

Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde

Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Resumo: O artigo apresenta breve reflexão sobre orientações para a análise bioética do princípio da justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. Discorre sobre os marcos que definem as idéias de justiça distributiva e equidade em saúde, estabelecendo uma perspectiva histórica sobre o desenvolvimento desses conceitos e contextualizando-os frente à realidade dos sistemas de saúde. Por fim, analisa à luz da bioética diversos pressupostos de justiça distributiva, conduzindo tal reflexão a considerações sobre a especificidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Bioética. Justiça. Equidade. Sistemas de saúde.



Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Médico, professor associado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), presidente da Sociedade de Bioética de São Paulo (2005-2008), vice-presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (2007 - 2009)

O princípio ético da justiça

Justiça é um princípio secular de convívio entre os seres humanos que se coloca na interface entre a ética individual e a ética coletiva. A justiça é intersubjetiva, se refere às interações do eu com os outros, abrindo a pessoa à coletividade. É a virtude da cidadania.

A idéia de justiça é relativa a uma dada cultura em determinado momento histórico. Platão entendia que *o justo era cumprir o que é próprio de cada um*. Seu seguidor, Aristóteles, afirmava ser a justiça o fundamento para a constituição de uma sociedade ordenada, com vistas à realização de uma vida social feliz, dando a cada um o que é seu ou a cada um o que lhe compete ou que lhe é devido. Para Tomás de Aquino era a totalidade da virtude, presidindo a procura do bem comum¹.

Séculos mais tarde, o filósofo norte-americano John Rawls², no livro *Uma teoria da justiça*, de 1971, marco histórico na reflexão do princípio da justiça no século

XX, reafirma a justiça como a virtude primária das instituições sociais, fruto da cooperação humana que deve pretender a realização de benefícios mútuos. Para ele, *a justiça é a principal virtude das instituições sociais como a verdade é aquela dos sistemas de pensamento.*

Segundo a filósofa espanhola Adela Cortina³, a justiça é o princípio norteador da ética dos mínimos, necessária para que as pessoas possam atingir seu projeto de felicidade em uma sociedade moralmente pluralista, ou seja, constitui o capital ético compartilhado pelos membros da sociedade humana. É a base de uma ética cívica, que envolve também a aceitação dos princípios da solidariedade, da liberdade, do respeito ativo à diversidade, que utiliza o recurso do diálogo para resolver os conflitos.

Justiça distributiva e equidade em saúde

Segundo Aristóteles, a justiça podia ser dividida em comutativa (corretiva) e distributiva. A primeira é reguladora das relações entre os cidadãos. Deve ser fundamentada na igualdade entre os homens. A justiça distributiva era considerada como relativa à distribuição de honrarias, encargos sociais e bens, relacionando os indivíduos com o coletivo e a autoridade política. Dever-se-ia tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, de acordo com o nível de suas funções, formação e posição hierárquica na sociedade¹.

Há diversos conceitos do que seja a justiça distributiva. Como afirma Campos, os conceitos não são inócuos, pois *refletem um compromisso de quem os inventa ou emprega com certo entendimento do mundo ou com um determinado conjunto de valores*⁴. Para Rawls², é a maneira pela qual as instituições sociais mais importantes distribuem direitos e deveres fundamentais e determinam a divisão de vantagens provenientes da cooperação social. Conforme Guy Durant⁵, um dos mais importantes bioeticistas canadenses da atualidade, se refere à distribuição de bens, produtos ou serviços e/ou ao justo acesso aos recursos.

Da Antiguidade até princípios do século XVIII prevaleceu a noção de que uma distribuição justa deveria ser baseada na idéia de mérito pessoal. Uma das primeiras interpretações de equidade deriva do pensamento aristotélico, anteriormente referido, para o qual as pessoas iguais deveriam ser tratadas igualmente e as desiguais deveriam ser tratadas desigualmente, segundo o princípio da proporcionalidade natural. As coisas e os direitos não deveriam ser distribuídos igualmente, mas sim de maneira proporcionada, conforme uma hierarquia de merecimento social, de interesse da polis, na qual era mantida a superioridade do bem comum sobre o individual observada dentro da ordem da natureza. Ou seja, as desigualdades e diferenças na sociedade grega eram aceitas por provirem da natureza.

Mesmo durante a Idade Média, após difundida a noção da igualdade cristã de todos os homens perante Deus, isto não significou que se considerasse válida a igualdade de todas as pessoas em relação aos bens materiais. Ao contrário, as desigualdades sociais continuaram sendo consideradas como naturais. Assim, pode-se dizer que há muito pouco tempo se produziu a noção de que a sociedade deva atuar, criando condições para diminuir as desigualdades sociais, redistribuindo as riquezas existentes⁶.

Somente a partir do século XVIII, e principalmente após a Segunda Guerra Mundial, se constrói o moderno conceito de justiça distributiva que demanda que a sociedade organizada política e juridicamente, o Estado, intervenha no campo social e econômico visando garantir a distribuição de bens para que as pessoas sejam supridas de determinado nível de interesses e recursos materiais. Distribuição que deve ser independente do mérito das pessoas, sendo racional, praticável e realizada em bases seculares, atendendo ao princípio da dignidade humana, entendido no sentido kantiano, de que as pessoas são fins em si mesmas e não somente meios de se atingir outros propósitos ou finalidades.

Todavia, se o conceito adotado de justiça distributiva se faz importante para as justificativas das decisões tomadas ou a serem tomadas, também são certas as dificuldades de se pensar na existência de um único

caminho para se conseguir a *justa decisão*. Deve-se frisar que vivemos em uma sociedade moralmente pluralista, na qual os valores e os princípios morais aceitos são múltiplos e diferenciados. Assim sendo, temos diversas teorias morais que apresentam o que deva ser considerado como bom ou justo.

Se aparentemente existe em todas elas uma concordância de que se deva fazer uma justa distribuição dos bens, vantagens e desvantagens, obrigações e deveres, cargos e funções sociais, em sua efetivação se evidencia a diversidade de interpretações de justiça distributiva, envolvendo os princípios da igualdade, da equidade, da liberdade, da utilidade social, da eficácia, da liberdade, os quais, em situações concretas, podem vir a conformar alternativas contrapostas. Infelizmente, como alerta Cortina³, não é nada fácil a tarefa de discutir a aplicação do princípio nas sociedades de capitalismo tardio, nas quais as pessoas estão mais preocupadas em satisfazer seus desejos e interesses individuais do que refletir sobre aspectos relacionados ao coletivo.

Quanto à equidade, deve-se salientar que é um termo polissêmico, e como ressalta Almeida⁷, a definição de equidade escolhida para ser operacionalizada reflete os valores e as escolhas da sociedade em determinados momentos históricos.

No campo da saúde o termo equidade tem servido a diversas interpretações. São

encontradas algumas fundadas no princípio da igualdade – de oportunidade de acesso a serviços de saúde, de recursos despendidos para cada indivíduo de uma condição particular ou de possibilidade das pessoas atingirem seu potencial de vida saudável. Como exemplo, pode-se citar o conhecido dicionário da língua portuguesa de Aurélio Buarque de Holanda, cujo verbete eqüidade diz: *Disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um; justiça*⁸. Ainda se pode mencionar Griffiths⁹, para quem a eqüidade requer que as pessoas sejam tratadas igualmente quando sofrem de uma similar condição de agravo, não podendo ser discriminadas por sexo, raça, condição de emprego, circunstâncias familiares, posição social, estilo de vida, religião.

De forma diversa, a eqüidade vem sendo compreendida como envolvendo a noção da diferença. Para Aristóteles, tinha a função de interpretar a norma geral em situações particulares. Determinaria o que seria justo em situações singulares. Seguindo o pensamento aristotélico, Durant afirma que se a justiça distributiva requer regras de distribuição de recursos em saúde numa perspectiva de conjunto, visando ao coletivo, a eqüidade, por sua vez, se preocuparia com o indivíduo, pretendendo corrigir as injustiças concretas resultantes da norma geral⁵.

Atualmente, eqüidade em saúde é entendida não como igualdade, mas sim levando em conta as diferenças entre as pessoas

em suas condições sociais e sanitárias. A eqüidade em saúde implica em reduzir ao mínimo todas as diferenças sanitárias que são desnecessárias e evitáveis, além de injustas¹⁰.

Sistemas de saúde e justiça distributiva

Saúde pode ser compreendida como a expressão do maior grau de bem-estar que o indivíduo e a coletividade são capazes de alcançar por meio de um equilíbrio existencial dinâmico, mediado por um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Sabemos que a saúde dos indivíduos, tanto como a saúde das populações, resulta de condições de vida e de trabalho, tendo como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Todavia, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, os sistemas de saúde constituem fator social de grande relevância quando se pensa em ampliar a justiça e a inclusão social.

Os sistemas de saúde são frutos das condições econômicas e sociais do país. Sua organização e funcionamento envolvem diversos fatores indutores como a pressão dos diferentes atores sociais, tais como os pacientes, os clientes e os consumidores, os grupos de risco, os prestadores públi-

cos e privados de serviços de saúde, as seguradoras, os empregadores, as instituições formadoras de profissionais e técnicos de saúde, a indústria farmacêutica e de tecnologia médica, a mídia e a opinião pública, os grupos de advocacia de pacientes atingidos com determinadas doenças e agravos da saúde, os movimentos sociais de saúde, os profissionais de saúde e suas corporações e os partidos políticos e suas agências.

Contudo deve ser ressaltado que a *ideologia e os valores éticos* prevalentes em uma sociedade são fatores imprescindíveis para nortear seu sistema de saúde e a distribuição de seus recursos. Torna-se também necessária a compreensão de que cada sistema de saúde se desenvolve em um ambiente de constante ampliação tecnológica e de aumento de custos, conjuntamente com as necessidades de saúde que são crescentes e mais amplas que as possibilidades de recursos existentes. Isto independe do estágio econômico e da estrutura organizacional dos diferentes sistemas de saúde – donde resulta uma gama de problemas e conflitos éticos.

Orientações bioéticas de justiça distributiva

Tendo por pressuposto a existência do pluralismo moral contemporâneo e a procura de uma justa distribuição de recursos em saúde, este ensaio pretende apresentar algumas orientações para a análise bioética das ações e sistemas de saúde, mesclan-

do os ensinamentos de Buchanan¹¹, Gracia¹², Pessini e Barchifontaine¹³ e Beauchamp e Childress¹⁴:

- Justiça distributiva e liberdade contratual;
- Igualdade estrita e necessidades individuais;
- Justiça enquanto mérito e contribuição social;
- Justiça distributiva, utilidade social e maximização dos benefícios;
- Equidade e desigualdades compensadas.

Justiça distributiva e liberdade contratual

Para os adeptos das teorias liberais o princípio ético fundamental a ser observado na organização dos sistemas de saúde e na distribuição de recursos é o respeito à liberdade da pessoa humana de tomar decisões e fazer escolhas que afetem sua vida. Essa noção de justiça tem, entre seus fundamentos, as proposições de John Locke, médico e filósofo inglês, no século XVII. Para Locke, o homem, quando no *estado de natureza*, tinha direitos naturais à vida, à saúde, à propriedade e à liberdade. Também tinha o direito de defender seus interesses privados quando se julgasse ameaçado. Assim sendo, o conflito dos interesses e direitos de cada um fez necessária a existência de um contrato social para se conseguir o *bem comum*, entendido como um conjunto de normas conhecidas e aceitas por todos, que definisse o

que era justo e o que era injusto para a convivência social.

Justiça é compreendida como liberdade contratual. Ao Estado se exige apenas que garanta a ordem, a segurança e o direito à propriedade dos cidadãos, pois toda ação que ultrapasse esses limites deveria ser considerada indesejável e injusta. Para as teorias liberais a loteria biológica e a loteria social não são injustas e não trazem a obrigação moral de que seus efeitos sejam resolvidos ou mesmo atenuados, de forma obrigatória, pela sociedade e pelo Estado. Esse é o papel da caridade privada, pois as pessoas não têm obrigações de sacrifícios pessoais em nome do *bem comum* ou do interesse geral. Assim, não cabe constituir um sistema de saúde que atenda as necessidades individuais, pois se impondo aos indivíduos contribuições obrigatórias para um sistema público de saúde se estaria violando a decisão autônoma individual.

Filósofos contemporâneos de tradição liberal, como o estadunidense Tristram Engelhardt Jr., em seu livro *Fundamentos de bioética*, amplamente referenciado entre os bioeticistas pátrios, propugnam que a justiça deve ser a garantia da autonomia individual e que a saúde deve ser tratada de maneira semelhante a outros bens e serviços regidos pelas leis do livre mercado, que garantiriam a adequação de suas necessidades à oferta de serviços. Afirma que *teremos fortes bases para condenar moralmente os sistemas que tentam impor um plano de assistência à saúde*

*abrangente, que exigiria igualdade de assistência no sentido de evitar a criação de um sistema de várias graduações, proporcionando assistência com base apenas nas diferenças de necessidade, e não em características individuais ou grupos. Aqueles que são ricos sempre têm liberdade moral secular para comprar mais e melhor assistência à saúde*¹⁵.

O liberalismo não considera que haja injustiça na existência de desigualdades de condições de acesso aos serviços de saúde e nem que caberia uma ação direta do Estado para diminuir essas mesmas desigualdades, pois isso é feito pelas leis do livre-mercado, onde a competição entre prestadores de serviços de saúde possibilitaria a escolha dos usuários, expressando a manifestação de sua autonomia, aceitando-se sistemas de saúde segmentados que contemplem diferentes grupos sociais. Ou seja, pode-se dizer que para as teorias liberais a justiça na assistência à saúde pode ser entendida pela máxima *para cada pessoa de acordo com as leis do livre mercado*.

Postula-se que os serviços de saúde devam ser oferecidos conforme as contribuições individuais, provenientes de salários ou rendimentos, ou sob o pagamento dos empregadores. Aqui prevalece a máxima *para cada pessoa de acordo com seus esforços*. Pode-se então compreender porque o predomínio de valores individualistas fez com que os Estados Unidos da América (EUA) não viabilizassem um sistema de saúde nos moldes do que ocorre no Canadá ou em

países europeus, tendo malograda a proposição do ex-presidente Clinton de implantar um sistema de natureza pública¹⁶.

Há ainda outros liberais, como Sterba¹⁷, que afirmam ser justa a tese do *nível mínimo decente de saúde* a ser proporcionado pelo Estado para que todas as pessoas tenham condições de *igualdade de oportunidades* na vida social. Assim, em não havendo recursos para proporcionar a todos um alto nível de saúde, o *mínimo decente* seria a opção a ser tomada.

O poder público deveria, então, fornecer *condições mínimas de saúde a todos*, aí incluídas medidas educativas voltadas ao desenvolvimento da responsabilidade individual pela saúde e medidas preventivas de alcance coletivo, assim como uma assistência básica, deixando à responsabilidade individual o suprimento dos recursos complementares para a satisfação de suas necessidades. Essas concepções justificariam, conforme lembra Drane¹⁸, a existência dos sistemas norte-americanos do *Medicare* e do *Medicaid*, restritos a pessoas idosas e muito pobres.

Igualdade estrita e necessidades individuais

As invocações de igualdade de acesso aos recursos provêm, principalmente, de orientações éticas de natureza deontológica. As pessoas devem ser respeitadas, independentemente de raça, nacionalidade, sexo, condições econômicas, sociais,

culturais etc., por serem iguais em sua dignidade, sendo tratadas como fins em si mesmas e não somente como meios.

O igualitarismo, ou seja, aceitar que todas as pessoas são dignas, fundamenta a noção de que todas devam ter suas necessidades de saúde atendidas, base de muitos dos atuais sistemas públicos de saúde. Assim, a sociedade organizada e o Estado, mediante a implementação de políticas públicas, devem intervir para garantir a justiça distributiva e minimizar as desigualdades biológicas e sociais. Como cada indivíduo é um ser com necessidades próprias, a máxima orientadora é *a cada pessoa conforme suas necessidades*.

Durant⁵ afirma que utilizar a concepção das necessidades tem a vantagem de aceitar ao mesmo tempo a igualdade formal entre as pessoas e a desigualdade de suas necessidades. Contudo, conforme Almeida⁷, baseando-se nos ensinamentos de Norberto Bobbio, ao se discutir a justiça sobre o prisma das necessidades, é preciso definir e distinguir entre bens e necessidades, e quais são as necessidades dignas de serem satisfeitas.

Cabe lembrar que essa orientação ética é a base da criação de sistemas de saúde fundamentados na noção da universalidade de acesso aos serviços de saúde. A operacionalização desse conceito foi realizada pela primeira vez na Inglaterra, com a criação do *National Health Service*, após a Segunda Guerra Mundial. Finan-

ciado por impostos gerais, o sistema de saúde inglês estendeu o direito à assistência sanitária a todas as pessoas que residissem ou estivessem em solo britânico. Posteriormente, Noruega, Suécia, Finlândia, Austrália, Nova Zelândia e Canadá, bem como Espanha, Portugal, Grécia e Cuba, aderiram a essa concepção de sistema sanitário. Com a Constituição Federal de 1988 também o Brasil seguiu essa orientação ética, contemplando a saúde como direito social e dever do Estado, estruturando a área da saúde pública sob a égide do Sistema Único de Saúde (SUS), que substituiu o sistema anterior, previdenciário, baseado na noção do mérito do *trabalho*.

Todavia, devido à pressão dos custos, resultante de diversos fatores, entre os quais o envelhecimento das populações, o incremento incessante de tecnologias custosas e as alterações epidemiológicas com o surgimento de novas patologias e agravos da saúde, os sistemas universalistas, fundados no atendimento das necessidades, passam por transformações e reformas, necessitando ampla reflexão ética sobre quais necessidades individuais devam ser priorizadas e quais bases éticas devem estabelecer os limites para a distribuição de recursos em saúde.

Justiça enquanto mérito e contribuição social

A proporcionalidade natural aristotélica requeria que a justiça distributiva levasse

em conta os dotes naturais do cidadão, sua dignidade, nível de formação e posição na hierarquia organizacional da polis. Requeria a diferenciação entre os cidadãos livres, em seus direitos, frente aos artesãos, estrangeiros e escravos, assim como diferenciação entre homens e mulheres.

A literatura registra controvérsias em relação à aceitação do merecimento como critério norteador de distribuição de recursos. Rescher, citado por Young¹⁹, manifestava-se favoravelmente a que a contribuição passada à sociedade, trazida pelo requerente ao recurso escasso, devesse ser considerada quando do processo de alocação de recursos de saúde. Também aceitava o potencial futuro de contribuição da pessoa. Todavia, Young não compartilha tal opinião, assinalando que esse critério, por seu viés utilitarista, pode ser desfavorável a grupos sociais como o dos jovens, os quais podem ainda não ter a oportunidade de demonstrar seu valor ou realizar ações meritórias perante a sociedade. E argumenta ser moralmente difícil confrontar ações meritórias em tempo de paz.

Em tempo de paz há grandes dificuldades na aceitação do mérito social como critério para a justa distribuição de recursos em saúde, pois as desigualdades existentes poderiam ser ampliadas. Pode-se invocar que se uma pessoa realiza atividades de interesse da sociedade, como é o caso dos cientistas e profissionais de saúde, talvez tenha usufruído condições sociais e eco-

nômicas mais favoráveis do que a maior parte da população, ou seja, a aceitação de seu mérito reforçaria as desigualdades existentes. Segundo Macintyre²⁰, para a aceitação da validade ética do critério de merecimento social nos dias de hoje seria preciso haver uma única visão orientadora da avaliação das contribuições pessoais, para o projeto da sociedade e para a classificação das recompensas, o que não é tarefa fácil em uma sociedade caracterizada pelo pluralismo moral.

No campo da assistência à saúde pode ser lembrado que, em um país de orientação fundamentalmente liberal, como os EUA, se reconhece o critério do merecimento no caso dos veteranos de guerra, que possuem sistemas de assistência à saúde organizados e financiados pelo poder público. Tal fato deve-se à compreensão do mérito que tiveram em tempo de guerra, por voluntariamente se oferecerem para sacrificar-se pela coletividade, ou ainda porque foram recrutados compulsoriamente pelo Estado, para a defesa da coletividade.

Além do mérito tem-se a contribuição social como critério orientador das decisões de distribuição de recursos e organização de sistemas de saúde. A contribuição social tem como referência o valor do trabalho. Foi a Alemanha, em 1883, por iniciativa do chanceler Otto Von Bismarck, em resposta às reivindicações e pressões sociais feitas por amplos setores dos trabalhadores alemães, que estabeleceu as bases de um sistema público de seguridade social,

incluindo os cuidados de saúde. Esse modelo baseado na solidariedade entre trabalhadores foi implementado a partir da contribuição obrigatória de trabalhadores e empresas e adotado, durante o século XX, também na França, Áustria, Bélgica, Holanda e Japão, assim como foi prevalente até os anos 80 em diversos países da América Latina – modelo que vigorou no Brasil até 1988, quando da promulgação da Carta Constitucional.

Justiça distributiva, utilidade social e maximização dos benefícios

As éticas teleológicas entendem que a norma ou a ação moral possuem uma finalidade, que é a de realizar o bem, e não podem ser sempre consideradas como corretas ou incorretas, justas ou injustas, devendo ser avaliadas e justificadas por suas conseqüências, pelos resultados favoráveis que aportam em termos de *bem-estar, felicidade, prazer, ou menor sofrimento* das pessoas envolvidas. Trata-se, portanto, de avaliar a eticidade da norma ou da decisão a ser tomada pelas conseqüências que delas resultem, avaliando-se sempre caso a caso.

Entre as correntes teleológicas mais difundidas no mundo ocidental destaca-se a do utilitarismo, que teve como expoentes os pensadores anglo-saxões Jeremy Bentham e John Stuart Mill. Trata-se de uma teoria moral cujo fundamento é o *princípio da utilidade social*, a ser perseguido pela legislação e pelas instituições

sociais^{21, 22, 23}. O princípio da utilidade social estabelece que se deva buscar a maior felicidade de todos aqueles cujos interesses estão em jogo como sendo a justa e adequada finalidade da ação humana. Seu paradigma é o *maior bem-estar para o maior número possível de pessoas*, ou seja, a maximização do *bem-estar* e/ou a minimização da dor, do desprazer ou do sofrimento da maioria.

Apesar das dificuldades de se conceituar o que é felicidade, a utilização da noção utilitarista significa que, quando são defrontadas duas opções, dever-se-ia pesar cada uma delas e escolher aquela que trouxesse mais benefícios (felicidade) ao maior número de pessoas e na qual fossem eliminados, evitados ou minimizados os danos, o sofrimento, a dor das pessoas envolvidas. Mas, quando as conseqüências das alternativas possíveis se equivalem no balanço entre o *bem* sobre o *mal*, o agente ético tem a liberdade de escolher entre qualquer delas.

O pensamento utilitarista nos convoca a refletir se os recursos escassos devem ser orientados à satisfação de necessidades coletivas ou de necessidades individuais de saúde. Pode-se verificar, estudando os manuais de planejamento em saúde, que expressiva parcela dos critérios adotados é consoante com o princípio da utilidade social. Instrumentos de planejamento como custo-benefício e custo-efetividade se baseiam na noção de maximização dos benefícios.

Lembremos que o utilitarismo tem forte influência em modelos de análise bioética como a teoria dos quatro princípios, o modelo principialista da bioética, proposto por Tom Beauchamp e James Childress, em 1979. Esse modelo aceita que os princípios obriguem a ação ética, *sempre e quando* as conseqüências não justificam uma exceção. Assim, garantir a eficiência dos recursos utilizados é seguramente um procedimento ético de caráter utilitarista, pois utilizar um recurso escasso sem obter razoável chance de benefício seria um desperdício injusto.

Nesse sentido, Boitte²⁴ entende que a maximização dos benefícios de recursos escassos tem o mérito de proporcionar maior eficiência na alocação de recursos, mas também pode causar riscos de discriminação negativa para as pessoas que tenham menor probabilidade de contribuir para o maior nível de saúde da coletividade. Por exemplo, se as decisões ocorrerem sob bases estritamente utilitaristas, contrapondo-se a que se priorize a aplicação de recursos em atividades assistenciais que dão baixa cobertura populacional, os transplantes, a hemodiálise e a distribuição de medicamentos de alto custo, como os anti-retrovirais, poderiam ser questionados²⁵.

Eqüidade e desigualdades compensadas

De acordo com Rawls², a justiça é a *maneira pela qual as instituições sociais mais*

importantes distribuem direitos e deveres fundamentais e determinam a divisão de vantagens provenientes da cooperação social. E propôs que a justiça fosse observada enquanto equidade. Sua posição opõe-se às interpretações utilitaristas sobre o princípio da justiça, pois defende a idéia de que *a autonomia e a individualidade não são apropriadas para uma concepção política da justiça.*

Na justiça enquanto equidade a escolha dos princípios da justiça social se dá por meio do *véu da ignorância*, que é a situação inicial onde ninguém conhece sua posição social futura e nem sabe como será sua participação na distribuição de dotes e habilidades naturais. Essa, segundo Rawls, seria a forma mais bem aceita, pois as pessoas, tendo interesses e objetivos distintos, têm necessidade de partilhar uma concepção de justiça que estabeleça os limites do convívio social e a distribuição de direitos e deveres. A escolha dos caminhos, dos princípios a serem observados por todos a partir do *véu da ignorância*, garantiria que ninguém fosse favorecido ou desfavorecido pelo resultado do acaso natural ou pela contingência das circunstâncias sociais. Uma vez que todos estão em situação similar e ninguém pode designar princípios que o favoreçam, o entendimento do que é justo será o resultado de consenso ou ajuste equitativo.

Propõe que para se garantir a justiça como equidade dever-se-ia seguir duas etapas. A etapa inicial exige igualdade na distribui-

ção de deveres, liberdades e direitos básicos. Todas as pessoas devem ter os mesmos direitos e liberdades civis – direito à manifestação autônoma, liberdade de locomoção, expressão de opiniões, reclamação, associação, informação, privacidade etc.

A segunda etapa é dividida em duas partes. A primeira afirma que as desigualdades devem estar vinculadas a posições e cargos abertos a todos, preservando-se a igualdade equitativa de oportunidades. A segunda, aceitando o princípio da diferença, em um posicionamento anti-utilitarista, defende que *desigualdades econômicas e sociais, por exemplo, desigualdades de riqueza e de autoridade, são justas apenas se resultam em benefícios compensatórios para cada um, e particularmente para os membros menos favorecidos da sociedade.*

Para Rawls, a etapa inicial deve ser observada e garantida sempre antes da seguinte, não se podendo invocar, por exemplo, que a restrição das liberdades civis e políticas fundamentais deva ser aceita em nome de uma maior distribuição de benefícios sociais. A segunda etapa trata da noção da maximização do *minimum*, a justiça da ocorrência de uma *discriminação positiva*, que prioriza os menos favorecidos, os excluídos, os mais desafortunados da sociedade. Assim se garantiria a equidade.

Se concordarmos com Nunes²⁶, quando afirma que a eleição dos mais necessitados é ponto central na elaboração de

qualquer metodologia que pretenda alocar ou alterar a alocação de recursos de modo mais eqüitativo e que políticas de alocação de recursos que pretendam ser mais eqüitativas devem ser avaliadas, em um primeiro momento, pela seleção das necessidades, seria preciso que fossem definidas as necessidades, bases e critérios para se dizer que alguém é um desafortunado, um desfavorecido? Seriam bases e critérios econômicos, sociais, demográficos, epidemiológicos e sanitários, ou ainda, critérios biológicos, relacionados às condições patológicas?

Se utilizarmos critérios estritamente biológicos, os mais desafortunados serão os *mais doentes*, os *mais graves* ou, ainda, os pacientes em fase terminal, independentemente de considerações sociais ou econômicas.

Considerações finais

As últimas décadas foram marcadas em todos os continentes, qualquer que seja o modelo de sistema de saúde adotado nos diversos países, por processos de transformação denominados reformas sanitárias. Vários fatores contribuíram para a necessidade de transformação dos sistemas de saúde, sobretudo com relação à sua organização, financiamento e custos. Entre eles, pode-se citar a crise do Estado de bem-estar social; a transformação epidemiológica com a diminuição das moléstias infecciosas e parasitárias; o incremento das doenças crônico-degenerativas

e acidentes; a crescente urbanização e a transição demográfica, resultado da diminuição das taxas de natalidade e do envelhecimento progressivo da população.

A história do sistema de saúde brasileiro mostra uma diversidade de orientações éticas. Atualmente, coexiste um sistema de saúde suplementar baseado na orientação liberal, atuando de acordo com as leis de livre mercado, que abrange cerca de 40 milhões de brasileiros, com um sistema público de saúde, o SUS, de orientação universalista e atendimento integral das necessidades de saúde.

O SUS tem decisões tanto fundadas pelo princípio da utilidade social como pelo princípio da eqüidade. Exemplo dessa última linha de ação é o caso do Programa Saúde da Família, no qual a instalação dos serviços e unidades ocorre, prioritariamente, nas áreas onde vivem pessoas em situação sócio-sanitária mais desfavorável. Pode-se inferir que isso significa uma decisão que tenta diminuir as desigualdades sociais e sanitárias, na linha da orientação da justiça como eqüidade.

A orientação eqüitativa dos sistemas de saúde é proposta pela Organização Mundial da Saúde²⁷, quando expressa que as políticas e os sistemas públicos de saúde deveriam partir do princípio da existência de diferenças nas condições sanitárias das pessoas e desenvolver ações tendentes a eliminar ou, ao menos, reduzir ao mínimo possível, as diferenças desnecessárias, evitá-

veis e injustas, que existem entre grupos humanos com diferentes níveis sociais, e fornecer ações e serviços de saúde em função de suas necessidades. Todavia, o que se tem verificado é que nas reformas dos sistemas de saúde o princípio da equidade encontra-se muitas vezes condicionado aos objetivos de eficiência e de custo-efetividade e não inclui a análise dos objetivos de determinada política, não tomando em consideração os resultados para a sociedade em seu conjunto⁷.

Ainda cabe ressaltar que, em determinadas ocasiões, as políticas de saúde deverão optar por medidas que atinjam pequeno número de pessoas, quando existe uma verdadeira obrigação moral da sociedade em evitar determinados danos previsíveis e passíveis de correção, contrariando o pressuposto utilitarista, como é, por exemplo, a manutenção das políticas de diagnóstico

precoce de intolerância à fenilcetonúria nos recém-nascidos, que não se pauta na quantidade dos atingidos.

Assim, entendemos que, devido à complexidade e diversidade das orientações éticas, as decisões a serem tomadas devam ter a participação de todos os segmentos sociais interessados no campo da saúde, considerados como interlocutores válidos. É que essas decisões balizem-se pelo respeito à dignidade humana, em obediência à regra kantiana de ser cada indivíduo tratado sempre como um fim em si mesmo, e não somente como mero meio para a satisfação de interesses de terceiros, quer das instituições ou de profissionais da saúde, quer da maioria da coletividade. Como ensina, mais uma vez, Adela Cortina, *a vontade de justiça necessita reconhecer que todos são igualmente dignos, mas diversos em suas capacidades e identidade*³.

Resumen

Orientaciones bioéticas de justicia distributiva aplicada a las acciones y a los sistemas de salud

El artículo presenta breve ponderación sobre algunas orientaciones para el análisis de la bioética del principio de la justicia distributiva aplicada a las acciones y a los sistemas de salud. Discurre sobre los marcos que definen las ideas de justicia distributiva y equidad en salud, estableciendo una perspectiva histórica sobre el desarrollo de esos conceptos y contextualizándoles frente a la realidad de los sistemas de salud. Por fin, analiza a la luz de la bioética diversos presupuestos de justicia distributiva, acarreado tal ponderación a consideraciones sobre la especificidad del Sistema Único de Saúde (Sistema Único de Salud - SUS).

Palabras-clave: Bioética. Justicia. Equidad. Sistemas de salud.

Abstract

Bioethical guidelines of distributive justice applied to health actions and systems

The article presents brief reflection on some guidelines for bioethics review of the principle of distributive justice applied to the actions and health systems. It discourses on the milestones that define the ideas of distributive justice and equity in health, setting a historical perspective on the development of these concepts and contextualizing them before the reality of health systems. Finally, it analyzes various assumptions of distributive justice in the light of bioethics, leading to considerations such reflection on the specificity of the Sistema Único de Saúde (Unified Health System - SUS).

Key words: Bioethics. Justice. Equity. Health systems.

Referências

1. Pegoraro O. *Ética e justiça*. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
2. Rawls J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
3. Cortina A. *Ética de la razón cordial*. Oviedo: Ediciones Nobel; 2007.
4. Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* 2006;15(2):23-33.
5. Durant G. *Introduction générale à la bioéthique*. Quebec: Fides; 1999.
6. Fleischacker S. *Uma breve história da justiça distributiva*. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
7. Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cad Saúde Pub* 2002;18(Suplemento):23-36.
8. Equidade [verbetes]. In: Ferreira ABH. *Aurélio: dicionário da língua portuguesa*. 6ª ed. Curitiba: Positivo; 2004.
9. Griffiths S. The prioritisation of health care in Oxfordshire. In: Bradley P, Burls A. *Ethics in public and community health*. London: Routledge; 2000. p.29-44.
10. Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization; 1991.
11. Buchanan A. Health care delivery and resource allocation. In: Veatch R. *Medical ethics*. Boston: Jones & Bartlett Publishers; 1989. p.291-327.
12. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema; 1989.
13. Pessini L, Barchifontaine CP. *Problemas atuais de bioética*. 5ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2000.
14. Beauchamp T, Childress J. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002.
15. Engelhardt Jr, HT. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Loyola; 1998.
16. Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.
17. Sterba J. Justice. In: Reich WT, Editor. *Encyclopedia of bioethics rev ed*. New York: Macmillan Library of Reference; 1995.
18. Drane JF. Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. *Bol Oficina Sanit Panam* 1990;108(5-6):586-98.
19. Young R. Some criteria for making decisions concerning the distribution of scarce medical resources. In: Edwards RB, Graber GC. *Bioethics*. San Diego: Hacourt Brace Jovanovich Publishers; 1980. p.735-45.
20. Macintyre A. *Justiça de quem? Qual racionalidade?* São Paulo: Loyola; 1991.
21. Bentham J. *Uma introdução aos princípios da moral e da legislação*. São Paulo: Abril Cultural;

1974. (Coleção Os Pensadores).
22. Goodin RE. La utilidad y el bien. In: Singer P, editor. Compendio de ética. Madrid: Alianza Editorial; 2000. p.337-46.
 23. Mill JS. O utilitarismo. São Paulo: Iluminuras; 2000.
 24. Boitte P. Éthique et économie: quelle justice en matière de santé? In: Dodet B, Perrotin C, Valette L. Santé publique et éthique universelle. Paris: Elsevier; 1999. p.133-35.
 25. Fortes PAC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética e saúde pública. São Paulo: Loyola/CUSC; 2003. p.35-48.
 26. Nunes A. A alocação eqüitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde; 2004.
 27. World Health Organization. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva: WHO; 2000.

Recebido: 28.3.2008

Aprovado: 23.4.2008

Contato

Paulo Antonio de Carvalho Fortes – pacfusp@usp.br