a defender uma uniformidade nos serviços de assistência à saúde, sendo inadequado exigir que os outros – estranhos morais – aceitem nossa visão moral ou concordem com nossa interpretação essencial sobre justiça e de imparcialidade.

Engelhardt voltará a discutir este modelo de assistência à saúde em seu livro **Fundamentos da Bioética Cristã Ortodoxa** (2003)⁶¹, onde propõe um “*sistema de assistência à saúde ortodoxo*” (p. 484). Nesta obra, em linhas gerais, expõe as deficiências e as limitações da ética secular e a incapacidade da razão de propor uma (bio)ética de conteúdo universal – um claro confronto entre uma bioética pluralista e secular com uma bioética fundada em valores cristãos e absolutos.

Em seu mais recente livro, **Bioética Global: O colapso do consenso** (2012a)⁶², Engelhardt (2012b)⁶³ volta a criticar a diversidade moral pós-moderna que permitiu fragmentar os discursos bioéticos e impossibilitou a construção de um consenso na busca de soluções para nossas controvérsias.

Como exemplo desta crítica, o autor se insurge contra a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, ao afirmar que a mesma é um pretenso “*consenso moral em defesa de uma moralidade comum que é tida com a base sustentadora e uma noção comum de uma bioética canônica e da política de saúde que ela defende.*” (p. 22). E acrescenta, *in verbis*:

“A Declaração é marcada pela vacuidade geral de seus princípios, assim como por sua incapacidade de considerar seriamente a disparidade moral característica da era contemporânea. Existe, por assim dizer, um desejo de negar o desafio da diversidade moral à governança e à estabilidade política: não pode haver nenhum consenso moral substantivo.” (p. 22)

Engelhardt entende, na medida em que um consenso moral ou bioético não possa existir num contexto de pluralidade moral, que *“uma falsa consciência ou ideologia dominante pode promover uma bioética particular e sua política de saúde (...)”* (p. 24).

6.2 O PRINCÍPIO DA JUSTIÇA EM BEAUCHAMP E CHILDRESS

Tom Beauchamp é um filósofo estadunidense, tendo se graduado pela *Southern Methodist University* (1963) e se doutorado em Filosofia pela *The Johns Hopkins University* (1970). Participou da *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* que elaborou o Relatório Belmont (*Belmon Report*, 1978). Em seguida, junto com James Childress, escreveu a conhecida obra *The Principles of Biomedical Ethics* (1979). Beauchamp é especialista em filosofia moral, ética animal e ética biomédica, professor de filosofia na *Georgetown University* (Washington, D.C.) e pesquisador sênior do *Kennedy Institute of Ethics*.

James Childress é um teólogo e filósofo estadunidense, tendo se graduado em Teologia pela *Yale School of Divinity* e se doutorado em Filosofia pela *Yale University*. Childress desenvolve estudos sobre ética, particularmente sobre ética biomédica. Atualmente é professor de Ética na *University of Virginia* e ensina Políticas Públicas na *Frank Batten School of Leadership and Public Policy*. Ele também é professor de Educação Médica naquela universidade e dirige seu *Institute for Practical Ethics and Public Life*. James Childress é coautor do livro *The Principles of Biomedical Ethics*, atualmente em sua sétima edição (2013).

A clássica obra de Beauchamp e Childress, cuja primeira edição foi publicada em 1979, sendo as três seguintes em 1983, 1989 e 1994. A única tradução brasileira (**Princípios de Ética Biomédica**, 3ed. Loyola, 2013) foi elaborada a partir da quarta edição (1994). A obra busca descrever os princípios *prima facie* selecionados pelos autores e aplicáveis às questões morais envolvidas com diferentes situações da prática biomédica.

Em nosso estudo, utilizando a mais recente edição desta obra, sem tradução brasileira – *The Principles of Biomedical Ethics* (7th.ed., 2013)⁶⁴ – foram analisadas as ideias dos autores expostas especialmente no Capítulo 7 (*Justice*), no qual é discutido o acesso aos cuidados de saúde a partir dos conceitos de justiça (*justice*) e de justiça distributiva (*distributive justice*).

Neste capítulo, Beauchamp e Childress (B&C) enfatizam a importância de se discutir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde

sob o ponto de vista da justiça (*justice*), tanto do ponto de vista local (*particular societies*) como de forma global (*global community*), *in verbis*:

“Inequalities in access to health care and in health status, combined with dramatic increases in the costs of health care, have fueled debates about what, if anything, justice requires of particular societies and the global community.” (p. 249)

Partindo de três questões iniciais, propostas de forma sequencial, os autores pretendem discutir: a) se de fato tais desigualdades no acesso e os elevados custos financeiros são problemas de justiça (*justice*) a serem enfrentados pelo sistema de saúde (*health policy and health care institutions*); b) se as desigualdades e os elevados custos são ameaças para o acesso e para uma adequada distribuição (*proper distribution*) dos recursos em saúde, e, por fim, c) quais princípios de justiça (*principles of justice*) devem ser aplicados na distribuição dos cuidados de saúde (*health care*).

De início, os autores buscam conceituar os termos justiça (*justice*) e justiça distributiva (*distributive justice*) e aproveitam para analisar diversas teorias (*general theories*) sobre justiça distributiva. Outrossim, discutem determinados problemas das políticas de saúde nacional (EUA) e internacional (de outros países), com ênfase em certos problemas persistentes relacionados com a justiça social, como a natureza da oportunidade justa (*fair opportunity*) e da discriminação injusta (*unfair discrimination*) nos cuidados de saúde, questões como vulnerabilidade e abusos em pesquisas biomédicas, a defesa do direito aos cuidados de saúde (*right to health care*) e do direito à saúde (*right to health*), a plausibilidade de uma teoria da justiça global (*theory of global justice*) e, por fim, a importância da alocação de recursos e do estabelecimento de prioridades nas políticas de saúde bem como os critérios adequados de racionamento de cuidados de saúde em situações de escassez de recursos.

Para os autores, termos como equidade (*fairness*), mérito (*desert*) e prerrogativas (*entitlement*) são utilizados para definir o termo justiça (*justice*). Tais conceitos consideram a justiça como uma forma de garantir o que é

adequado ou devido às pessoas. De igual modo, o termo justiça distributiva (*distributive justice*) pode ser usado para designar uma adequada distribuição de benefícios e encargos por meios de normas que organizam as relações sociais (*social cooperation*) – entre esses benefícios e encargos estão as propriedades, os recursos, os tributos, os privilégios e as oportunidades.

Segundo B&C, nenhum princípio moral isoladamente é capaz de resolver todos os problemas de justiça, *in verbis*: “*No single moral principle is capable of addressing all problems of justice.*” (p. 250).

Neste ponto, os autores descrevem um princípio formal de justiça, tradicionalmente atribuído a Aristóteles, segundo o qual “*indivíduos iguais devem ser tratados igualmente e indivíduos desiguais devem ser tratados desigualmente*”. Eles apresentam suas críticas na adoção de um princípio formal de justiça vinculado aos conceitos de igualdade e desigualdade, haja vista a dificuldade de serem estabelecidos critérios relevantes para distinção entre as características de indivíduos ou grupos que devem ser consideradas prioritárias na distribuição dos recursos públicos. Portanto, uma vez caracterizada a fragilidade de um princípio formal (de justiça) – “*The formal principle lacks all substance*” – as respostas devem ser buscadas em princípios materiais de justiça – “*Answers require material principles of justice*” (p. 251).

B&C sustentam a ideia de que são os princípios materiais os mais adequados para a justa distribuição dos recursos (equidade), uma vez que os mesmo identificam de forma concreta as propriedades dos recursos a serem distribuídos. Utilizando o exemplo do chamado princípio da necessidade, os autores defendem que fica claro estabelecer que recursos públicos essenciais, como cuidados de saúde, devem ser distribuídos de acordo com a necessidade.

Os autores chamam atenção para a importância de se estabelecerem limites para as necessidades individuais ou coletivas, devendo a justa distribuição considerar as necessidades fundamentais por recursos essenciais – “*Presumably our obligations are limited to fundamental needs for essential resources*”. Ademais, os autores entendem que a necessidade

fundamental de um dado recurso essencial deve estar fortemente vinculada com a ideia de que a não disponibilidade deste recurso e/ou o não atendimento desta necessidade causará um dano ou afetará nocivamente o indivíduo necessitado.

Para ele, apesar da importância do conceito de necessidades fundamentais para as decisões sobre critérios de distribuição nas políticas públicas, como, por exemplo, acesso a cuidados hospitalares, o princípio da necessidade é apenas um entre vários princípios materiais de justiça que podem ser adotados para uma justa distribuição de recursos – *“This principle is only one among several plausible material principles of justice”*.

Em oposição ao princípio da necessidade, B&C citam o princípio do livre mercado, que poderia ser adotado para determinar as regras para as políticas públicas. Assim, esclarecem os autores, atualmente as políticas públicas e institucionais baseadas em critérios de justiça distributiva devem contrapor (aceitando ou rejeitando) diferentes princípios materiais de justiça, adotando procedimentos que possam permitir uma adequada ponderação entre princípios. Em regra, os princípios materiais devem identificar propriedades moralmente relevantes que os indivíduos devem possuir para se qualificarem a receber determinados recursos; todavia, existem situações teóricas e práticas que dificultam a justificação de propriedades supostamente relevantes.

Os autores descrevem seis (06) princípios materiais de justiça presentes em diversas teorias gerais de justiça (*general theories of justice*) para abordar a questão da justiça distributiva. Neste sentido, adotam um critério temporal para separar essas teorias de justiça: denominam as quatro (04) primeiras de **teorias tradicionais** (*traditional theories*) e as outras duas (02) de **teorias modernas** (*recent theories*). Acrescentam que estas seis teorias permitem identificar diversos princípios gerais que podem contribuir para a discussão sobre problemas de justiça em diferentes contextos de ética biomédica, cuidados de saúde, saúde pública e políticas de saúde.

No grupo das quatro teorias tradicionais estão: 1) as teorias utilitaristas; 2) as teorias liberais; 3) as teorias comunitaristas; e 4) as teorias

igualitárias. As duas teorias modernas descritas pelos autores são: 5) teoria das capacitações e 6) teoria do bem-estar (p. 252).

Segundo os autores, cada uma dessas teorias, respectivamente, descreve de forma teórica um princípio fundamental de justiça distributiva: 1) para cada pessoa de acordo com regras e ações que maximizam a utilidade social; 2) para cada pessoa o máximo de liberdade e de propriedade resultantes do exercício dos direitos de liberdade e de participação em trocas justas em um livre mercado; 3) para cada pessoa de acordo com princípios de distribuição justa derivados do conceito do bem desenvolvido em comunidades morais; 4) para cada pessoa uma medida idêntica de liberdade e de acesso aos recursos que toda pessoa racional valoriza; 5) para cada pessoa os meios necessários para o exercício de suas capacidades essenciais em busca de uma vida próspera; 6) para cada pessoa os meios necessários para a realização das dimensões centrais do bem-estar (p. 253).

Os autores entendem que esses princípios costumam ser considerados concorrentes, todavia nada impede que dois ou mais princípios possam ser adotados concomitantemente. Na realidade, a maioria das sociedades adota mais de um desses princípios materiais na formulação de políticas públicas para diferentes contextos.

Segundo B&C, em regra, as teorias de justiça distributiva, quer sejam as tradicionais ou as modernas, vinculam os atributos moralmente relevantes das pessoas aos benefícios e encargos moralmente justificáveis, não devendo ser classificadas como de menor ou de maior importância, apesar da significativa influência que as teorias igualitárias representaram na construção das duas teorias modernas.

Concluindo, os autores interpretam que as seis teorias apresentadas são bem sucedidas, ainda que parcialmente, em trazer coerência e abrangência às nossas multifacetadas, e às vezes fragmentadas, concepções de justiça social. Políticas para distribuição e acesso aos cuidados de saúde em

diversos países representam para eles importantes situações para verificar os conflitos entre essas teorias.

Para os autores, esses países procuram disponibilizar cuidados de saúde de alta qualidade para todos os cidadãos, ao mesmo tempo que protegem os recursos públicos por meio de programas e políticas de contenção de custos que estabelecem limites justos. Muitas dessas políticas promovem um ideal de igualdade de acesso aos cuidados de saúde para todos (universalidade), incluindo os indigentes, enquanto mantêm aspectos de um ambiente competitivo e de livre mercado. Nessa linha de ideias, interpretam que metas louváveis de cuidados excepcionais, igualdade de acesso, livre escolha, eficiência social e bem-estar são todas justificáveis de alguma forma, mas também são difíceis de serem realizadas em um sistema social e em uma teoria da justiça; para eles, perseguir uma meta pode resultar em não atender outra.

De acordo com B&C, provavelmente nunca houve um Estado ou uma ordem mundial que estivesse fundada exclusivamente em apenas uma dessas teorias da justiça. Elas fornecem modelos, mas não instrumentos verdadeiramente práticos. O uso adequado dos princípios de justiça nessas teorias tem enorme significado prático para a ética biomédica e para os cidadãos, como tentarão demonstrar no restante deste capítulo, sem, contudo, avaliar os méritos relativos dessas teorias, mas utilizá-las como apoio, sobretudo o pensamento igualitário aplicado à distribuição dos cuidados de saúde e dos recursos públicos de saúde.

Segundo B&C, entre as características mais influentes do pensamento igualitário está a **regra da oportunidade justa** (*fair opportunity*), especialmente presente na teoria rawlsiana, na qual a regra determina que se estabeleçam **condições de igualdade justa de oportunidades** (*conditions of fair equality of opportunity*) (pp. 262-3).

Por vezes, basear ações ou desenvolver políticas de distribuição de benefícios considerando propriedades irrelevantes e fundadas em diferenças para as quais o indivíduo afetado não é responsável, como gênero, etnia, nacionalidade ou condição social, pode ser um ato discriminatório –

discriminação injusta (*unfair discrimination*) (p. 262). Assim, a regra pressupõe que os indivíduos não devem receber benefícios sociais com base em vantagens ilegítimas, porque eles não merecem essas vantagens, bem como não devem ser negados benefícios sociais com base em desvantagens injustas, porque eles não são responsáveis por essas desvantagens.

Quando as pessoas não são responsáveis por suas incapacidades, a regra da oportunidade justa exige que elas recebam auxílio para reduzir ou superar os efeitos negativos da **loteria da vida sobre sua saúde** (*life's lottery of health*). Assim, para John Rawls, diante de desvantagens injustas, resultado da loteria natural e/ou da loteria social, a oportunidade justa pode ser garantida mediante adoção da **regra da reparação** (*rule of redress*) (p. 263-4).

Para B&C, os atuais sistemas sociais de distribuição de benefícios e encargos podem precisar de profundas revisões para que tal regra seja implementada. Em vez de permitir amplas desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e na qualidade da assistência – com base nas contribuições do empregador, riqueza e afins – a justiça pode ser alcançada apenas se as desigualdades que reduzem as oportunidades forem previamente resolvidas. A partir dessa perspectiva, uma regra estrita de oportunidade justa mostra-se excessivamente exigente.

Segundo os dois autores, os autores liberais salientam, com razão, que os recursos limitados restringirão a implementação dessa regra, mas suas críticas vão longe demais quando sustentam que algumas desvantagens são apenas infelizes, enquanto outras são injustas e, portanto, a justiça tem obrigação de corrigir somente essas últimas (as injustas). Enfim, argumentam que não há linhas claras que diferenciem o injusto do infeliz – ou os programas de alocação justos dos injustos – e que enfatizar a oportunidade justa sem referência ao bem-estar resulta em uma inadequada consideração da justiça.

Nas duas últimas sessões do capítulo, B&C passam a discutir o acesso aos cuidados de saúde relacionados com uma visão particular de justiça – o que eles denominam de **princípio da justiça**. Para eles, os problemas de

justiça no acesso aos cuidados de saúde apresentam-se de maneiras diferentes em diversas partes do mundo, mas a questão da distribuição dos recursos públicos é central em qualquer sociedade. A principal barreira econômica para o acesso aos cuidados de saúde em muitos países é a falta de financiamento dos serviços.

Discutindo problemas de financiamento para garantia de acesso aos cuidados de saúde por meio de **seguros** (*insurance*), BC argumentam que as pessoas afetadas podem se encontrar **sem seguros** (*uninsured*), **inaseguráveis** (*uninsurable*), **parcialmente seguradas** (*underinsured*) ou **apenas temporariamente seguradas** (*only occasionally insured*). Neste sentido, esclarecem que tais situações decorrem de um sistema de financiamento complexo que opera com diversas faixas de preços e diferentes coberturas, notadamente gerador de enormes distorções (e injustiças) (p. 270-1).

Para B&C, parece existir um consenso social nos EEUU de que todos os cidadãos devem poder obter acesso equitativo aos cuidados de saúde, incluindo cobertura de seguro. Entretanto, esse consenso é vacilante (*content-thin*) em relação ao papel do governo, aos métodos de financiamento dos seguros e da assistência médica e ao significado de "acesso equitativo". Assim, não está claro como um consenso tão frágil pode gerar um consenso secundário (acordo) sobre como implementar um sistema de saúde de acesso equitativo. Problemas semelhantes estão presentes em muitos países.

A partir dessa reflexão, os autores descrevem dois argumentos morais em defesa do direito aos cuidados de saúde mediante financiamento estatal (*government-funded*): **1) argumento da proteção social coletiva e 2) argumento da oportunidade justa.**

O primeiro argumento qualifica as necessidades de saúde de modo similar a outras necessidades consideradas como essenciais, como a segurança e a proteção ambiental. Os cuidados de saúde sendo serviços essenciais devem ser garantidos pelo governo (dever do Estado), haja vista que a saúde é uma responsabilidade coletiva. Segundo eles, este argumento vem sendo criticado por

autores liberais, pelo fato de entenderem que as responsabilidades do governo não são obrigatórias e nem essenciais. De modo diverso, de acordo com as teorias não liberais, os bens e serviços de saúde são equiparados a outros serviços governamentais essenciais, gerando uma obrigação pública para seu fornecimento.

O segundo argumento sustenta o primeiro argumento por meio da regra da oportunidade justa, na qual a justiça das instituições sociais deve ser considerada pela propensão em mitigar as perdas de oportunidades provocadas por infortúnios imprevisíveis não controlados pelos indivíduos. As necessidades de cuidados de saúde são maiores entre as pessoas gravemente doentes ou severamente lesionadas, resultando em custos incontroláveis e avassaladores, principalmente se pioram suas condições de saúde.

Um problema relacionado com o direito aos cuidados de saúde está em determinar quais direitos devem ser garantidos. Neste sentido, há uma abordagem que propõe o direito de acesso igualitário (*equal access*) aos recursos de saúde. No mínimo, isto significa que todas as pessoas tenham o direito de não serem impedidas de obter cuidados de saúde, mas esta singela expressão de um direito não garante que os outros devam fornecer quaisquer bens, serviços ou recursos de saúde.

Um significativo direito de acesso aos cuidados de saúde deve incluir a prerrogativa de obter bens e serviços especificados aos quais cada pessoa qualificada tem uma idêntica pretensão. E uma interpretação literal deste direito significa que todas as pessoas, em qualquer lugar, devem ter acesso igualitário a todos os bens e serviços disponíveis para qualquer pessoa. Em vez disso, B&C defendem que o direito a um **mínimo decente** (*decent minimum*) de cuidados de saúde representa um objetivo mais atraente e realista – provavelmente o único objetivo a ser atingido. Este objetivo moderado e igualitário é de acessibilidade universal (pelo menos em uma comunidade política) para os cuidados básicos de saúde e para os recursos relacionados com a saúde.

A concepção padrão dos autores aqui apresentados significa um sistema de saúde em dois níveis de assistência: cobertura social reforçada para

necessidades de saúde básicas e catastróficas (nível 1), juntamente com cobertura privada voluntária para outras necessidades e desejos de saúde (nível 2). No segundo nível, serviços diferenciados e opcionais, como alojamentos luxuosos em hospitais e tratamento odontológicos estéticos, estarão disponíveis mediante contratação de seguros privados de saúde (planos de saúde) ou pagamento direto. O primeiro nível atenderia as necessidades de saúde por meio de acesso universal aos serviços básicos; este nível supostamente cobre, pelo menos, proteções de saúde pública e cuidados preventivos, cuidados primários, cuidados intensivos e serviços sociais especiais para pessoas com deficiências. Todavia, segundo B&C, este modelo de rede de segurança para todos reconhece que as obrigações da sociedade não são ilimitadas.

O mínimo decente, assim concebido, oferece um compromisso possível entre várias teorias da justiça, porque incorpora algumas premissas morais que a maioria das teorias busca enfatizar. Ou seja, garantia de cuidados básicos de saúde para todos como uma premissa de acesso igualitário, permitindo aquisições adicionais de bens e serviços de saúde pelos indivíduos, conciliando formas privadas e públicas na distribuição dos recursos. Assim, para eles, um sistema de saúde que encontre apoios em cada uma dessas propostas pode se tornar a abordagem mais justa para a reforma democrática do sistema. Segundo B&C, não existe atualmente – e provavelmente nunca existirá – uma única e factível teoria de justiça.

Para eles, uma razoável participação pública é indispensável em qualquer processo para estabelecimento de um mínimo decente e na decisão acerca do conjunto de bens e serviços a serem ofertados (e a serem recusados). Assim, questões sobre alocação, racionamento e definição de prioridades devem ser enfrentadas como parte do processo. Segundo os autores, quando padrões substantivos são contestados em relação a um mínimo decente ou a um nível adequado de cuidados de saúde, procedimentos justos para chegar a um acordo podem ser o único recurso.

O direito à saúde e o direito aos cuidados de saúde encontram dificuldades teóricas e práticas na **alocação, racionamento e estabelecimento**

de prioridades. Decisões sobre alocação de determinados bens e serviços costumam produzir efeitos sobre outras alocações e normalmente envolvem escolhas entre opções desejáveis. Estabelecimento de prioridades nos cuidados de saúde é tema amplamente discutido e urgente para uma justa política de saúde (*just health policy*). B&C entendem que em muitos países é particularmente difícil estruturar prioridades claras nas decisões de alocação, com gastos cada vez mais elevados, resultado de diversos fatores como aumento nos preços dos seguros de saúde, incorporação de novas tecnologias (diagnósticas e terapêuticas), deterioração das condições de saúde e o aumento na expectativa de vida da população.

Esses problemas diretamente relacionados às políticas de saúde contemporâneas são extraordinariamente complicados. A dificuldade para estabelecer prioridades está em como determinar o que deve ser feito quando os recursos são insuficientes para fornecer todos os cuidados de saúde que tecnicamente são possíveis fornecer. As mais conhecidas estratégias para definir prioridades nos cuidados de saúde costumam estar fundamentadas em teorias econômicas (*health economics*), utilizando análises de custo-efetividade ou de custo-utilidade. Assim, os cuidados de saúde são quantificados e busca-se uma tentativa de incorporar o resultado diretamente às políticas públicas, medindo o impacto das intervenções tanto na duração como na qualidade de vida dos usuários.

Representantes de quase todos os tipos de teorias da justiça, além dos utilitaristas, levantaram objeções a essa estratégia para estabelecer limites. Acusações de discriminação contra bebês, idosos e deficientes (especialmente aqueles com incapacitações permanentes e os doentes terminais), bem como incertezas sobre como julgar ganhos na qualidade de vida, levaram muitos a concluir que o apelo ao modelo da análise de custos permite escolhas injustas e inadmissíveis na definição de prioridades.

Embora não haja consenso nas políticas de saúde e nem na ética biomédica (bioética, para diferentes autores), muitos autores são sensíveis ao uso de estratégias orientadas para serviços públicos capazes de gerar informações que possam ser consideradas pela população e pelos gestores públicos. Deste

modo, preferências públicas, argumentos sólidos de diferentes opções políticas e conhecimento da literatura sobre ética e políticas de saúde podem ajudar a substituir ou restringir as escolhas moralmente questionáveis indicadas pela análise econômica.

Para B&C, uma estratégia tentadora é abandonar completamente o recurso às teorias da justiça ou uni-las ao uso de deliberação democrática entre pessoas justas que buscam cooperativamente chegar a decisões sobre prioridades. A chamada justiça processual pura e mecanismos deliberativos justos capazes de apoiar os procedimentos democráticos defendem essa abordagem, juntamente com processos de revisão e apelação. Uma característica central neste enfoque é a inclusão de um corpo representativo de pessoas justas capazes de aumentar a responsabilidade pela razoabilidade na definição de prioridades, contribuindo assim para o objetivo de ter todas as razões relevantes consideradas.

Uma opção possível é recorrer diretamente às preferências do público quando surgirem questões de escolha. As respostas dadas pelo público são muitas vezes notavelmente diferentes daquelas encontradas na análise econômica, porque o público considera mais profundamente fatores como incapacidades severas e tecnologias que salvam vidas. De acordo com os autores, contudo, essa abordagem enfrenta problemas. Não está claro como solicitar e agregar as preferências dos membros do público – e também não é claro quando as preferências podem influenciar no encaminhamento de políticas públicas. Esses são problemas de como formular uma pergunta de forma justa, de modo que a questão não determine o resultado, e também de como aferir a validade das preferências. As tentativas de eliminar preferências indevidas tendem a recorrer à justiça, situação que, por si mesma, merece um exame cuidadoso da adequação.

As preferências da maioria, independentemente de quão bem informadas e justas, podem produzir resultados injustos. A literatura permanece relativamente pouco clara sobre como se proteger contra esses resultados injustos, se os cidadãos que decidem poderiam satisfazer as exigências da

verdadeira democracia deliberativa e, até que ponto poderiam chegar a um autêntico acordo. Para os autores, a conclusão é que no momento nos falta uma estratégia confiável e exequível para estabelecer prioridades e limites por esse método. Embora alguns bioeticistas (*some in biomedical ethics*) estejam prontos para abandonar as principais teorias da justiça anteriormente discutidas, essas teorias continuam a ter influência. O que parece improvável é a possibilidade de uma dessas teorias destituir as demais na tentativa de apreender nosso senso de justiça na distribuição dos cuidados de saúde.

B&C descrevem quatro objetivos compatíveis com a justiça e as políticas nacionais de saúde. O primeiro objetivo é o livre acesso a um mínimo decente de cuidados de saúde e assistência médica, por meio de um seguro de saúde com cobertura universal que garanta o direito aos cuidados de saúde (assistência médica). O segundo objetivo é desenvolver incentivos adequados para médicos e para clientes (*consumer-patients*) – a menos que haja limites nas despesas com saúde, os gastos fiquem fora de controle e a necessidade de racionamento nos cuidados básicos de saúde (*first tier*) ameaçará o objetivo de fornecer um mínimo decente. O terceiro objetivo é construir um sistema justo de racionamento que não viole o padrão mínimo decente – embora o racionamento às vezes seja necessário, visto que um rigoroso racionamento nos cuidados básicos de saúde (*first tier*) poderia ameaçar os fundamentos morais do empreendimento. Por fim, o quarto objetivo é implementar um sistema de forma gradual, sem interrupção drástica das organizações essenciais que financiam e prestam cuidados de saúde (assistência médica).

Na obra dos autores, várias propostas cuidadosamente fundamentadas tentam atender a esses objetivos, pelo menos parcialmente. Apesar de muitas diferenças, essas propostas se enquadram em dois grupos: sistemas unificados e sistemas pluralistas. Sistemas unificados buscam primariamente a justiça igualitária, com uma preocupação utilitarista em segundo plano, enquanto sistemas pluralistas adotam uma abordagem utilitarista (eficiência e ampla cobertura) com liberdade de escolha para consumidores, pacientes e provedores, considerando a justiça igualitária em segundo plano.

Neste sentido, B&C defendem a adoção de um sistema de saúde misto ou duplo (*two-tier system*) – unificado para os cuidados básicos de saúde (*first tier*) e pluralista para cuidados excepcionais e opcionais (*second tier*). Adotam o termo racionamento (*rationing*) para designar o estabelecimento de prioridades nos orçamentos de saúde, diante da existência de recursos limitados.

Após examinarem uma série de abordagens sobre a justiça, incluindo seis teorias da justiça, com ênfase nas abordagens igualitária e utilitarista, B&C sustentam que nenhuma teoria de justiça isolada ou sistema de distribuição de cuidados de saúde é suficiente para uma reflexão finalística para resolver o problema central das políticas de saúde que é o acesso de todas as pessoas aos serviços existentes e teoricamente disponíveis de serem acessados. A riqueza de nossas práticas e crenças morais, segundo eles, ajuda a explicar porque diversas teorias da justiça receberam habilidosas defesas. Na ausência de um consenso social sobre essas teorias, esperam que as políticas públicas por vezes valorizem elementos de uma teoria e outras vezes enfatizem elementos de outra teoria. Contudo, de acordo com os autores, a existência de inúmeras teorias não serve para justificar a abordagem fragmentada que muitos países adotaram em seus sistemas de saúde.

B&C prosseguem, quase concluindo, que os países que não dispõem de um sistema abrangente e coerente de financiamento e de prestação de cuidados de saúde estão destinados a continuar no caminho dos custos mais elevados e com um grande número de cidadãos desprotegidos. Segundo eles, estas nações precisariam melhorar tanto a utilidade (eficiência) quanto a justiça (equidade e igualdade).

Embora a justiça e a utilidade à primeira vista pareçam ser valores opostos e muitas vezes tenham sido apresentadas como tais na teoria moral, ambas as abordagens são indispensáveis na formação de um sistema de saúde. Criar um sistema mais eficiente cortando custos e fornecendo incentivos apropriados, pode entrar em conflito com a meta de acesso universal à saúde, uma vez que os objetivos de cobertura universal baseados em justiça também

podem tornar o sistema ineficiente. Inevitavelmente, as composições entre igualdade e eficiência ocorrerão.

Para os autores, as políticas de acesso justo aos cuidados de saúde, as estratégias de eficiência em instituições de saúde e as necessidades globais para a redução das condições prejudiciais à saúde superam em importância social todas as demais questões. Justiça global e sistemas nacionais de saúde justos são objetivos distantes para milhões de pessoas que se deparam com profundas barreiras para alcançar tais objetivos.

Desta forma, B&C entendem – de maneira híbrida – como exequíveis o reconhecimento dos direitos globais à saúde e os direitos aplicáveis ao mínimo decente de cuidados de saúde dentro de uma estrutura de alocação que incorpore padrões utilitários e igualitários. Essa perspectiva, segundo eles, reconhece a legitimidade das composições entre eficiência e justiça, uma posição que espelha a insistência ao longo deste livro sobre a possibilidade de eventuais conflitos entre os princípios da beneficência e da justiça e a necessidade de uma composição harmônica entre ambos.

6.3. A EQUIDADE SANITÁRIA EM NORMAN DANIELS

Norman Daniels é um filósofo político e bioeticista estadunidense, tendo se graduado em Filosofia e Psicologia (B.A.) pelo *Balliol College, Oxford* e se doutorado em Filosofia pela *Harvard University*. Atualmente é professor de *Population Ethics* e de *Ethics and Population Health* na *Harvard School of Public Health* (Boston, MA). Anteriormente foi professor de Filosofia Política na *Tufts University* (Medford, MA) e de Ética Médica na *Tufts University School of Medicine* (Boston, MA). Atuou como consultor sobre questões relacionadas com justiça e políticas de saúde para diversas organizações internacionais e comissões, como a ONU (Organização das Nações Unidas, a OMS (Organização Mundial de Saúde) e a *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research* – uma comissão permanente de estudos sobre bioética vinculada ao gabinete da presidência dos Estados Unidos. Autor de diversos livros, entre os quais destacamos, para as finalidades da presente tese, *Just Health Care* (1985) e *Just Health: Meeting Health Needs Fairly* (2008).

Em sua clássica obra sobre justiça e cuidados de saúde – *Just Health Care* – Norman Daniels (1985)⁶⁵ procura demonstrar a importância moral dos cuidados de saúde nas políticas sociais e sua inserção nas estruturas políticas e econômicas da sociedade. O autor defende uma teoria de justiça distributiva aplicável aos cuidados de saúde e que os princípios estabelecidos em sua teoria são universais (possuem aplicação global), destinando-se às sociedades de todos os níveis de desenvolvimento, desde países mais ricos até países mais pobres. Ademais, ele estabelece que uma justa distribuição dos recursos de saúde, ainda que em situações de escassez, deve ser orientada para reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde mediante uso da razoabilidade, preconizando o que podemos denominar de **equidade sanitária**.

Partindo de três questões fundamentais, Norman Daniels (2001)⁶⁶ busca explicitar seu conceito de justiça distributiva sanitária (equidade sanitária). Para o autor, devemos inicialmente responder as seguintes perguntas: 1) Qual a especial importância moral dos cuidados de saúde? (*What is the special moral importance of health care?*); 2) Quais desigualdades em saúde são injustas?

(*Which inequalities in health are unjust?*); 3) Quando os limites à assistência médica são justos? (*When are the limits of medical care fair?*).

A primeira questão nos propõe uma reflexão sobre o valor moral da assistência à saúde (cuidados de saúde) frente a outras necessidades moralmente relevantes e que podem (ou devem) ser igualmente ou preferencialmente consideradas. A esta questão, Norman Daniels sugere considerarmos moralmente relevante os cuidados de saúde, dada a existência de uma forte relação entre os cuidados de saúde e a proteção das oportunidades. Assim, sugere que um **princípio de justiça distributiva sanitária** deva garantir um sistema de saúde capaz de proteger a igualdade de oportunidades para os indivíduos ou dar maior prioridade para melhorar as condições dos que dispõem de menos oportunidades.

A segunda questão nos remete a um conceito de saúde mais amplo, não apenas restrito aos cuidados de saúde ou à assistência médica, importando em condições de justiça social garantidoras de liberdades iguais, oportunidades iguais e uma adequada distribuição de recursos na sociedade – princípios da justiça distributiva rawlsiana. Para Norman Daniels, essas condições são essenciais para, no longo prazo, resolver questões de iniquidades sanitárias, ou seja, eliminar as injustas desigualdades na distribuição dos recursos sanitários. O autor considera que os determinantes sociais e econômicos que se apresentam como prejudiciais para a saúde dos indivíduos podem tornar as desigualdades verdadeiramente injustas.

A terceira questão nos direciona para o fato de que todas as sociedades atendam às necessidades de saúde de forma justa, sob restrições razoáveis de recursos, decidindo quais necessidade devem ter prioridades sobre outras necessidades e a melhor maneira como os limitados recursos serão gastos. Norman Daniels imagina uma forma simples para responder esta pergunta: *bastaria ser possível que todas as pessoas concordassem com princípios de justiça distributiva que determinassem como estabelecer limites justos para a saúde*. Infelizmente, segundo ele, por diferentes visões morais e religiosas sobre o assunto, não há consenso sobre tais princípios distributivos para os cuidados de saúde.

Deste modo, partindo de uma proposta fundamentada em quatro condições prévias para uma justa tomada de decisão para destinação de recursos públicos e privados para os cuidados da saúde, ele estabelece como princípio adequado para limitar gastos com a assistência médica o que denomina de **responsabilidade pela razoabilidade** (*accountability for the reasonableness*), o que promoveria uma deliberação democrática e justa sobre a utilização dos recursos sanitários (pp. 11-13).

Ao final, Norman Daniels conclui que sua teoria não deve ser a única aplicável aos processos deliberativos sobre alocação de recursos para cuidados de saúde, mas que a prestação de contas por meio da razoabilidade pode produzir os efeitos desejados por meio dos princípios de justiça distributiva defendidos por John Rawls.

Com relação à segunda obra referida no início do presente tópico, em uma explícita e coerente abordagem da clássica obra de John Rawls – **Uma Teoria de Justiça** (*A Theory of Justice*) – Norman Daniels, no livro *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, busca descrever princípios de justiça e equidade aplicáveis ao cuidados de saúde, sobretudo relacionados às questões da distribuição dos recursos e ao acesso aos bens e serviços de assistência médica (Daniels, 2008)⁶⁷. Embora a saúde e os cuidados de saúde não tenham sido temas abordados por Rawls – pois ele assumiu que todos os membros de sua hipotética sociedade eram saudáveis – Daniels produziu estudos de referência internacional que transportam as ideias de Rawls para o campo de estudo desta tese.

O livro acima referido está dividido em três partes: **Parte I – Uma Teoria da Justiça e Saúde** (*A Theory of Justice and Health*): apresentação geral de sua teoria da justiça sanitária (*theory of just health*); **Parte II – Desafios** (*Challenges*): discussão sobre possíveis desafios a serem enfrentados por sua teoria, como a equidade intergeracional e os deveres da profissão médica; **Parte III – Usos** (*Uses*): aspectos procedimentais da teoria por meio de sua utilização em contextos particulares como a responsabilidade pela razoabilidade nos países em desenvolvimento e redução das disparidades de saúde em determinados

grupos sociais. Como conclusão, Norman Daniels apresenta-nos uma interessante discussão sobre as desigualdades internacionais em saúde e a justiça global.

Em nosso estudo, focaremos a análise primordialmente nas ideias do autor presentes na Parte I – *A Theory of Justice and Health*. Nesta parte da obra, Daniels procura responder a pergunta que considera fundamental acerca da justiça para a saúde: Por uma questão de justiça, o que devemos uns aos outros para promover e proteger a saúde de uma população e ajudar as pessoas quando estão doentes ou incapacitadas? (*As a matter of justice, what do we owe each other to promote and protect health in a population and to assist people when they are ill or disabled?*).

Para tanto, ele divide a questão fundamental em três questões focais: 1) A saúde e, portanto, a assistência à saúde e outros fatores que afetam a saúde têm especial importância moral? 2) Quando as desigualdades em saúde são injustas? 3) Como podemos atender às necessidades de saúde de forma justa sob restrições de recursos?

Respondendo a primeira pergunta, Norman Daniels entende que a saúde (e os cuidados de saúde) é de especial importância moral, porque contribui para o leque de oportunidades (*range of opportunities*) que nos são abertas. Para ele as obrigações sociais para proteger as oportunidades devem considerar promover e restaurar a saúde dos indivíduos (pp. 77-78). A função primordial dos cuidados de saúde é manter nosso funcionamento normal. As doenças e as incapacidades prejudicam nosso funcionamento normal e impactam negativamente em nossas oportunidades. Essa profunda relação entre os cuidados de saúde e a proteção das oportunidades sugere que um adequado princípio de justiça distributiva para a regulação de um sistema de saúde é um princípio que protege a igualdade de oportunidades. Esse princípio proíbe barreiras discriminatórias para o acesso aos cuidados de saúde e requer medidas sociais positivas para corrigir os efeitos das desigualdades. Inclui a provisão de educação pública e outras intervenções para a melhoria de oportunidades desde a infância precoce. Desta forma, os cuidados de saúde têm uma especial importância moral porque ajudam a nos mantermos como cidadãos atuantes (*functioning citizens*).

Na resposta para a segunda pergunta, o autor considera que interpretar a justiça como equidade (*justice as fairness*) é algo bom para nossa saúde. Deste modo, as desigualdades em saúde são injustas quando o acesso aos cuidados de saúde é desigual e/ou quando os determinantes sociais da saúde – como educação e renda – não são distribuídos de maneira justa (pp. 81-83).

Norman Daniels, contudo, faz uma contundente crítica à bioética que se recusa a olhar para os determinantes sociais da saúde, privilegiando questões exclusivamente relacionadas com a assistência médica, entendendo que existem complexas razões sociológicas, políticas e ideológicas envolvidas nesta abordagem.

Segundo o autor aqui em análise, dificuldades para responder a terceira pergunta esbarram na impossibilidade em atingir consensos para a definição de limites no atendimento às necessidades de cuidados de saúde. Para tanto, um processo justo deve assegurar a legitimidade e a justiça das decisões de estabelecimento de limites (*fair deliberative process*). Neste sentido, ele defende que a responsabilidade pela razoabilidade melhora a qualidade e a coerência do processo de tomada de decisão.

Assim, de modo resumido, a partir das respostas às três perguntas focais, podemos concluir que a justiça distributiva aplicável ao modelo de um sistema de saúde fundamenta-se para Daniels na **proteção das oportunidades abertas aos indivíduos** (*range of opportunities*) com adoção da **justiça como equidade** (*justice as fairness*), mitigando as desigualdades sociais por meio de um **justo processo de tomada de decisões** (*fair deliberative process*) para adequada distribuição de recursos e igualitário acesso aos cuidados de saúde.

Em resumo, Daniels considera que são abundantes e incômodas as desigualdades internacionais na saúde e entende que tais desigualdades são injustas. Para ele, quase todas as pessoas reconhecem algumas obrigações humanitárias internacionais de indivíduos e Estados para ajudar aqueles que enfrentam doenças e morte prematura, onde quer que estejam. No entanto, há uma discordância filosófica substancial, mesmo entre liberais igualitários, sobre se

há também obrigações internacionais de justiça para reduzir essas desigualdades e proteger melhor o direito à saúde daqueles cujas sociedades não conseguem protegê-los adequadamente.

Nesta linha de ideias, Norman Daniels classifica as desigualdades internacionais em saúde em três categorias distintas: 1 – Aquelas que resultam da injustiça doméstica na distribuição dos fatores socialmente controláveis que determinam a saúde das populações; 2 – Aquelas que resultam de desigualdades em outras condições que afetam a saúde; 3 – Aquelas que resultam de práticas internacionais (entidades, órgãos normativos e tratados) que prejudicam as saúdes de alguns países.

Deste modo, para discutir uma teoria de justiça global, segundo ele, devemos determinar as obrigações internacionais por meio de diferentes esquemas cooperativos, agências e órgãos normativos internacionais, a fim de compreender quando os fatores socialmente controláveis internacionalmente que afetam a saúde estão justamente distribuídos e adequadamente regulamentados.

Recentemente, abordando o direito à saúde em âmbito global, Norman Daniels (2015)⁶⁸ descreve o direito moral à saúde (*right to health*) ou aos cuidados de saúde como um exemplo especial de direito à igualdade justa de oportunidades (equidade), entendendo ser possível garantir, mediante adoção de adequadas estratégias de governança global (*global governance*), uma política global de acessos aos cuidados de saúde e, por consequência, o direito à saúde. Todavia, o autor questiona a realização progressiva do direito à saúde em um ambiente de governança global frágil ou inviável, sobretudo por razões financeiras, e entende que não se pode exigir um direito global à saúde em um ambiente de estados-nação com sérios problemas de governança. Em síntese, Norman Daniels defende que um direito inatingível não deve ser uma exigência da justiça; logo, ainda não se pode afirmar como justo um direito global à saúde.

6.4 A BIOÉTICA DE PROTEÇÃO DE SCHRAMM E KOTTOW

Fermin Roland Schramm é um bioeticista ítalo-suíço-brasileiro. Possui Licenciatura em Letras pela *Université de Genève* (1974), Mestrado em Semiologia pela *École des Hautes Études en Sciences Sociales de Paris* (1978), Doutorado em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz (1993) e Pós-Doutorado em Bioética pela *Universidad de Chile* (2001). Atualmente é pesquisador titular da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ), é professor colaborador do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fiocruz (Recife-PE). Foi professor colaborador da Universidade de Brasília (UnB) e da da Universidade do Chile. Schramm tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ética Aplicada e Bioética, atuando principalmente nos seguintes temas: bioética clínica, saúde pública, bioética da proteção e biopolítica. É autor e coautor de vários livros e artigos científicos, além de palestrante em diversos eventos científicos na área da bioética.

Miguel Hugo Kottow Lang é um bioeticista chileno, graduado em Medicina (1964) com especialização em Oftalmologia (1967), Doutorado em Medicina pela Universidade de Bonn/Alemanha (1978) e Mestrado em Sociologia pela Universidade de Hagen/Alemanha (1991). Atualmente é professor titular e pesquisador na Escola de Saúde Pública da Faculdade de Medicina na Universidade do Chile (desde 1990) e diretor da Unidade de Bioética e Pensamento Médico da Universidade Diego Portales (Santiago/Chile). Membro da Diretoria da *Red-Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO – REDBIOÉTICA* e Membro Honorário da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Miguel Kottow vem atuando como professor e palestrante na área de bioética, com ênfase nos seguintes temas: saúde pública e bioética da proteção. Autor e coautor de vários livros e artigos científicos, além de palestrante em diversos eventos científicos na área da bioética.

Inicialmente, Kottow (1999)⁶⁹ introduz o conceito de **ética da proteção** vinculado aos cuidados de saúde em sociedades com severas limitações de recursos, entendendo ser uma função protetora do Estado a oferta de serviços básicos de bem-estar (*basic welfare services*) que não podem ser adquiridos por grandes parcelas da população.

Posteriormente, Schramm e Kottow (2001)⁷⁰ propõem um **princípio de proteção** como mais adequado aos propósitos de uma ética da saúde pública, haja vista que este permitiria uma clara identificação dos objetivos e dos atores envolvidos com a implementação de políticas públicas moralmente

corretas e pragmaticamente efetivas. Os autores entendem a proteção como uma atitude de resguardo ou de cobertura às necessidades essenciais dos indivíduos. Deste modo, a proteção sanitária, aplicação do princípio da proteção na saúde pública, pode ser vista como uma proposta de cuidar da cidadania, com vistas a prevenir doenças e desenvolver um meio ambiente saudável.

Schramm e Kottow (2001)⁷⁰ entendem que a ideia de um princípio da proteção está implícita no conceito de ética se considerarmos o sentido primitivo da palavra *ethos*: “guarita” para os animais e “proteção” para os seres humanos, como forma de se protegerem contra ameaças externas.

Kottow (2003)⁷¹ diferencia os termos vulnerabilidade (*vulnerability*) e suscetibilidade (*susceptibility*), conforme descreve:

“The distinction between vulnerability and susceptibility also marks the difference between being intact but fragile – vulnerable – and being injured and predisposed to compound additional harm – susceptible.”

Schramm (2003)⁷² apresenta a sua proposta de uma bioética de proteção, entendendo que se deva “*considerar o princípio de proteção como um princípio legítimo da bioética em saúde pública.*” (p. 74). Na Bioética de Proteção (BP), descrita pelo autor como uma genuína ferramenta de ética aplicada, o conceito de proteção, como anteriormente dito, pretende integrar a responsabilidade moral e a eficácia pragmática, compreendendo a necessidade de um Estado protetor, obrigado e capacitado a proteger seus cidadãos.

Schramm (2008)⁷³ defende que a BP deva dar especial atenção aos **sujeitos vulnerados**: aqueles indivíduos que de fato se encontram desprotegidos e desprovidos de condições adequadas de vida, sobretudo no acesso aos cuidados de saúde. Deste modo, uma bioética de proteção, mediante aplicação de ferramentas do saber bioético aos conflitos e dilemas morais que surgem na saúde pública, busca propor políticas de proteção aos desfavorecidos e socialmente excluídos, ampliando os limites da bioética tradicional.

Para Kottow (2008)⁷⁴, a ética de proteção é concreta e específica: é concreta porque se direciona a indivíduos reais em condições sociais e econômicas desfavoráveis (vulnerabilidade) e é específica porque cada privação é identificada e são diferenciados os cuidados de proteção requeridos (equidade). Deste modo, a ética de proteção se configura como uma resposta aos avanços da globalização neoliberal com a consequente redução do Estado-nação e o aprofundamento das desigualdades sociais, econômicas e de empoderamento.

Para Kottow (2008)⁷⁴, a ética de proteção precisa ter uma abrangência internacional e deve lidar com os contemporâneos processos de exploração de países pobres por países ricos (neocolonialismo), *in verbis*:

“También la desigualdad internacional requiere una ética de protección consciente que el débil no puede negociar o participar en un mercado de bienes y servicios, con posibilidades de buen éxito. Las relaciones éticas entre poderosos y desposeídos mal pueden ser entendidas como acuerdos o compromisos entre iguales, porque tal igualdad no existe y se hace cada vez más improbable. También aquí debiera pensarse en términos de naciones protectoras y protegidas, aun cuando ello sea contraintuitivo por dos motivos: primero, porque el lenguaje de la política internacional se apoya más en la dominación que en la interacción paritaria y, segundo, por cuanto el esquema protector-protegido es fuertemente reminiscente del pasado colonial y de la distinción entre centro potente y periferia dependiente, esquemas de los cuales aún quedan inquietantes resabios” (p. 167)

Kottow (2009)⁷⁵ defende a necessidade de uma bioética latino-americana que possa desenvolver um discurso próprio e que reflita nas sociedades marginalizadas sobre as práticas biomédicas, sobretudo as públicas, a fim de romper com o pragmatismo neoliberal e globalizante. O autor critica o predomínio da filosofia analítica e da perspectiva bioética utilitarista de curto prazo, que abordam ocasionalmente o tema da proteção (ética de proteção).

Deste modo, Kottow (2009)⁷⁵ apresenta as quatro condições para o surgimento de uma ética de proteção:

“Quatro são, portanto, as raízes que nutrem o desenvolvimento de uma ética de proteção: 1) o compromisso político de todo Estado; 2) o fundamento ético da convivência; 3) as limitações de um pensamento principialista; 4) a necessidade de uma ética própria para a América Latina, que faça eco à realidade socioeconômica de países precariamente desenvolvidos.” (p. 33)

Kottow (2009)⁷⁵ esclarece ainda que a ética de proteção aplicada na saúde pública deva considerar valores desprezados pelo discurso bioético tradicional (hegemônico) de inspiração interpessoal, colaborando para a discussão de problemas coletivos (transindividuais). Assim, o autor elenca algumas proposições para que a ética de proteção possa lidar com as práticas sanitárias preventivas e terapêuticas: a) beneficência – enfoque utilitarista e preocupações coletivas; b) eficácia – as políticas públicas devem resolver da melhor maneira possível os problemas de saúde da população; c) não-discriminação de riscos – distribuição justa e igualitária dos riscos e dos benefícios produzidos pelos cuidados de saúde, sem discriminação ou favorecimento a indivíduos ou grupos sociais.

Para Kottow (2009)⁷⁵, a ética de proteção em saúde pública deve englobar políticas sanitárias destinadas, especialmente, aos indivíduos em situação de vulnerabilidade, suscetibilidade, necessidade e pobreza. Diante da doença ou de outras formas de incapacidade, explica, o indivíduo deixa de ser vulnerável e se converte em um indivíduo “*vulnerado*”, necessitando de intervenções para sua proteção.

Desta forma, o autor prefere utilizar o termo suscetibilidade em vez de vulnerabilidade, haja vista que o segundo é um “*atributo antropológico de todo ser humano*” e o primeiro se refere ao(s) dano(s) instalado(s) em indivíduos ou grupos sociais (p.38)⁷⁵.

O compromisso ético da proteção identifica-se com a assimetria social – existência de indivíduos em diferentes graus de vulnerabilidade – e com a obrigação dos fortes (indivíduos socialmente mais favorecidos) cuidarem dos fracos (indivíduos desprotegidos ou mais vulneráveis). Assim, segundo ele, o que se discute não é apenas o compromisso ético do Estado em proteger os membros de uma sociedade, mas a extensão dessa proteção; ou seja, “[a] hegemonia do neoliberalismo e a redução do Estado podem questionar a efetividade, mas não a legitimidade, de uma ética de proteção.” (p. 40).⁷⁵

Por seu lado, Schramm (2011)⁷⁶ esclarece que a gênese de uma bioética de proteção se vincula ao surgimento do Estado Moderno, entendida a proteção como uma de suas funções primordiais; um estado protetor, um estado assistencial, capaz de garantir as mínimas condições de vida para seus cidadãos, como renda, alimentação, moradia, educação e saúde. Uma bioética de proteção destinada aos grupos vulneráveis, ou aos literalmente vulnerados (afetados), incapazes de se defenderem das condições desfavoráveis em que vivem, em grande parte devido ao abandono das instituições vigentes que não proporcionam as necessárias condições para que superem suas dificuldades.

De fato, para Schramm (2011), “a proposta da bioética de proteção é produto da reflexão sobre a moralidade das práticas em saúde pública”, em sociedades onde prevalece a “injustiça sanitária” em um contexto de pobreza (escassez de recursos), subdesenvolvimento, dependência e falta de poder (p. 716).⁷⁶

Arreguy e Schramm (2005)⁷⁷, apesar de reconhecerem a importância das diversas teorias da justiça para a reflexão sobre justiça e equidade no acesso aos cuidados de saúde, entendem que as mesmas não permitem resolver adequadamente a questão da alocação de recursos escassos diante da demanda crescente por bens e serviços de saúde e, ao mesmo tempo, implementar uma política pública que garanta a universalidade do acesso, a integralidade dos serviços e a igualdade na assistência à saúde.

Segundo os dois autores acima, uma bioética de proteção funcionaria como importante ferramenta bioética para propor princípios norteadores aplicáveis às políticas públicas de saúde:

“(…), uma vez que ela possibilitaria direcionar as ações determinadas a atender as necessidades de saúde demandadas pela população por meio de políticas efetivas e corretas no sentido moral.” (pp. 121-122)⁷⁷

Deste modo, a BP, segundo Arreguy e Schramm (2005), diante da flagrante e permanente escassez de recursos sanitários, passa a propor as seguintes questões: “[Q]uem o Estado deveria prioritariamente proteger, caso tivesse que escolher? O quê deveria proteger e como?” (p. 122).⁷⁷

Nestes questionamentos, resta claro o papel central do Estado como ente responsável pela proteção de seus cidadãos e pela efetivação de políticas públicas de saúde condizentes com o conceito de justiça sanitária. De acordo com Schramm (2017)⁷⁸, a Bioética de Proteção:

“(…) surge, portanto, como um projeto bioético e político pensado por pesquisadores latino-americanos para (...) as políticas públicas de saúde com conteúdos e práticas a serem analisadas a partir da aplicação e adaptação das ferramentas do saber bioético tradicional aos conflitos e dilemas morais que surgem em Saúde Pública e depois de constatar os limites das ferramentas bioéticas tradicionais, essencialmente restringidas aos conflitos no campo das práticas biomédicas.” (p. 1533)

Para Schramm (2017)⁷⁸, a BP deve encarar a proteção no âmbito das práticas sanitárias a partir de duas vertentes distintas e complementares – a prevenção (*proteção negativa*) e a promoção (*proteção positiva*), conforme as seguintes descrições:

“(1) uma proteção “negativa”, entendida como conjunto de medidas de prevenção contra o adoecimento e as ameaças em

geral que afetam (ou podem afetar) a qualidade de vida de uma população de indivíduos humanos; (2) uma proteção “positiva”, entendida como aquilo que “promove” e favorece o autodesenvolvimento humano, e que é uma condição necessária para o exercício de sua autonomia.” (p. 1536)

Schramm (2017)⁷⁸ defende que, de certa forma, na Saúde Pública pode ser legítima alguma restrição ao exercício da autonomia individual em favor dos direitos sociais (interesses coletivos). Como exemplos, Ribeiro e Schramm (2004 e 2006)^{79,80}, Pontes e Schramm (2004)⁸¹ e Lessa e Schramm (2015)⁸² apresentam, respectivamente, aspectos éticos relacionados com a assistência médica aos idosos, as estratégias da política nacional de transplantes de órgãos e tecidos, desigualdades no acesso à água potável e o programa nacional de vacinação infantil em massa.

Ribeiro e Schramm (2004)⁷⁹ buscam diferenciar políticas públicas de saúde de universalização – que devem fornecer todos os serviços disponíveis a todos os que deles necessitem – e de focalização – que devem decidir o que fornecer e para quem fornecer – relacionando-as, respectivamente, com os conceitos de justiça como igualdade e justiça como equidade.

Anteriormente, Schramm (2000)⁸³ havia criticado ambas as abordagens por entender que a justiça como igualdade “*tem o defeito de desconsiderar as diferenças de condições entre indivíduos e classes sociais*”, enquanto a justiça como equidade “*tem o defeito de introduzir um fator de ‘discriminação’, que contradiz o direito universal à assistência.*” (p.42).

De forma conclusiva, Schramm (2017)⁷⁸ defende que uma bioética de proteção possa legitimar políticas públicas de saúde que se pretendam universalistas, como o sistema nacional de saúde brasileiro – o Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, chama atenção para a necessidade de que sistemas deste tipo não prescindam da colaboração de indivíduos razoáveis e sensatos, bem como priorizem a proteção de sujeitos e de populações de suscetíveis e vulnerados.

6.5 A BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO DE GARRAFA

Volnei Garrafa é um bioeticista brasileiro, graduado em Odontologia (1968), com pós-graduação em Estomatologia/Oncologia Oral na USP (1969-70) e doutorado na UNESP (1971-74). Professor da Universidade de Brasília (UnB) desde 1973, alcançou a titularidade em 1990. Entre 1991 e 93 desenvolveu pesquisa de pós-doutoramento na Universidade de Roma. É Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB; foi co-fundador e primeiro presidente da *Red-Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO – REDBIOÉTICA* (2003-10); diretor da Revista Redbioética; editor da Revista Brasileira de Bioética (RBB); delegado designado pelo Presidente da República para assessorar a Delegação Brasileira na UNESCO no processo de elaboração da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos na Unesco / Paris-França (2004-2005); tesoureiro (1996-99), vice-presidente (1999-2002) e presidente (2001-2005) da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB); presidente do *Sixth World Congress of Bioethics*, Brasília-DF (2002); membro da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde – CONEP (1997-2003); membro do *Board of Directors da International Association of Education in Ethics – IAEE*, Pittsburgh/EEUU (2013-2017; 2017-2020); membro do *International Bioethics Committee* da Unesco/Paris (IBC) entre 2010 e 2017.

De início, para compreendermos adequadamente os fundamentos e as bases epistemológicas da Bioética de Intervenção (BI) precisamos conhecer seu processo de construção histórico-conceitual.

Os primeiros escritos e conferências de Garrafa sobre a BI – inicialmente denominada “Bioética Dura” e “Bioética Forte” (*hard bioethics*) - surgiram na última década do século passado e início deste século, em congressos realizados em Brasília/Brasil (1998), Mar del Plata/Argentina (1998), Ciudad de Panamá/Panamá (2000), La Paz/Bolívia (2001) e Guadalajara/México (2001). Formalmente, com a denominação de “Bioética de Intervenção”, a BI surge em 2002, quando Garrafa, como presidente do *Sixth World Congress on Bioethics*, realizado em Brasília-DF, teve a incumbência de proferir a conferência de abertura do evento com esse tema. A referida conferência foi traduzida em um artigo publicado em parceria com Dora Porto – que acompanhou o autor em diversas publicações no início da trajetória da BI – na revista *Bioethics*, órgão

oficial da *International Association of Bioethics* (IAB), em 2003. Ainda necessário registrar que a referida conferência foi também publicada em um livro especialmente editado na época com cerca de 40 das principais conferências do Sexto Congresso Mundial, com o título “Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção”.

Martorell (2015)⁸⁴, em sua tese de doutoramento desenvolvida sobre o tema, identificou os primórdios da construção histórico-conceitual da BI na década de 1990, apesar da produção textual de sua fundamentação teórica ter formalmente iniciado no meio acadêmico somente em 2002, como anteriormente mencionado. Desde então, até 2015, existiam mais de 60 trabalhos e capítulos de livros sobre a matéria, além de dissertações e teses, publicados no Brasil e em diversos países da América Latina e Caribe (provavelmente, hoje esse número esteja próximo de 80 publicações).

Segundo Martorell (2015)⁸⁴, a BI pode ter sua evolução histórica dividida em três momentos distintos: 1) momento de desenvolvimento inicial, com a construção, desenvolvimento e apresentação dos primeiros referenciais relacionados à nova proposta conceitual; 2) momento de reafirmação teórica, com aprofundamento de alguns pontos, reafirmação de outros e, principalmente, de aprimoramento epistemológico e fortalecimento de seus preceitos básicos como linha de pesquisa da bioética latino-americana, surgindo nesta altura a questão do utilitarismo consequencialista que teve com complemento naquela ocasião, a ideia gramsciana de solidariedade crítica; 3) momento de crítica e de autocrítica, onde o aprofundamento da BI se caracteriza pela preocupação em aperfeiçoar as justificativas teóricas sobre alguns de seus fundamentos e, especialmente com sua aproximação efetiva ao campo das ciências sociais por meio da incorporação de temas relacionados ao imperialismo moral vigente (ao qual a BI é crítica contundente) no campo internacional da bioética, à colonialidade do saber e do poder e às chamadas epistemologias do sul.

Em cada momento histórico, diferentes conceitos foram tratados como categorias centrais para a BI. Assim, no seu primeiro momento aparecem na agenda temas como equidade, responsabilidade, cidadania, justiça, direitos

humanos e corporiedade, entre outros. No segundo momento surgem o utilitarismo consequencialista e a solidariedade crítica, as três gerações dos direitos humanos, e, especialmente, a incorporação da crítica à interpretação anglo-saxônica da autonomia, com a proposta original de sua substituição por novas categorias traduzidas pelo empoderamento, libertação e emancipação, além dos chamados “4 Ps”, considerados por Garrafa como indispensáveis ao exercício de uma prática bioética interventiva e responsável: proteção, precaução, prudência e prevenção. E, finalmente, no terceiro momento tivemos a incorporação à Bioética de Intervenção de referenciais teóricos que – partindo de críticas ao imperialismo moral internacional – a aproximaram definitivamente das raízes sociais latino-americanas, representadas por fundamentos teórico-culturais regionais extraídos das teorias da colonialidade, da libertação e das chamadas epistemologias do sul.

Tanto no segundo como no terceiro momento da trajetória histórica da BI, diferentes autores e atores – especialmente mestres e doutores que desenvolveram suas pesquisas no Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília – foram agregando novas e originais produções ao tema, produções essas que podem ser divididas em textos de fundamentação (que cuidaram de suas bases epistemológicas) e textos de aplicação (que aplicaram seus conceitos a problemas morais concretos).

Outrossim, conforme esclarece Martorell (2015)⁸⁴, se em um primeiro momento a BI se colocou academicamente como uma corrente bioética latino-americana (contra-hegemônica), com “*a intenção de combater o monismo bioético*” da bioética principialista estadunidense, caracterizado como uma “*colonialidade do saber que travestia a colonialidade do poder exercida pelos países centrais aos periféricos*”, em momento posterior a BI passou a ser exercida como uma prática nitidamente politizada com ênfase nos direitos humanos universais, no respeito ao pluralismo moral e às raízes culturais autóctones, na equidade e na responsabilidade social (p. 101).

Feitosa (2010)⁸⁵, em sua dissertação de mestrado, justificando o uso da terminologia “Bioética de Intervenção”, diferencia os termos intervenção e

intromissão, na medida em que esta (a intromissão) desconsidera os interesses das pessoas envolvidas em cada um dos processos estudados ao desrespeitar a autonomia de pessoas ou de grupos destinatários da ação proposta, ao passo que aquela (a intervenção) se apresenta como *“uma ação política, devidamente planejada, dentro de um processo construído com as pessoas diretamente envolvidas, as destinatárias da ação.”* (p. 94). Assim, o autor deixa claro que a BI não deve ser entendida como uma proposta intervencionista ou impositiva, tampouco autoritária.

Feitosa (2015)⁸⁶, anos após, em sua tese de doutorado, descrevendo o processo de legitimação e territorialização epistemológica da BI, esclarece que suas dimensões históricas, políticas e ideológicas a configuram como uma corrente teórica enraizada na realidade concreta da América Latina, construída como um movimento de contestação ao neoliberalismo e em defesa das periferias e das minorias oprimidas pelas desigualdades sociais e injustas estruturas de poder do Sistema-Mundo Capitalista.

Na referida obra, o autor considera que *“o racismo epistêmico praticado pelos saberes do Norte contra os saberes do Sul é também um dilema ético global persistente que deve ser enfrentado.”* (p. 183)⁸⁶. E arremata:

“E como forma de promover a equidade, entendida enquanto o conceito de justiça assumido pela BI, insistimos que, para se alcançar a justiça cognitiva, os direitos sejam considerados como uma forma de combater a invisibilidade a que foram submetidas as epistemologias originárias do Sul.” (p. 184)

Essa consideração, em forma de crítica pertinente e oportuna, havia sido anteriormente assinalada por Nascimento (2010)⁸⁷ ao abordar a necessidade de diálogo entre os Estudos sobre a Colonialidade (EC) e a Bioética de Intervenção (BI).

Nascimento (2010)⁸⁷ chama atenção para o fato de a BI (ainda) incorporar determinados conceitos que são produzidos por discursos até certo

ponto coloniais, em sua maioria eurocêntricos, como o utilitarismo (pp. 84-93), o voluntariado (apesar deste ser desenvolvido na BI em um sentido gramsciano como “orgânico”) e a solidariedade (esta, agregada à palavra “crítica”, com sentido conceitual diverso e específico) (pp. 94-97), os direitos humanos universais (pp. 98-105), entre outros (pp. 106-109).

Uma sustentação epistemológica a partir de referenciais eurocêntricos (coloniais) pode não inviabilizar a BI como uma proposta contra-hegemônica, mas como alerta Nascimento (2010)⁸⁷, *in verbis*:

“(...) é urgente a incorporação da crítica descolonial ao elenco conceitual da BI, para que ela realize mais potentemente seu objetivo de se voltar para o Sul, para que a América Latina não seja apenas um objeto de suas investigações e intervenções.” (p. 109)

De imediato a crítica foi assimilada pela ressignificação do conceito do utilitarismo, sob a forma de consequencialismo solidário, termo anteriormente adotado pelo seu criador a partir da orientação de outra tese sobre o tema em que teve como aluna Lucilda Selli, bem como pela aproximação da BI com as bases conceituais e epistemológicas que sustentam os estudos sobre a colonialidade, como passaram a propor Nascimento e Garrafa (2010).⁸⁸

Deste modo, conceitos do Norte, de bases coloniais, que continuaram sendo incorporados episodicamente após passar pelo devido “filtro”, seguiram sendo analisados criticamente pela BI, assim como conceitos do Sul, de bases descoloniais, passaram a ser incorporados ao corpo epistêmico da BI, como afirmam Nascimento e Garrafa (2010)⁸⁸, *in verbis*:

“El objetivo, por lo tanto, es utilizar críticamente el pensamiento desde el Sur y para el Sur, con la apropiación crítica de las herramientas conceptuales advenidas de diversos lugares, incluyendo el Norte, pero siempre con la perspectiva de que las herramientas conceptuales allá construidas – por lo menos las hegemónicas – esconden las armadillas de la colonialidad. La BI, con una fundamentación epistemológica crítica direccionada a

estudiar las desigualdades sociales y otras situaciones persistentes existentes en el Sur, por tener decidido el pensar para el Sur, se presenta con una precondition y disposición concreta para hacer parte del contexto de una perspectiva de crítica a la colonialidad del poder, del saber, de la vida.” (p. 31)

Nascimento e Martorell (2013)⁸⁹ defendem que a BI tem forte relação (alinhamento) com propostas descoloniais, haja vista sua contundente postura crítica contra situações de dominação próprias da lógica de colonialidade. Para esses autores, a BI, apesar de adotar uma abordagem crítica e dialógica na defesa de populações vulneráveis, deve buscar no contexto da interseccionalidade de vulnerabilidades sociais, como vulneração econômica aliada a vulnerações de raça e gênero, seu protagonismo de “*projeto de descolonização da bioética, a partir do Sul, (...)*.” (p. 426).

Na fase inicial de construção da BI, Garrafa e Porto (2003)⁹⁰ alertavam para a crescente despolitização dos conflitos morais e para a falta de capacidade de indignação humana com os graves problemas que assolam as sociedades, sobretudo em países periféricos que convivem com um processo globalizante de dominação e exploração e de permanente injustiça social.

Os chamados países periféricos (países em desenvolvimento) convivem, entre tantos outros problemas, com problemas persistentes como exclusão social e concentração de poder, pobreza e miséria, delinquência e desigualdades no acesso de pessoas pobres aos bens básicos que garantam uma vida humana com dignidade. Estes temas, desprezados pela maioria dos bioeticistas de países centrais (países desenvolvidos), preocupados quase exclusivamente com questões de ética biomédica, passaram a fazer parte da agenda de pesquisadores e estudiosos que buscavam trabalhar com uma perspectiva crítica e transformadora da bioética (Garrafa e Porto, 2003).⁹⁰

Assim, como acima descrito, Garrafa e Porto (2003)⁹⁰, partindo de uma visão latino-americana da bioética, propõem uma bioética forte/bioética dura (*hard bioethics*) ou uma bioética de intervenção (*intervention bioethics*), em

oposição ao domínio hegemônico da bioética principialista estadunidense. Assim, a Bioética Dura pretendia ser uma proposta teórica que se colocava ao lado dos indivíduos menos favorecidos e que pretendia uma ressignificação de dilemas morais que envolviam, *in verbis*:

“autonomy versus justice/equity; individual benefits versus collective benefits; individualism versus solidarity; omission versus participation; superficial and temporary changes versus concrete and permanent transformations” (p. 401)

Posteriormente, Garrafa (2005a)⁹¹ reforça este pensamento ao defender uma Bioética de Intervenção, originalmente denominada Bioética Forte ou Bioética Dura, que garantiria aos desfavorecidos e explorados uma oportunidade de discutir criticamente seus conflitos morais, tanto individuais como coletivos, sejam emergentes ou persistentes, a partir de uma proposta fundamentada em uma ética utilitarista e solidária, que lhes garantisse emponderamento, libertação e, conseqüentemente, emancipação, como forma de proporcionar transformação social que assegurasse inclusão social e equidade.

Noutro artigo, Garrafa (2005b)⁹² configura epistemologicamente a BI como uma proposta contundente e crítica em face da suposta hegemonia da bioética principialista, colocando-a como uma ferramenta disponível e necessária às sociedades oprimidas com enormes contingentes de indivíduos e grupos sociais vulneráveis, com ênfase nas questões sociais, sobretudo nos problemas sanitários e na defesa da saúde pública.

Garrafa e Porto (2003)⁹⁰ enfatizam, na proposta seminal da bioética interventiva, a distinção entre os termos equidade (*equity*) e igualdade (*equality*), reconhecendo as diferenças e as variadas necessidades verificadas entre os sujeitos sociais, sendo a equidade o ponto de partida para a igualdade e esta o ponto de chegada do que denominam de justiça social, *in verbis*:

“Equality is the arrival point of social justice, a reference to the most elementary human rights, where the future objective is the recognition of citizenship.” (pp. 403-4)

Esses dois autores (2003)⁹⁰, partindo de questões referenciais como a finitude dos recursos naturais (incluindo os seres humanos), além da corporiedade, do prazer e da dor, que a todos afetam, procuraram justificar uma bioética de inspiração utilitarista e orientada para a busca da equidade (*utilitarianism orientated to the search of equity*), autodenominada de consequencialismo solidário (*consequentialism based on solidarity*), que possa superar as desigualdades e trazer igualdade para o cotidiano dos indivíduos, dissolvendo esta divisão estrutural centro-periférica.

Em 2003 e 2005, respectivamente, a criação da Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da Unesco (REDBIOÉTICA) e a homologação por aclamação pela Unesco da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) representaram a definitiva ampliação da agenda bioética internacional, haja vista que além dos tradicionais temas biomédicos e biotecnológicos foram incluídas *“questões sanitárias, sociais e ambientais, de grande interesse para as nações pobres e/ou em desenvolvimento”*. (Garrafa, Kottow, Saada, 2006, pp. 09-10).⁹³

Porto e Garrafa (2005)⁹⁴ defendem a fundamentação filosófica utilitarista da BI, na medida em que seus pressupostos a descrevem como uma proposta ética que:

“(...) preconiza como moralmente justificável, no campo público e coletivo, a priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de pessoas durante o maior espaço de tempo possível e que resulte nas melhores consequências; e no campo privado e individual, a busca de soluções viáveis e práticas para os conflitos localmente identificados, levando em consideração o contexto em que ocorrem e as contradições que os fomentam (...)” (p. 115)

Os autores descrevem a BI como uma ética aplicada e fundamentada na visão utilitarista, incorporando a “*matriz dos direitos humanos contemporâneos*” como mais um de seus “*referenciais norteadores*” (p. 118).⁹⁴ Deste modo, em contraposição aos ditames da economia de mercado, onde o poder concentrado se sustenta em na perversa e excludente ideologia do desenvolvimento biotecnocientífico e no consumismo desenfreado, os autores defendem “*padrões éticos que coloquem o bem-estar do ser humano como um fim*” e que “*promovam a distribuição da riqueza, a emancipação pessoal e a libertação da consciência.*” (p. 121).⁹⁴

Porto e Garrafa (2005)⁹⁴ entendem de forma ampliada tanto o conceito de saúde como o próprio delineamento do campo de atuação da BI:

“(...) na discussão ética sobre o reflexo da desigualdade social nas práticas e serviços de saúde, a bioética de intervenção delinea-se a partir do reconhecimento da idéia de saúde como qualidade de vida, expandindo-se em direção ao reconhecimento do contexto social como campo legítimo de estudo e intervenção bioéticos (...)” (p. 120)

Neste sentido, em busca de um (novo) estatuto epistemológico da bioética, Garrafa (2006b)⁹⁵ incorpora ao conceito de multidisciplinaridade, intrínseco desta ética aplicada (e nova disciplina acadêmica), os conceitos de inter e transdisciplinaridade, objetivando ampliar o escopo e aprimorar a compreensão das questões a serem estudadas. Ademais, o autor incorpora três outras categorias essenciais para uma análise mais completa dos problemas morais de interesse da bioética – a complexidade do conhecimento, a interpretação crítica da realidade e a totalidade concreta – buscando, de forma criteriosa:

“(...) contribuir para construção de uma nova bioética, ampliada em seus conceitos e verdadeiramente comprometida com as questões éticas persistentes constatadas nos países onde vivemos.” (p. 84)

Garrafa e Porto (2008)⁹⁶ consideram a BI como uma abordagem identificada em buscar as mais adequadas respostas na análise de

macroproblemas e conflitos que têm concreta relação com os temas bioéticos persistentes identificados nos países pobres e em desenvolvimento.

Garrafa e Porto (2008)⁹⁶ defendem que uma ação social politicamente comprometida, fundamento da BI, deve ser, *in verbis*:

“(...) aquella con capacidad de transformar la praxis social, además de exigir disposición, persistencia, rigurosa preparación académica, militancia programática y coherencia histórica de aquellos que a ella se dedican. Las acciones cotidianas de personas concretas deben ser tomadas en su dimensión política, en un proceso dialéctico en el cual los sujetos sociales se organizan entre sí, con la sociedad civil y con el Estado, articulando e influyendo en sus acciones.” (p. 164)

Porto e Garrafa (2011)²⁰ identificam semelhanças nas trajetórias da saúde pública no Brasil, representada pelas conquistas políticas e sociais do movimento da Reforma Sanitária (final dos anos 1970 e início dos anos 1980), e das bioéticas brasileiras (início dos anos 1990), com significativa influência das transformações ocorridas na saúde pública brasileira na construção identitária de nossas bioéticas. Neste artigo, os autores preferiram adotar o termo no plural – *bioéticas* – haja vista que:

“(...), sendo a bioética plural sob o ponto de vista de moralidades, existem na verdade diversas bioéticas – diferentes e diferenciadas – que devem vencer o desafio de analisar, interpretar e expresser as visões morais do espaço geográfico e social onde são desenvolvidas.” (p. 721)

No mesmo texto acima referido, Porto e Garrafa (2011)²⁰ reconhecem que a vinculação da saúde pública com as bioéticas brasileiras se concretizou sobretudo pela dupla militância de diversos atores sociais, permitindo que conceitos comuns às duas áreas pudessem ser incorporados em seus discursos. Os autores destacam entre as bioéticas brasileiras, as que consideram ter os discursos mais afinados com as questões da saúde pública, ou seja, a Bioética da Teologia da Libertação, a Bioética feminista e antirracista, a Bioética

de Proteção e a Bioética de Intervenção. Entre as questões que (pre)ocupam os discursos sanitaristas e bioeticistas, estão as desigualdades sociais, a exclusão social, a pobreza e a miséria, as discriminações de gênero e de raça, as iniquidades no acesso aos cuidados de saúde e as diversas formas de negligência e desobediência aos direitos humanos, sobretudo os direitos coletivos e sociais.

Para Feitosa e Nascimento (2015)⁹⁷, a gênese da BI teve forte vinculação com a militância de Volnei Garrafa no movimento da Reforma Sanitária dos anos 1970-80 e com a publicação de suas obras nesta época, com destaque para os livros “Contra o monopólio da saúde” (1981) e “A dimensão da ética em saúde pública” (1995), e os artigos “*Bioética, salud y ciudadanía*” (1997) e “*Ética y salud pública: el tema de la equidad y una propuesta bioética dura para los países periféricos*” (1999). Posteriormente, sua conferência “*Bioética fuerte: una perspectiva periférica a las teorías bioéticas tradicionales*” (2000), e o artigo escrito com Dora Porto, “Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção” (2002), marcaram o surgimento propriamente dito da proposta da Bioética de Intervenção.

Feitosa e Nascimento (2015)⁹⁷, todavia, nos alertam para que reconheçamos significativas diferenças nos propósitos da reforma sanitária brasileira e da bioética de intervenção:

“A primeira está voltada para a ação emancipatória delimitada no contexto da formulação, execução e monitoramento de políticas públicas, em particular das políticas de saúde, mesmo que isso implique alguma reforma no âmbito do Estado, tendo como foco um país específico. Já a segunda se apresenta como proposta de libertação, que leva em conta as injustas relações estabelecidas entre o Norte e o Sul, evidenciadas pelas desigualdades sociais que distinguem os países centrais dos países periféricos.” (p. 280)

Em busca de uma concepção de justiça social para a Bioética de Intervenção, Fulgêncio e Nascimento (2012)⁹⁸ são categóricos em afirmar:

“A questão da justiça social, nos países periféricos, será de fundamental importância para as bioéticas sociais. Essa abordagem se estabelece a

partir dos sujeitos que são atravessados por realidades econômicas, sociais e culturais, as quais afetarão o seu acesso aos serviços de forma geral e, por conseguinte, a sua qualidade de vida.” (...) A busca por justiça social, então, está completamente vinculada ao combate às iniquidades sociais que impactam o mundo da vida e da saúde.” (p. 48)

Esses autores, embora falem de “acesso aos serviços de forma geral”, destacam nas iniquidades sociais os impactos sobre a vida, em geral, e sobre a saúde, em particular. Deste modo, acrescentam os autores, a BI, que possui profundas raízes nas questões relacionadas com a saúde pública, “se vincula com a discussão sobre a justiça social e a justiça sanitária.” (p. 49).⁹⁸

Ademais, analisando experiências de duas comunidades indígenas, uma andina e uma africana, Fulgêncio e Nascimento (2012)⁹⁸ assinalam a importância do caráter comunitário de justiça para o enfrentamento ético de diversas questões sociais e sua possível contribuição para a afirmação dialética de justiça social da BI, alicerçada na percepção e combate das diversas formas de injustiça. Todavia, os autores advertem para a dificuldade de implementação de tal perspectiva diante das conflituosas relações entre as comunidades, o mercado e o Estado:

“Entretanto, na atual configuração de nossas sociedades, sobretudo a partir das perspectivas contratualistas liberais, ora o estado, ora o mercado são responsáveis pela condução do processo da justiça social. A questão imperante é: como lidar com as relações de interesses nem sempre coincidentes entre as comunidades e o estado?” (p. 55)

Outrossim, Fulgêncio e Nascimento (2012)⁹⁸, em razão da evidente assimetria de poder entre grupos explorados e grupos detentores de poderes políticos e econômicos, recorrem à autoridade e à responsabilidade do Estado na mediação dos conflitos decorrentes da redistribuição de recursos e serviços, como forma de garantir a almejada justiça social.

Garrafa (2012)⁹⁹, revelando a ampliação e politização da agenda bioética internacional no século XXI, sobretudo relacionadas com o Sexto Congresso Mundial de Bioética (2002) e com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco (2005), identifica a relevância do tema do acesso universal aos cuidados de saúde como um compromisso social de governos democráticos, a fim de garantir os mais elevados padrões de saúde aos seus cidadãos. O autor chama atenção para a saúde como um importante fator de inclusão social e critica a assimétrica distribuição dos recursos e serviços de saúde entre ricos e pobres:

“Nesta altura do desenvolvimento societário mundial, com tanta ciência e tecnologia disponíveis, a saúde – assim como a educação – não pode seguir sendo vista como objeto vulgar de consumo acessível somente àquelas pessoas privilegiadas que dispõem de recursos materiais para adquiri-la, como se fosse uma mercadoria qualquer, disponível no mercado.” (p. 15)

Neste contexto de assimetria de recursos entre países ricos (centrais) e países pobres (periféricos) e de uma flagrante e criminosa mercantilização da saúde, Rivas-Muñoz *et al.* (2015)¹⁰⁰ identificam três propostas/perspectivas regionais latino-americanas de bioética, cujos discursos têm enorme preocupação com questões ambientais, sociais e sanitárias. Deste modo são descritas as seguintes propostas, *in verbis*:

“Se trata de la Bioética de Protección cuyos autores sobresalientes son Schramm y Kottow, con un pensamiento que gira alrededor del concepto de vulnerabilidad; la Bioética centrada en los Derechos Humanos Universales, con Tealdi como su representante más conocido y, por último, la llamada Bioética de Intervención (en adelante BI), centrada en la justicia y la salud pública, cuyos proponentes son Garrafa y Porto.” (p. 143)

Para Rivas-Muñoz *et al.* (2015)¹⁰⁰, os traços epistêmicos comuns entre essas propostas/perspectivas são a interculturalidade e a não-colonialidade. Neste sentido, temos a BI que original e permanentemente, para além das

propostas reducionistas, como o principlialismo, e superando até mesmo a interdisciplinaridade, busca na interculturalidade uma abordagem bioética mais ampla e mais coerente com relevantes problemas em contextos sociais e culturais de países do hemisfério sul: *“Un saber intercultural como el planteado, persigue acciones interculturales en la mira de solucionar esos macroproblemas con los que se ha comprometido la BI desde sus comienzos.”* (p. 148).

Deste modo, torna-se peremptório que a Bioética de Intervenção, identificando os conflitos éticos associados com o acesso aos cuidados de saúde, se posicione, permanentemente, na defesa de um sistema de saúde universal, gratuito e equitativo.

7. DISCUSSÃO

Neste capítulo procuramos identificar os diferentes discursos bioéticos apresentados a partir da análise de seus fundamentos epistemológicos e de suas bases ético-políticas, privilegiando pontos de convergência e pontos de divergência entre esses discursos.

Nossa análise se concentrou, sobretudo, nos conceitos de justiça e de equidade expostos – explícita ou implicitamente – pelos diferentes autores estudados, bem como suas relações com o acesso aos cuidados de saúde.

Inicialmente, identificamos que podemos dividir os discursos bioéticos e as diferentes concepções de justiça de acordo com os dois modelos ético-normativos: o deontológico e o teleológico.

No modelo ético-normativo deontológico (ética prescritiva; ética das intenções), as condutas devem ser orientadas por regras pré-estabelecidas, por diretrizes ou princípios gerais norteadores da melhor forma de agir, do agir mais adequado de acordo com tais regras (normas, leis). Esse modelo se aproxima do conceito formal de justiça; mais precisamente com a denominada **justiça distributiva**, descrita por Aristóteles, na qual a distribuição das riquezas de uma sociedade deve obedecer o grau de merecimento de seus indivíduos, cada um recebendo de acordo com seu mérito na sociedade. Logo, se uma regra determinar quem tem mais merecimento na sociedade, a esses indivíduos caberá a maior parte dos recursos disponíveis, incluindo os recursos sanitários, aos quais deverão ter, merecidamente, mais acesso que os demais indivíduos.

No modelo ético-normativo teleológico (ética descritiva; ética das consequências), as condutas devem ser tomadas visando aos melhores resultados (consequencialismo) e, se possível, trazendo os maiores benefícios ao maior número de indivíduos envolvidos. Esse modelo se aproxima do conceito material (concreto, real) de justiça – da denominada **justiça corretiva**, descrita por Aristóteles, quer na sua forma comutativa ou reparativa.

A justiça corretiva, na medida que serve para corrigir distorções e evitar desigualdades na distribuição dos recursos, busca melhores resultados e um maior número de indivíduos beneficiados, se aproximando do conceito de **equidade**. A justiça como equidade, portanto, busca garantir melhores resultados distributivos, por meio de uma justa e adequada distribuição dos recursos de uma sociedade, incluindo os recursos sanitários.

Desta forma, podemos identificar entre os autores estudados, que Engelhardt (princípio do consentimento), bem como Beauchamp e Childress (princípio da justiça), adotam um discurso ético-deontológico e um conceito formal de justiça. Assim, para esses autores, os recursos sanitários devem ser desigualmente distribuídos ou deve ser mantida a desigual distribuição dos mesmos, atendendo ao critério do **merecimento**. Neste caso, a regra adotada para determinar o grau de merecimento de certos indivíduos (minorias ricas e detentoras de poder) em detrimento de outros indivíduos (maioria pobre, excluída e marginalizada) é a **capacidade financeira** – poder aquisitivo que garanta adquirir bens e serviços disponíveis na sociedade – capacidade de pagar pelos recursos de saúde e, assim, ter maior e melhor acesso aos cuidados de saúde.

Esta visão apresenta enorme limitação teórico-epistemológica quando aplicada aos países periféricos, haja vista que em complexas sociedades contemporâneas, com constantes e desafiadoras mudanças econômicas, políticas, sociais, culturais e éticas, a adoção de um único e limitado conceito de justiça, com regras fechadas e abstratas, falham ao desconsiderar contextos de pluralidade moral e de interculturalidade (Heller, 1998)³¹ e especialmente de acessibilidade, não bastando apenas explicar a realidade para poder solucionar seus conflitos (Vieira-da-Silva e Almeida Filho, 2009).³⁵

Ademais, a justiça distributiva não deve se limitar apenas a certos aspectos, como os cuidados de saúde, devendo envolver a justa distribuição de todos os recursos que tenham impacto nas condições de saúde da população e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida (Braveman e Gruskin, 2003).³⁴

Segundo Madrid (2014), Engelhardt opera uma bioética intrinsecamente formal, que não se coaduna com uma proposta abstrata acerca da ação moral, mas que pretende discutir problemas bioéticos concretos, e que de forma contraditória pretende ser uma ética global em um mundo pós-moderno caracterizado pelo multiculturalismo e pela pluralidade moral.¹⁰¹

De outro modo, Norman Daniels, ainda que partindo do conceito rawlsiano de justiça distributiva, adota um discurso ético-teleológico, na medida que incorpora a equidade como elemento norteador de seu discurso. Assim, a compreensão do autor acerca dos determinantes sociais nas condições de saúde das populações e da existência de graves injustiças na distribuição dos recursos sanitários, o levam a considerar a equidade como forma de corrigir tais distorções. Seu conceito de justiça distributiva em saúde é relativamente ampliado: um conceito de justiça como equidade.

A proposta de Daniels, em um contexto de forte influência do capitalismo liberal e atuação hegemônica do Mercado, com marcada restrição à atuação protetora e distributiva do Estado, é louvável e merece ser adequadamente considerada para que possamos discutir as relações da democracia e da equidade com os sistemas de saúde (Coelho, 2010).³⁶ Todavia, a proposta encontra-se, de igual modo, limitando as questões da justiça distributiva em saúde aos recursos exclusivamente setoriais, discutindo aspectos do acesso aos cuidados sob o ponto de vista das ações e políticas de assistência e das prestações de serviços privados (Braveman e Gruskin, 2003).³⁴

Os discursos bioéticos dos autores latino-americanos, cada um a seu modo, incorporam o modelo ético-normativo teleológico e um conceito ampliado de justiça, na medida em que consideram que as desigualdades sociais promovem maior desvantagem nas condições de vida e de saúde de indivíduos, tornando-os (ou mantendo-os) em situação de maior vulnerabilidade social.

Na Bioética de Proteção podemos identificar a **equidade como uma justiça corretiva comutativa**, na medida que reconhece as desigualdades sociais e as injustiças sanitárias e propõe medidas protetoras para equilibrar as

relações desiguais com priorização das ações e do acesso aos cuidados de saúde para indivíduos em situações de maior vulnerabilidade. Como se pode perceber, o conceito de equidade na Bioética de Proteção não visa a resolver as causas das injustiças sociais, em particular as injustiças sanitárias, mas pretende contornar o problema da injusta distribuição dos recursos sanitários por meio ações protetoras e compensatórias, reconhecidamente necessárias diante das flagrantes iniquidades e da vulneração de indivíduos e comunidades.

Neste sentido, em que pese o esforço da Bioética de Proteção para discutir e viabilizar ações protetoras diante das graves e persistentes iniquidades sanitárias, privilegiando os sujeitos em situação de vulneração social, não se pode menosprezar a determinação social dos processos que produzem as desigualdades sociais em saúde, que não são meras diferenças entre indivíduos ou singularidades passageiras (Whitehead e Dahlgren, 2006).³³

Na Bioética de Intervenção, ainda que incorporando o princípio da proteção, não podemos identificar a equidade como forma de justiça, uma vez que a mesma (equidade) depende da permanência das desigualdades sociais. Assim, considerando que as desigualdades em saúde são geradas e mantidas por estruturas sociais injustas, bem como as demais formas de desigualdades sociais, a Bioética de Intervenção, como forma de termos garantida a almejada **justiça social**, entende que as iniquidades sociais são desnecessárias e evitáveis.

Deste modo, o caráter teleológico (consequencialista) da Bioética de Intervenção não deve estar apenas nos meios disponíveis (forma) para se chegar aos resultados desejados, mas na própria estrutura social (essência) que impede que os melhores resultados sejam alcançados – uma visão ético-política de justiça que garanta uma sociedade plural, solidária e, conseqüentemente, justa.

A proposta da Bioética de Intervenção reforça a necessidade de um debate mais profundo sobre os limites éticos dos mercados, sobretudo quando consideramos a saúde como um direito social e não uma mercadoria (Sandel, 2013).³² Outrossim, entendemos que a Bioética de Intervenção precisa dialogar, de forma crítica e humilde, com um conceito ético-político de justiça que considere

a pluralidade moral e cognitiva, a interculturalidade e a justiça social (Heller, 1998³¹; Santos, 2018³⁸).

Neste ponto, passamos a discutir as propostas dos autores estudados, sob a ótica de suas bioéticas, para a questão do acesso aos cuidados de saúde. De modo geral, a discussão gira em torno da universalidade no acesso aos cuidados de saúde, implicando em diferentes concepções de sistema de saúde, bem como da pertinência e abrangência do conceito de direito à saúde.

Os bioeticistas estadunidenses, de forma aparentemente idêntica, resguardado um posicionamento discretamente discordante de Norman Daniels, buscam discutir o acesso aos cuidados de saúde com ênfase na aquisição de bens e serviços de saúde e em estratégias que privilegiam a expansão e proteção dos seguros de saúde – saúde vista como mercadoria (*commodity*).

Deste modo, de acordo com as propostas de Engelhardt e, ainda, de Beauchamp e Childress, o acesso aos cuidados de saúde vai se apresentar irregularmente garantido, não universalizado, e determinado pela capacidade financeira dos indivíduos, vistos como clientes do setor privado de saúde – consumidores de bens e serviços de saúde.

Destacamos o **discurso ultraliberal** de Engelhardt, no qual o acesso aos cuidados de saúde está sendo tratado sob uma perspectiva individualista, com evidente predomínio dos interesses individuais em detrimento dos interesses coletivos. Outrossim, destacam-se uma **visão econômica capitalista** – que privilegia o poder aquisitivo dos indivíduos para adquirirem (comprarem) assistência à saúde – e uma **visão política liberal** – de forte domínio do Mercado sobre o Estado (Estado Mínimo), na qual a **saúde vista como uma mercadoria** (*commodities*) não deve sofrer interferências regulatórias dos governos. Os indivíduos passam a ser vistos como clientes e o Mercado modula o acesso aos cuidados de saúde de acordo com as condições financeiras de cada camada da população, determinando quais serviços podem ou não estar disponíveis – **um sistema estratificado de saúde no qual a capacidade de pagamento deve determinar a forma de acesso aos cuidados de saúde.**

Deste modo, o princípio do consentimento de Engelhardt se configura em uma proposta neoliberal e neocontratualista, em que os acordos (consensos) são de fato uma forma de controle de uma minoria rica e privilegiada sobre os desejos e as necessidades da maioria pobre e excluída, ironicamente denominado de respeito mútuo. Logo, **o bem-estar da maioria (ou de todos) não está em questão, pois a universalidade do acesso aos cuidados de saúde não é aceitável para o autor, quer do ponto de vista ético, quer do ponto de vista financeiro.**

O modelo de sistema de saúde defendido por Engelhardt, com forte e determinante influência do mercado (iniciativa privada), na prática concreta, representado pelas empresas seguradoras de planos de saúde, indústria farmacêutica e indústria de equipamentos médicos, tem sido ineficente e excessivamente oneroso, contribuindo para as iniquidades e injustiças no acesso aos cuidados de saúde nos Estados Unidos da América (Callahan, 2009).⁵⁴

A desconsideração proposital e a relutância epistêmica de Engelhardt com os determinantes econômicos, políticos e sociais das condições de saúde das populações, sobretudo negando a relevância ética da universalidade do acesso aos cuidados de saúde, demonstra seu evidente compromisso ideológico com a mercantilização da saúde (Junges e Zoboli, 2012²¹; Corgozinho e Oliveira, 2016¹⁹; Garrafa, Cunha e Manchola, 2018²²).

Beauchamp e Childress, embora descrevam diversas teorias da justiça, preferiram não aprofundar a discussão sobre a justiça no acesso aos cuidados de saúde. Assim, os **determinantes locais** (aspectos conjunturais) parecem receber maior atenção dos autores em vez dos **determinantes globais** (aspectos estruturais), quanto aos seus efeitos negativos no acesso aos cuidados de saúde e na qualidade de vida das pessoas, sobretudo em populações mais pobres e em comunidades cronicamente desassistidas.

Para Beauchamp e Childress, o conflito entre o princípio da beneficência e o princípio da justiça, aplicados às questões de acesso aos cuidados de saúde, reside no fato de que **reconhecer o direito à saúde – ou o**

direito de acesso aos cuidados de saúde – não deve ser suficiente para defender uma ampla distribuição dos recursos sanitários, uma vez que disso resultaria um sistema de saúde caro e ineficiente – um sistema de saúde injusto.

Deste modo, o princípio da justiça de Beauchamp e Childress se configura em uma proposta racional e impositiva, em que as questões orçamentárias devem conduzir as políticas públicas de saúde, sendo **a universalidade do acesso aos cuidados de saúde não exequível do ponto de vista financeiro, ainda que justificável do ponto de vista ético.**

O discurso de Beauchamp e Childress está na contra-corrente do que vem sendo demonstrado por estudos recentes sobre viabilidades dos sistemas de saúde, apontando para o fato de que sistemas de saúde universais devem ser considerados como moralmente adequados e são financeiramente exequíveis, quer em países desenvolvidos, quer em países não desenvolvidos (Paim *et al.*, 2011⁵⁷; Walker, 2018⁵³). Ademais, sistemas de saúde com acesso não universal aos cuidados de saúde e que são predominantemente privatizados (securitização da assistência) vêm se demonstrando moralmente inaceitáveis e financeiramente ineficientes (Labra, 2001⁵⁵; Almeida, Oliveira e Giovanella, 2108⁵⁶; Garrafa, Cunha e Manchola, 2018²²).

Norman Daniels busca estabelecer uma profunda e incontestável relação entre as desigualdades sociais e as diversas formas de injustiça, particularmente visíveis no acesso aos cuidados de saúde. Para tanto, o autor reconhece que tais injustiças podem ser conjunturais (injustiças domésticas, locais) e estruturais (injustiças internacionais, globais), com profundas e nefastas consequências na limitação do acesso e/ou na precarização da qualidade dos cuidados de saúde das populações.

Daniels parte de uma visão democrática de justiça social, defendendo a equidade como uma de suas principais características – justiça distributiva que privilegia os mais necessitados e que busca corrigir, ainda que parcialmente, as desigualdades sociais. Assim, o autor **reconhece o direito à saúde** (ainda que se limitando em abordar o direito de acesso aos cuidados de

saúde) e defende que apenas uma **justa distribuição dos recursos sanitários** pode garantir um sistema de saúde igualitário e socialmente justo.

Deste modo, a **equidade sanitária** de Norman Daniels se configura em uma proposta democrática e compensatória, em que as políticas públicas de saúde devem receber especial atenção dos governos (e compromisso por parte da iniciativa privada), por meio de mecanismos de financiamento público (subsídios ou fomentos) a fim de garantir a todos os necessários cuidados de saúde, sendo **a universalidade do acesso aos cuidados de saúde desejável do ponto de vista ético e factível do ponto de vista político e econômico**, embora de difícil execução para o autor.

A proposta de Norman Daniels para um sistema de saúde com acesso pretensamente universal (cobertura universal), mediante seu conceito de justiça como equidade, é evidentemente contrahegemônica em um modelo de assistência claramente não equitativo (Walker, 2018⁵³). A proposta se sustenta, aparentemente, em um conceito de universalização da cobertura – ampliação do acesso aos seguros e planos de saúde privados com intermediação do Mercado – e não de acesso universal aos cuidados de saúde, mediante financiamento e prestação de serviços públicos de saúde, como dever do Estado, como defende a Bioética de Intervenção (Garrafa, Cunha e Manchola, 2018²²).

Desta forma, Norman Daniels se distancia de uma proposta de acesso aos cuidados de saúde restritiva e não universalizante, defendida por Engelhardt e por Beauchamp e Childress, mantendo, contudo, a ideologia liberal de assistência predominantemente privada, ainda que pretendendo ampliar o acesso por meio do financiamento com recursos públicos federais – essência do Plano Obama Care do qual foi um dos idealizadores. Ademais, seu discurso, de certo modo, se aproxima das propostas latino-americanas, sobretudo da Bioética de Proteção, ao se preocupar com as causas das iniquidades sanitárias, sobretudo as limitações no acesso aos cuidados de saúde por expressiva parcela da população nos Estados Unidos da América.

A equidade sanitária de Norman Daniels, fundamentada na proteção das oportunidades abertas para os indivíduos, sobretudo àqueles em situações de exclusão social (vulnerações), em muito se assemelha ao princípio da proteção de Kottow e Schramm, ressalvadas as peculiaridades quanto ao modelo de sistema de saúde defendido por esses autores.

De seu turno, Schramm e Kottow, entre os autores latino-americanos estudados, defendem que o acesso aos cuidados de saúde seja priorizado a partir de uma perspectiva coletiva: predomínio dos interesses públicos (coletivos) sobre os interesses privados (individuais). Esses autores partem da ideia de um Estado protetor que atuando com eficiência e responsabilidade social deve dar prioridade aos sujeitos vulnerados e desprotegidos nas ações de saúde pública. Logo, os indivíduos passam a ser vistos e designados não como clientes (consumidores), mas como cidadãos (usuários do sistema de saúde).

Assim, o princípio da proteção proposto pelos autores se configura em uma proposta inclusiva e igualitária, em que as políticas públicas de saúde, por meio da ação responsável e efetiva do Estado, devem privilegiar os sujeitos vulnerados, sendo **a universalidade do acesso aos cuidados de saúde uma prerrogativa de todos os cidadãos.**

De modo idêntico, porém de maneira mais crítica, Volnei Garrafa adota um discurso direto e contundente em defesa de um sistema universal de saúde, predominantemente financiado com recursos públicos, a partir de uma perspectiva ético-política socialmente comprometida com os interesses públicos e os ideais democráticos de justiça social e plena cidadania.

Garrafa, por meio da Bioética de Intervenção, adota a clara defesa daqueles que denomina de “a banda mais frágil da sociedade”, ao reconhecer o direito à saúde como uma prerrogativa dos indivíduos em conquistar uma vida com qualidade e dignidade, adotando um conceito ampliado de saúde como um valor, mas também como um direito social, que incorpora outros direitos humanos fundamentais (individuais, coletivos e difusos).

Em franca oposição ao modelo ultraliberal de Engelhardt e ao modelo neoliberal de Beauchamp e Childress, Volnei Garrafa parte de uma concepção histórico-social (não liberal), na perspectiva de um Estado provedor e que possa intervir de forma responsável e comprometida nas diversas políticas sociais, com destaque para as políticas públicas de saúde. Ademais, considera que condições estruturais (externas), além das condições conjunturais (internas), têm enorme influência na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos e das populações, particularmente com relação às severas restrições econômicas a que são submetidos os países periféricos por medidas exploratórias do capital internacional do qual são detentores os países centrais.

Assim, a Bioética de Intervenção se configura como uma proposta transformadora e libertadora, em que as políticas públicas de saúde, por meio da ação interventiva do Estado, devem garantir **a universalidade, a integralidade e a gratuidade da assistência à saúde como um direito humano fundamental e um dever do Estado.**

Como visto, os bioeticistas latino-americanos, de forma complementar em seus discursos, defendem o direito à saúde e o acesso universal aos cuidados de saúde – a saúde vista como um valor social e também como um direito humano fundamental. Deste modo, defendem que políticas públicas de saúde devem proteger e promover o direito à saúde, uma vez que discriminações no acesso ou na prestação dos serviços de saúde violam este direito humano fundamental. As políticas e as estratégias visando a garantir adequado acesso aos cuidados de saúde devem ser responsabilidade do Estado, servindo para corrigir desigualdades, eliminar iniquidades e coibir práticas discriminatórias, bem como para garantir saúde de qualidade para todos, independente de suas condições socioeconômicas.

A organização dos sistemas de saúde em cada país depende fundamentalmente de sua organização política, de sua dinâmica de classes e de seus valores sociais. Deste modo, em países de forte ideologia liberal, com enorme influência do livre mercado, predominam os cuidados privados de saúde, mesmo que financiados com recursos públicos; em países de forte tradição social

e democrática, com significativa valorização dos direitos sociais, predominam sistemas de saúde organizados e financiados prioritariamente com recursos públicos (Birn, Pillay e Holtz, 2017).¹⁰²

Como bem esclarece Globekner (2010)¹⁰³, dificilmente encontraremos modelos de sistemas de saúde exclusivamente públicos (modelos sociais) ou exclusivamente privados (modelos liberais), sendo a regra uma combinação dos dois modelos, com conseqüente predomínio de um ou de outro.

As responsabilidades do Estado e da sociedade residem no equilíbrio entre esses modelos, para que seja garantido o melhor nível de saúde para a população, sem que privilégios para poucos (ricos) e discriminações contra muitos (pobres) ampliem as desigualdades sociais e resultem em sistemas de saúde injustos.

Neste ponto, importante ressaltarmos que relevantes conflitos éticos no acesso aos cuidados de saúde vêm se configurando em uma profunda e preocupante questão de geopolítica internacional, caracterizada por uma enorme tensão entre diversos atores que atuam na governança da saúde global.

A OMS, considerada, até recentemente, o mais importante e poderoso ator na governança da saúde global, vem perdendo importância política e financeira para diversas corporações multinacionais, sobretudo para a gananciosa indústria farmacêutica e para as poderosas instituições financeiras.

Verifica-se que esta mudança de estratégia vem sendo construída na própria história da OMS, que originalmente privilegiava a saúde no seu aspecto mais abrangente e posteriormente se dedicou a programas de controle de doenças, particularmente as mais rentáveis para a indústria farmacêutica e para as demais corporações que atuam no setor de saúde, esquecendo todas as transformações econômicas, sociais e culturais que precisam ocorrer para que, de fato, se considere a saúde no seu sentido mais amplo.

Esse fenômeno de “doencificação da saúde” é descrito por Biehl (2011)¹⁰⁴ como “bala mágica”, *in verbis*:

“O fato é que as abordagens do tipo da “bala mágica” são cada vez mais a norma em saúde global – isto é, a entrega de tecnologias de saúde (geralmente novas drogas ou aparelhos) dirigidas a uma doença específica apesar da miríade de fatores societários, políticos e econômicos que influenciam a saúde.” (p. 267)

Recentemente, este espaço em defesa de um conceito ampliado de saúde, bem como do acesso universal aos cuidados de saúde, vem sendo ocupado pela UNESCO. Deste modo, vislumbra-se uma importante tensão entre diferentes atores globais: de um lado, a OMS e o Banco Mundial defendendo modelos de sistemas de saúde com foco na cobertura da assistência, com ênfase no financiamento; de outro lado, a UNESCO defendendo sistemas universais de saúde, com ênfase no acesso aos cuidados de saúde como um direito humano universal e inalienável.

Está em curso, com particular interferência política do governo dos EEUU e com claros interesses econômicos das grandes empresas de seguros de saúde, um plano mundial para privatização do setor de saúde, mediante ampliação da cobertura de assistência privada utilizando recursos públicos, atualmente destinados aos sistemas públicos de saúde, tanto em países pobres como em países ricos.

Considerando que as iniquidades sociais têm profundas, desastrosas e irreparáveis consequências nas condições de saúde das populações, os sistemas de saúde, dada sua complexidade, devem ser construídos mediante políticas intersetoriais, envolvendo diversos aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e morais.

Diversas condições atuam de forma complexa e interdependente na sociedade e têm enorme influência sobre a qualidade de vida dos indivíduos, gerando impactos diretos ou indiretos no sistema de saúde, como nível de

escolaridade, emprego e renda, condições de moradia, de transporte e de lazer, acesso a água potável e a alimentos de qualidade, níveis de violência explícita (homicídios, acidentes automobilísticos) ou de violência implícita (discriminações, estigmatizações).

Deste modo, as questões sanitárias precisam ser consideradas para além do setor de saúde, de modo abrangente e não somente limitado aos aspectos assistenciais, sejam preventivos ou curativos.

Uma sociedade que almeja ser justa e igualitária não pode prescindir de um sistema de saúde que respeite a dignidade humana e que promova a qualidade de vida de seus cidadãos. Logo, um sistema de saúde que limite ou dificulte o acesso aos cuidados de saúde não pode ser considerado eficiente e muito menos justo!

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas de acesso aos cuidados de saúde são comuns tanto em países desenvolvidos (países ricos, países centrais) como em países não-desenvolvidos (países pobres, países periféricos), predominantemente decorrentes do esgotamento de modelos que priorizam a assistência médico-hospitalar (modelos hospitalocêntricos), com a consequente elevação dos custos de financiamento do setor, associado com a precariedade da cobertura e a baixa resolutividade das ações básicas de saúde.

Enquanto nos países ricos a elevação dos custos com adoção de novas e onerosas tecnologias, bem como a complexa e excessiva burocratização dos sistemas de saúde estão entre os maiores desafios, nos países pobres são comuns a precariedade dos serviços em virtude do crônico sub-financiamento do setor, em meio a graves e persistentes problemas socioeconômicos, como a miséria, a fome e o analfabetismo.

Importante salientar que as propostas aqui apresentadas se configuram em abordagens epistêmicas com forte componente conceitual mas igualmente ideológico, fundamentadas em conceitos ético-políticos de justiça distributiva. Todavia, ainda que argumentos éticos sejam indispensáveis para a elaboração de políticas públicas de saúde, sobretudo quando se discute alocação de recursos e acesso aos cuidados de saúde, argumentos pseudo-morais não devem ser utilizados para encobrir estratégias injustas ou eticamente inaceitáveis.

Em relação ao primeiro objetivo de nosso estudo, pudemos identificar diferentes discursos bioéticos sobre o direito à saúde e o acesso aos cuidados de saúde.

De um lado identificamos os discursos bioéticos do Norte, exemplificados nos textos dos bioeticistas estadunidenses, com forte influência da ética biomédica e evidentemente mais preocupados com a eficiência financeira de seu sistema de saúde e com a lucratividade das empresas privadas que atuam no setor. Cumpre-nos, todavia, fazer ressalva ao posicionamento de Norman

Daniels, cuja proposta de justiça distributiva sanitária, ainda que amparado em conceito formal de justiça, considera as desigualdades sociais como causadoras dos problemas de saúde e propõe a equidade (justa distribuição) com forma de minimizar as injustiças e promover sistemas de saúde mais justos.

De outro lado, temos os discursos bioéticos do Sul, dos bioeticistas latino-americanos, representados pela Bioética de Proteção e Bioética de Intervenção, com fundamentos nos direitos humanos e comprometidos com questões sociais e com a intransigente defesa das populações excluídas, marginalizadas e pauperizadas. Esses discursos estão alinhados com as propostas que defendem sistemas universais de saúde, com garantia de amplo e irrestrito acesso aos cuidados de saúde pela população.

O discurso é a expressão de um conhecimento combinado com uma visão de mundo de seu autor; logo, todo discurso é epistêmico-ideológico, haja vista que o mesmo encerra elementos cognitivos e elementos ético-políticos.

Conceitualmente, dizemos que a bioética é uma ética aplicada, uma ética prática, uma ética que cuida de problemas morais cotidianos e da busca de resolução para os mesmos. Todo discurso bioético pretende ser uma ação racional e intencional; todo discurso bioético, portanto, é epistêmico-político. Logo, não podemos dissociar sua essência axiológica de sua intencionalidade política. Nos discursos bioéticos, quaisquer que sejam suas origens ou seus autores, estão interrelacionadas e são interdependentes suas dimensões ética e política.

Discursos a serviço do colonialismo epistemológico, discursos que se pretendem hegemônicos e infalíveis, unilaterais e pouco tolerantes com a exclusão e a inacessibilidade, são próprios de uma intencionalidade de dominação, que busca a manutenção das relações assimétricas de poder, desconsideram a pluralidade moral e desprezam a interculturalidade e a diversidade epistêmica presentes nos outros discursos.

Discursos coletivos, socialmente construídos, que defendem o diálogo, que valorizam a pluralidade moral e privilegiam a interculturalidade, são

discursos que se pretendem contra-hegemônicos, dispostos ao debate, próprios de uma intencionalidade de emancipação e de libertação, que combatem as desigualdades, as discriminações e as injustiças sociais.

Deste modo, reconhecemos que as dimensões ética, política, econômica e social da saúde a tornam um importante campo para a reflexão da bioética, sobretudo de uma bioética crítica, preocupada com os problemas coletivos e com as demandas de populações mais vulneráveis.

Em nosso estudo, ao analisarmos os diferentes discursos bioéticos sobre acesso aos cuidados de saúde, verificamos que discursos liberais, como os de Engelhardt e de Beauchamp e Childress, não conferem adequada amplitude ao conceito de saúde, restringindo a discussão à dimensão assistencial (serviços médico-hospitalares) e à disponibilidade de recursos financeiros para que indivíduos possam dispor de seguros privados de saúde, usufruindo de diferentes níveis de acesso aos cuidados de saúde. O discurso liberal e igualitário de Norman Daniels, por seu turno, alcança um conceito ampliado de saúde, ao incorporar determinantes sociais e econômicos como elementos influenciadores (negativos e positivos) da qualidade de vida e das condições de saúde das populações; todavia, não se compromete com a proposta universalizante de acesso aos cuidados de saúde.

De maneira diversa, os discursos bioéticos expostos na Bioética de Proteção e, sobretudo, na Bioética de Intervenção, defendem um conceito ampliado de saúde – saúde como direito social, saúde como essencial para um pleno exercício de cidadania, saúde como qualidade de vida. Neste diapasão, o acesso universal aos cuidados de saúde é fundamental como ponto de partida para garantia do direito à saúde, não se restringindo somente à assistência à saúde, mas incorporando os bens e os serviços sanitários aos demais direitos sociais.

Outrossim, percebemos que diferentes conceitos de justiça estão presentes nos diversos discursos bioéticos sobre acesso aos cuidados de saúde, respondendo ao segundo objetivo de nosso estudo.

Um conceito formal de justiça (igualdade formal) acaba por desconsiderar as diferenças de oportunidades que estão flagrantemente presentes na sociedade, gerando maiores desigualdades e insuperáveis limitações no acesso aos bens e serviços de saúde. Assim, a justiça formal acaba favorecendo apenas uma parcela da sociedade – aqueles que têm privilégios continuam levando vantagem em detrimento daqueles que não gozam de todas as oportunidades e acabam sendo prejudicados. Assim, as pessoas assistidas são cada vez mais bem assistidas e as desassistidas são cada vez menos assistidas (os excluídos, os marginalizados).

Um conceito de justiça material (igualdade real) busca tratar de forma desigual pessoas que se encontram em condições desiguais, atentando para suas particulares condições de desigualdades. Neste sentido, o conceito de equidade não significa eliminar as diferenças, mas evitar que persistam diferenças arbitrárias e injustas. Observados critérios de razoabilidade e de proporcionalidade, cabe ao Estado (Social) promover políticas públicas que privilegiem tratamento diferenciado, adequado e oportuno para o caso concreto.

A justiça como equidade, de certo modo, pode de fato se constituir em falta de justiça, haja vista que, ao simplesmente reconhecer as desigualdades sociais e buscar promover justiça distributiva, de caráter compensatório, somente se sustentará enquanto forem mantidas as desigualdades que pretensamente busca combater!

De acordo com o terceiro objetivo de nosso estudo, evidenciamos similaridades (convergência interna) entre os discursos do Norte, ao defenderem restrições morais e/ou financeiras no acesso aos cuidados de saúde (Engelhardt; Beauchamp e Childress), bem como dissemelhanças (divergência interna) no conceito de direito à saúde (restrito em Engelhardt, limitado em Beauchamp e Childress, ampliado em Norman Daniels). Nos discursos bioéticos no Sul, as similaridades (convergência interna) se configuram, de fato, como complementariedade entre a Bioética de Proteção e a Bioética de Intervenção, sobretudo ao defenderem um amplo conceito de direito à saúde, proteção aos

sujeitos vulnerados (excluídos) com prioridade no acesso aos cuidados de saúde e sistemas universais e públicos de saúde.

Ademais, entre os discursos bioéticos do Norte e os discursos bioéticos do Sul, podemos identificar similaridades (convergência externa) na defesa da equidade como forma de justiça distributiva compensatória nas propostas de Norman Daniels (equidade sanitária) e de Schramm (Bioética de Proteção). Neste diapasão, podemos constatar que a proposta de Garrafa (Bioética de Intervenção), para além da equidade – sendo esta ponto de partida para a igualdade, por meio do emponderamento, da emancipação e da libertação – representa, ao mesmo tempo, dissemelhança com a Bioética de Proteção de Schramm (divergência interna) e com a equidade sanitária de Norman Daniels (divergência externa).

Outrossim, em se tratando de divergências externas entre discursos bioéticos do Norte e do Sul, existem amplas e inconciliáveis dissemelhanças entre o que defende Engelhardt (princípio do consentimento) – Estado mínimo (visão ultraliberal), sistema de saúde estratificado e privatizado, restrição moral e financeira ao conceito de direito à saúde e ao acesso aos cuidados de saúde – e o que defende Garrafa (Bioética de Intervenção) – Estado provedor (visão histórico-social), sistema de saúde universal e público, amplo conceito de direito à saúde e irrestrito acesso aos cuidados de saúde.

Assim, confirmando nossas hipóteses (premissas), verificamos que os autores estadunidenses, que adotam discursos bioéticos fundamentados no conceito de justiça formal, com uma abordagem ética deontológica no acesso aos cuidados de saúde, não conseguem (como Beauchamp e Childress) ou não pretendem (como Engelhardt) defender sistemas de saúde universais. De outro modo, autores latino-americanos, que adotam discursos bioéticos fundamentados no conceito de justiça material (equidade) (como Schramm e Kottow) ou para além dele (como Garrafa), com uma abordagem ética teleológica (consequencialista) no acesso aos cuidados de saúde, defendem sistemas universais de saúde.

Finalmente, defendemos uma Bioética fundada na alteridade e na solidariedade, cuja interseção com a Saúde Pública possa privilegiar o princípio do respeito pela dignidade humana e o princípio da garantia de acesso universal aos cuidados de saúde, devendo a saúde ser considerada como um direito humano fundamental, cujo valor intrínseco deve ser socialmente protegido.

REFERÊNCIAS

1. OMS/CDSS. **Resumen Analítico del Informe Final**. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organización Mundial da Saúde, 2008.
2. Barata RB. Desigualdades sociais e saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ed. (rev. aum.). Gastão Wagner de Souza Campos, José Ruben de Alcântara Bonfim, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond Júnior, Yara Maria de Carvalho (orgs.). São Paulo: Hucitec, 2012, 483-512.
3. Buss PM, Pellegrini-Filho A. *A saúde e seus determinantes sociais*. Physis: Rev Saúde Coletiva, 2007;17(1):77-93.
4. Contadriopoulos AP. *Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde?* Cad Saúde Públ, 1998;14(1):199-204.
5. Garrafa V, Cordón J. *Determinantes sociais da doença*. Saúde em Debate, 2009;33(83):388-96.
6. Potter VR. **Bioethics: bridge to the future**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971.
7. Potter VR. **Bioética: ponte para o futuro**. Tradução de Diego Carlos Zanella. São Paulo: Edições Loyola, 2016.
8. Beauchamp TL, Childress JF. **Principles of Biomedical Ethics**. 7th.ed. Oxford University Press, 2013.
9. Garrafa V. **Dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP/Kellogg Foundation, 1995.
10. Berlinguer G. *Apresentação*. In: Garrafa V. **Dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP/Kellogg Foundation, 1995, pp. i-iii.
11. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. *Saúde Pública, Bioética e Equidade*. Bioética, 1997;5(1):27-33.
12. Fortes PAC, Zoboli ELCP (orgs.). **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2003.
13. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e Saúde Pública: entre o individual e o coletivo. In: **Bioética e Saúde Pública**. Paulo Antônio de Carvalho Fortes e Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli (organizadores). São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2003, pp. 11-24.
14. Garrafa V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: **Bioética e Saúde Pública**. Paulo Antônio de Carvalho Fortes e Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli (organizadores). São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2003, pp. 49-61.
15. Schramm FR. A bioética da proteção em saúde pública. In: **Bioética e Saúde Pública**. Paulo Antônio de Carvalho Fortes e Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli (organizadores). São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2003, pp. 71-84.

16. Arreguy EEM, Schramm FR. *Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção*. Revista Brasileira de Cancerologia, 2005;51(2):117-23.
17. Lues MF. *Equidad y Justicia en Salud: implicaciones para la Bioética*. Acta Bioethica, 2003;IX(1):113-26.
18. Fortes PAC, Carvalho RRP, Tittanegro GR, Pedalini LM, Sacardo DP. *Bioética e saúde global: um diálogo necessário*. Rev Bioética, 2012;20(2):219-25.
19. Corgozinho MM, Oliveira AAS. *Equidade em saúde como marco ético da bioética*. Saúde Soc. São Paulo, 2016;25(2):431-41.
20. Porto D, Garrafa V. *A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras*. Ciência & Saúde Coletiva, 2011;16(S1):719-29.
21. Junges JR, Zobolli ELCP. *Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas*. Ciência & Saúde Coletiva, 2012;17(4):1049-60.
22. Garrafa V, Cunha TR, Manchola C. *Access to healthcare: a central question within Brazilian bioethics*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 2018;27(3):431-9.
23. OMS. **Relatório Mundial de Saúde – Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.
24. UNESCO. **DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS**. Adotada por aclamação durante a 33ª Sessão da Conferência Geral da UNESCO, em 19 de outubro de 2005. Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UNB) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Tradução: Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado; Revisão: Volnei Garrafa; 2005.
25. Garrafa V. Apresentação – O novo conceito de bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A (orgs). **Bases conceituais da Bioética – enfoque latino-americano**. São Paulo: Gaia, 2006, pp. 09-15.
26. UNESCO/CIB. **Informe del Comité Internacional de Bioética de la Unesco sobre Responsabilidad Social y Salud**. Publicado por la Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, Paris) y el Centro Nacional de Documentación en Bioética de la Fundación Rioja Salud (FRS, Logroño), 2018.
27. Oliveira N. Teorias da justiça (24). In: **Manual de Ética: Questões de ética teórica e aplicada**. João Carlos Brum Torres (org.). Petrópolis: Vozes; Caxias do Sul: EDUCS; Rio de Janeiro: BNDES, 2014, 558-82.
28. Aristóteles. **Ética a Nicômaco**. Editora Blue – Coleção Filosofia do Kindle, 2018.
29. Rawls J. **Uma Teoria da Justiça**. [Tradução de Almiro Pisseta e Lenita Estever]. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
30. Nozick R. **Anarquia, Estado e Utopia**. [Tradução de Fernando Fontes]. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
31. Heller A. **Além da justiça**. [Tradução de Savannah Hartmann]. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

32. Sandel MJ. **Justiça - O que é fazer a coisa certa**. [Tradução de Heloísa Matias e Maria Alice Máximo]. 12.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.
33. Whitehead M, Dahlgren G. **Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1**. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, n. 3), 2006.
34. Braveman P, Gruskin S. *Defining equity in health*. J Epidemiol Community Health, 2003;57:254-8.
35. Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N. *Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos*. Cad. Saúde Pública, 2009; 25(2):S217-26.
36. Coelho IB. *Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, 2010;15(1):171-83.
37. Nussbaum MC. **Fronteiras da justiça: deficiência, nacionalidade, pertencimento à espécie**. [Tradução de Susana de Castro]. São Paulo: WMF / Martins Fontes, 2013.
38. Santos BS. **O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul**. Lisboa: Almedina, 2018, 535pp.
39. Travassos C, Martins M. *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. Cad Saúde Pública, 2004;20(2):190-198.
40. Cohen J, Ezer T. *Human Rights in Patient Care: a theoretical and practical framework*. Health and Human Rights, 2013;15(2):7-19.
41. Ronald A, Newman JF. *Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States*. Milbank Mem Fund Q Health Soc, 1973;51(1):95-124.
42. Aday LA, Andersen R. *A framework for the study of access to medical care*. Health Serv Res, 1974;9(3):208-20.
43. Donabedian A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University; 1973.
44. Penchansky DBA, Thomas JW. *The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction*. Med Care, 1981;19:127-40.
45. McIntyre D, Mooney G (eds.). **The economics of health equity**. New York: Cambridge University; 2007.
46. Thiede M, McIntyre D. *Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note*. Cad Saúde Pública, 2008;24(5):1168-73.
47. Sanchez RM, Ciconelli RM. *Conceitos de acesso à saúde*. Rev Panam Salud Publica, 2012;31(3):260-8.
48. Mooney G, Houston S. *Equity in health care and institutional trust: a communitarian view*. Cad Saúde Pública, 2008;24(5):1162-7.

49. Vieira ABD, Monteiro PS. *Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob enfoque da Bioética de Intervenção*. Saúde em Debate, 2013;37(99):610-8.
50. Topa J, Neves S, Nogueira C. *Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde*. Saúde Soc São Paulo, 2013;22(2):328-41.
51. Silva DM, Souza TO, Lima MV, Yarid SD, Sena, ELS. *Acessibilidade do homem aos serviços da Atenção Básica: uma aproximação com a Bioética da Proteção*. Cogitare Enferm, 2013;18(3):573-8.
52. Cunha ABO, Vieira-da-Silva, LM. *Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema*. Cad Saúde Pública, 2010;26(4):725-37.
53. Walker, J. *Why Americans Spend So Much on Health Care - In 12 Charts*. **The Wall Street Journal**, July 31, 2018.
54. Callahan D. **Taming the beloved beast: How medical technology costs are destroying our health care system**. Princeton University Press; 2009.
55. Labra ME. *Política e saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para uma comparação*. Ciência & Saúde Coletiva, 2001;6(2):361-76.
56. Almeida PF, Oliveira SC, Giovanella, L. *Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile*. Ciência & Saúde Coletiva, 2018;23(7):2213-27.
57. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. *Health in Brazil 1 – The Brazilian health system: history, advances, and challenges*. Lancet, 2011;377:1778-97.
58. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ed. (rev. aum.). Gastão Wagner de Souza Campos, José Ruben de Alcântara Bonfim, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond Júnior, Yara Maria de Carvalho. São Paulo: Hucitec, 2012, 559-90.
59. Garrafa V. Access to health care. In: Ten Have H (editor). **Encyclopedia of Global Bioethics**. Switzerland: Springer, 2016, 21-9.
60. Engelhardt Jr. HT. **Fundamentos da Bioética**. Tradução de José A. Ceschin. 6ed. São Paulo: Edições Loyola, 2015.
61. Engelhardt Jr. HT. **Fundamentos da Bioética Cristã Ortodoxa**. Tradução de Luciana Moreira Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2003.
62. Engelhardt Jr. HT (org.). **Bioética Global: O colapso do consenso**. Tradução de Luzia Araújo. São Paulo: Edições Loyola, 2012.
63. Engelhardt Jr. HT. Bioética Global: uma introdução ao colapso do consenso. In: Engelhardt Jr. HT (org.). **Bioética Global: O colapso do consenso**. Tradução de Luzia Araújo. São Paulo: Edições Loyola, 2012, 19-40.
64. Beauchamp T, Childress J. **Principles of Biomedical Ethics**. 7th.ed. Oxford, 2013.

65. Daniels N. **Just Health Care – Studies in philosophy and health policy**. Cambridge Press, 1985.
66. Daniels N. *Justice, Health, and Healthcare*. American Journal of Bioethics, 2001;1(2):2-16.
67. Daniels N. **Just Health – Meeting Health Needs Fairly**. Cambridge Press, 2008.
68. Daniels N. *A Progressively Realizable Right to Health and Global Governance*. Health Care Anal, 2015;23:330-40.
69. Kottow M. *Sanitary justice in scarcity*. Cad. Saúde Pública, 1999;15(Sup.1):43-50.
70. Schramm FR, Kottow M. *Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas*. Cad. Saúde Pública, 2001;17(4):949-56.
71. Kottow M. *The vulnerable and the susceptible*. Bioethics 2003;17(5):460-71.
72. Schramm FR. A bioética da proteção em saúde pública. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP (orgs). **Bioética e Saúde Pública**, São Paulo: Loyola, 2003, pp. 71-84.
73. Schramm FR. *Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização*. Bioética, 2008;16(1):11-23.
74. Kottow M. Bioética de protección. In: Tealdi JC (org.). **Diccionario latinoamericano de bioética**, Bogotá: UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 2008, pp. 165-7.
75. Kottow M. Bioética de Proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M (orgs). **Bioética, riscos e proteção**. Rio de Janeiro: UFRJ/Fiocruz, 2009, pp. 29-44.
76. Schramm FR. *A bioética de proteção é pertinente e legítima?* Rev Bioética, 2011;19(3):713-24.
77. Arreguy EEM, Schramm FR. *Bioética do Sistema Único de Saúde / SUS: uma análise pela bioética da proteção*. Rev Bras Cancerologia, 2005;51(2):117-23.
78. Schramm FR. *A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias?* Ciência & Saúde Coletiva, 2017;22(5):1531-8.
79. Ribeiro CDM, Schramm FR. *A necessária frugalidade dos idosos*. Cad. Saúde Pública, 2004;20(5):1141-59.
80. Ribeiro CDM, Schramm FR. *Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização*. Cad. Saúde Pública, 2006;22(9):1945-53.
81. Pontes CAA, Schramm FR. *Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável*. Cad. Saúde Pública, 2004;20(5):1319-27.
82. Lessa SC, Schramm FR. *Proteção individual versus proteção coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa*. Ciência & Saúde Coletiva, 2015;20(1):115-24.

83. Schramm FR. *Bioética, economia e saúde: direito à assistência, justiça social, alocação de recursos*. Rev Bras Cancerol, 2000;46(1):41-7.
84. Martorell LB. **Análise crítica da Bioética de Intervenção: um exercício de fundamentação epistemológica**. [Doutorado em Bioética]; Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2015.
85. Feitosa SF. **Pluralismo moral e direito à vida: apontamentos bioéticos sobre a prática do infanticídio em comunidades indígenas no Brasil**. [Mestrado em Bioética]; Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2010.
86. Feitosa SF. **O Processo de Territorialização Epistemológica da Bioética de Intervenção: por uma prática bioética libertadora**. [Doutorado em Bioética]; Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2015.
87. Nascimento WF. **Por uma vida descolonizada: diálogos entre a bioética de intervenção e os estudos sobre a colonialidade**. [Doutorado em Bioética]; Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2010.
88. Nascimento WF, Garrafa V. *Nuevos diálogos desafiantes desde el sur: colonialidad y Bioética de Intervención*. Revista Colombiana de Bioética, 2010;5(2):23-37.
89. Nascimento WF, LB Martorell. *A bioética de intervenção em contextos descoloniais*. Revista Bioética, 2013;21(3):423-31.
90. Garrafa V, Porto D. *Intervention Bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice*. Bioethics, 2003;17(5-6):399-416.
91. Garrafa V. *Inclusão social no contexto político da bioética*. Rev Bras Bioética, 2005;1(2):122-32.
92. Garrafa V. *Da bioética de princípios a uma bioética interventiva*. Revista Bioética, 2005;13(1):125-34.
93. Garrafa V, Kottow M, Saada A (orgs). **Bases conceituais da Bioética: enfoque latino-americano**. São Paulo: Gaia, 2006, 284pp.
94. Porto D, Garrafa V. *Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado*. Bioética, 2005;13(1):111-23.
95. Garrafa V. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A (orgs). **Bases conceituais da Bioética: enfoque latino-americano**. São Paulo: Gaia, 2006, p. 73-86.
96. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. In: Tealdi JC (org.). **Diccionario Latino-Americano de Bioética**. Bogotá: UNESCO, 2008, p. 161-4.
97. Feitosa SF, Nascimento WF. *A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo*. Revista Bioética, 2015; 23(2):277-84.
98. Fulgêncio CA, Nascimento WF. *Bioética de intervenção e justiça: olhares desde o sul*. Revista Brasileira de Bioética, 2012;8(1-4):47-56.
99. Garrafa V. *Ampliação e politização do conceito internacional de bioética*. Revista Bioética, 2012;20(1):09-20.

100. Rivas-Muñoz F, Garrafa V, Feitosa SF, Nascimento WF. *Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad*. Saúde Soc. São Paulo, 2015;24(supl.1):141-51.
101. Madrid R. *La bioética de Tristram Engelhardt: entre la contradicción y la postmodernidad*. Revista Bioética, 2014;22(3):441-7.
102. Birn AE, Pillay Y, Holtz TH. **Textbook of Global Health**. 4th.ed. Oxford University Press, 2017.
103. Globekner OA. *A bioética e o problema do acesso à atenção em saúde*. Revista de Direito Sanitário, 2010;11(1):123-45.
104. Biehl J. *Antropologia no campo da saúde global*. Horizontes Antropológicos, 2011;17(35):257-96.