

5 - Alocação de recursos na assistência materno-infantil

Gabriel Eduardo Schütz
Fermin Roland Schramm

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SCHÜTZ, GE., and SCHRAMM, FR. Alocação de recursos na assistência materno-infantil. In: SCHRAM, FR., and BRAZ, M., orgs. *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Criança, mulher e saúde collection, pp. 105-123. ISBN: 978-85-7541-540-5. Available from: doi: [10.747/9788575415405](https://doi.org/10.747/9788575415405). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/wnz6g/epub/schramm-9788575415405.epub>



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

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

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

ALOCAÇÃO DE RECURSOS NA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL

5

*Gabriel Eduardo Schütz
Fermin Roland Schramm*

INTRODUÇÃO

Poucos assuntos pertencentes ao campo de interesse da Bioética conseguem ser tão complexos e conflituosos quanto o da problemática da saúde materno-infantil, que inclui temas de grande relevância, como reprodução humana, controle da natalidade, direitos do feto, discriminação étnica e de gênero, entre outros.

Ademais, o panorama se complica ao assumir, em alguns casos, o caráter de um autêntico dilema moral, como o que consiste em discutir como deve ser feita, e a partir de quais critérios éticos, a alocação dos recursos necessários para financiar a saúde materno-infantil, pois é a partir desses critérios e das conseqüências práticas daí resultantes que a alocação poderá ser considerada moralmente correta ou não. Mas isso, embora necessário, ainda não é suficiente, visto que uma política de alocação de recursos deve também ser socialmente aceitável, tendo, portanto, uma inevitável interface com a política.

Com efeito, quando uma comunidade começa a discutir a implementação de um programa de assistência em saúde – principalmente no caso materno-infantil –, rapidamente percebe que, para alcançar o sucesso, a preocupação com a qualidade da assistência dos profissionais e dos equipamentos envolvidos no projeto não é suficiente. Também é preciso conhecer muito bem o contexto socioeconômico do público-alvo, suas características culturais, seus valores, suas crenças e sua capacidade de auto-organização. Em outras palavras, a discussão sobre como devem ser

alocados os recursos públicos para atender as demandas da saúde materno-infantil não começa nem termina na avaliação dos custos da montagem e manutenção do serviço médico em si próprio, pois é também preciso considerar as políticas sobre educação, adolescência, emprego, moradia, gênero, migração interna, entre outras, que são sempre, de alguma maneira, correlatas de uma política sanitária ética e socialmente aceitável.

A REFLEXÃO BIOÉTICA SOBRE ALOCAÇÃO DE RECURSOS

A reflexão bioética – implicando a pesquisa de regras de comportamento e análise crítica de valores morais – preocupou-se, de uma maneira muito ampla, com a questão da alocação de recursos, procurando compreender os princípios morais envolvidos nas tomadas de decisão no campo da saúde. Este interesse aumentou nas últimas décadas do século XX, como consequência do constante e progressivo incremento dos gastos sanitários observados na maioria dos países, inclusive no Brasil, ao mesmo tempo que os recursos disponíveis para custeá-los mostraram-se não só finitos como também escassos (Schramm, 2000; Fortes, 2001).

A alocação de recursos para a saúde tornou-se, assim, um problema complexo cuja solução envolve, simultaneamente, aspectos sanitários, econômicos, políticos e morais não comensuráveis entre si, a princípio, visto que seu correto equacionamento deve satisfazer as necessidades de saúde da população e outras necessidades legítimas, tais como educação, segurança, trabalho e todas aquelas imprescindíveis para que se possa falar em vida decente, devendo-se, ainda, otimizar os meios disponíveis para a satisfação das necessidades de saúde no contexto das demais necessidades. Isto suscita, inevitavelmente, debates éticos e políticos sobre quais deveriam ser as escolhas mais razoáveis, moralmente legítimas e politicamente aceitáveis a serem feitas.

A abundante bibliografia que aborda a questão da alocação dos recursos desde o enfoque bioético distingue duas dimensões desse problema (Harris, 1998; Wikler & Marchand, 1998; Fortes, 2001):

- Microalocação – diz respeito à análise e discussão dos critérios de alocabilidade, assim como às conseqüentes formas de seleção individualizada de pessoas que poderão ser beneficiadas com os serviços médicos. Envolve, por exemplo, os critérios de seleção de pacientes nos casos de vagas insuficientes em hospitais ou serviços de terapia intensiva, recebimento de órgãos para transplantes, utilização de hemodiálise, entre outros.
- Macroalocação – diz respeito também aos critérios de alocabilidade e às respectivas conseqüências da alocação e distribuição dos recursos financeiros, mas referindo-se à saúde coletiva, com especial enfoque nas políticas públicas de saúde e na organização dos sistemas de serviços médicos.

Para o bioeticista Miguel Kottow (2000), entre microalocação – decidida no nível profissional – e macroalocação – decidida no nível das políticas públicas – existiria uma dimensão intermediária, constituída por uma mesoalocação. Neste nível de decisão, os gestores/administradores de serviços públicos de saúde deveriam encontrar critérios de alocação que sejam ao mesmo tempo moralmente legítimos e tecnicamente eficazes para garantir o funcionamento dos seus serviços com a verba orçamentária que lhes foi destinada.

Na prática, muitas vezes, este ‘tomador de decisões’ de nível intermédio não pode respeitar qualquer planejamento orçamentário racionalmente discutido, visto que deve atender primeiro ao cumprimento de sentenças judiciais em benefício de pacientes que procuraram a justiça na busca de garantir os benefícios que a Constituição lhes dá direito.

Querendo contextualizar historicamente esta discussão, seria possível dizer que a problemática da microalocação pertence à chamada primeira fase da Bioética, ou ‘Bioética privada’ (também conhecida como ‘clínica’), que envolve os conflitos da relação entre médico e paciente e cuja característica principal é a utilização conceitual do principialismo¹ (Schramm, 1997). Mais precisamente, o fato considerado como marco do nascimento da Bioética envolveu a microalocação de um serviço médico, pois houve uma grande comoção pública depois que a mídia publicou um

artigo² em que se contava a história de um comitê – estabelecido em 1961, na cidade de Seattle, nos Estados Unidos – cuja missão era selecionar os pacientes que receberiam tratamento de hemodiálise (naquele tempo, uma nova tecnologia e raramente usada). Os responsáveis pelo serviço logo perceberam que havia muitas pessoas que precisavam do tratamento, mas era evidente que nem todas poderiam ser atendidas. A solução encontrada foi encomendar a um grupo de pessoas, de preferência não-médicos, a delicada tarefa de selecionar, com base em critérios diferentes dos clínicos, quem deveria ser beneficiado e quem não (Lolas Stepke, 1997).

Na atualidade, os polêmicos conflitos emergentes da microalocação de serviços médicos de alta complexidade ainda não encontraram um caminho inequívoco de resolução. Muito pelo contrário, o rápido avanço da tecnologia e, conseqüentemente, dos custos destes serviços, faz crescerem situações em que enfermeiros, médicos e gestores de saúde devam enfrentar este tipo de ‘escolhas trágicas’. Em contextos de escassez de recursos muito severa, tal como é o caso de muitos serviços de saúde na América Latina, os conflitos de microalocação estendem-se à maioria das práticas médicas, inclusive às de baixa complexidade. Em particular, os profissionais da saúde envolvidos na saúde materno-infantil conhecem de perto estes dilemas morais quando devem decidir como ocupar, por exemplo, as vagas nas unidades de tratamento intensivo (UTIs) neonatal e pediátrica.

Caberia esperar que a gestão e o planejamento em saúde pública desenvolvam ações tendentes a resolver, ou pelo menos aliviar, os problemas de alocação nos serviços médicos em que a procura pelas práticas da atenção costuma exceder a capacidade de resposta técnica e/ou humana disponível. Porém, a realidade indica que não há disponibilidade de recursos públicos suficientes para atender a toda possível demanda em saúde. Com efeito, de acordo com Schramm (2000), os sistemas sanitários com vocação universalista³ não podem incorporar indefinidamente despesas, sob o risco de irem à falência. Ao mesmo tempo, também não podem restringir a ‘integralidade’ da assistência médico-hospitalar para não perder sua identidade e legitimidade, visto que ela constitui uma das três diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, garantido por lei.

Entretanto, não existindo recursos suficientes para dar resposta à totalidade das necessidades de saúde e tendo de se estabelecer prioridades na alocação e na distribuição dos recursos, surgem as seguintes perguntas: quais os critérios técnicos e os valores sociais e éticos a serem levados em conta na tomada de decisão? Deve o Estado restringir o acesso de determinadas e custosas tecnologias para prover as necessidades 'básicas' da maioria? Neste caso, como estabelecer quais são as necessidades 'básicas'? Pode-se contrapor a prática de procedimentos onerosos destinados a poucas pessoas a outra, destinada a mais pessoas, e isso tão-somente devido a razões orçamentárias? Ou será necessário lançar mão de outras razões? Como se compreende o que seja utilidade social? Ela deve ser avaliada em termos médicos ou sociais? Como medir benefícios em saúde (Fortes 2001)?

Todas essas perguntas delineiam um conjunto de conflitos morais que adquirem paulatinamente relevância pública – e isso em um momento em que a tradicional abordagem principialista, aplicada com relativo sucesso e resolutividade na Bioética clínica, mostra-se insuficiente como método confiável para resolver conflitos públicos envolvendo uma série de valores e princípios, de fato inconciliáveis entre si (Schramm & Kottow, 2001).

Ainda segundo Schramm (1997), uma nova fase da Bioética – a fase 'pública' ou 'fase dos conflitos' – teria de fato começado a ser discutida no início da década de 1990 ao introduzir a problemática da macroalocação e, com ela, as demandas da justiça social nas pautas dos debates bioéticos. E não poderia ser de outra maneira no contexto sanitário da América Latina, pois a região tem sido caracterizada, por várias fontes fidedignas nacionais e internacionais, como a de maior iniquidade do mundo. Existem evidências mostrando que a desigualdade social tem aumentado em muitos países da região, e até na região como um todo, durante os últimos 20 anos, agravando, portanto, os problemas de exclusão social, que se têm tornados crônicos (Larrea, 2002).

Tais disparidades sociais na América Latina têm um reflexo direto nos dados estatísticos sobre mortalidade e desnutrição infantil, gravidez na adolescência, violência contra mulher e a criança etc. Neste contexto,

expressões como ‘direito à vida (digna)’, ‘direito à saúde’ e ‘justiça sanitária’ costumam aparecer nos discursos sobre a saúde na região. Porém, o significado conferido a estes termos é bastante ambíguo tanto no mundo acadêmico quanto no político. De fato, existe algum dever moral que obrigue a dar assistência médica a alguém? Se sim, a quem? Por quê? Em quais circunstâncias? Ademais, quem deve assumir a responsabilidade desta obrigação? E, de forma mais geral, qual é o papel do Estado na assistência à saúde?

A análise histórica indica que no período pré-moderno existiram alguns modelos de assistência coletiva à saúde, mas que estes eram do tipo solidariedade local ou comunitária, baseados em laços de pertença, tradição e parentesco, e, também, com um forte apelo religioso (Walzer, 2001; Giddens, 1991). Na Idade Média, por exemplo, existiram serviços de assistência sanitária financiados pelo poder central, mas eram inspirados em sentimentos de piedade e caridade cristã – este foi o caso do rei Luís IX, da França (1215–1270), que se tornou São Luís (Grinberg & Svanström, 1984). Porém, em nenhum período pré-moderno chegou a existir um orçamento organizado pelo Estado (Weber, 1980). Foi preciso que as revoluções científicas e democráticas da modernidade se consolidassem para que o Estado, propriamente dito – isto é, secularizado –, assumisse o compromisso de garantir os direitos sociais⁴ de todos os seus cidadãos (Schütz, 2003).

Contudo, resta mais uma questão: qual o lugar da saúde nos direitos sociais? A Constituição da Organização Mundial da Saúde, em julho de 1948, interpretou a saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social, e não unicamente a ausência de doença ou enfermidade”, e proclamou o que seria o ‘direito à saúde’: “poder gozar do mais elevado nível de saúde possível é um dos direitos fundamentais de cada ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologias políticas, condições econômicas e sociais” (OPS, 1990: 241). Por sua parte, a Declaração Universal dos Direitos do Homem da Organização das Nações Unidas (ONU), também assinada em 1948, no comumente apontado artigo 25, refere-se ao “direito a um nível de vida que lhe permita assegurar a saúde para si e para sua família [cujas condições

indispensáveis de efetivação apontam] a alimentação, o vestuário, a habitação, os cuidados médicos, assim como os serviços necessários” (OPS, 1990: 242). Desde este enfoque, a saúde apresenta-se, portanto, como indissociável de outros bens de ordem social e vem, conseqüentemente, integrar a categoria dos direitos sociais que devem ser garantidos pelo Estado. A partir disso, saúde já não é mais só uma questão privada, do âmbito do indivíduo ou da relação médico-paciente, mas uma questão de política pública, que implica, portanto, considerar o contexto público. Em especial depois da Segunda Guerra Mundial a saúde passou a ser considerada como um dos mais importantes direitos sociais.

Porém, não existem tais direitos sociais até não serem encarnados em instituições concretas através da lei (Daniels, 1998). Com efeito, para realizá-los na prática, toda a comunidade envolvida, isto é, propriamente ‘cidadã’, deve discutir a maneira em que a lei – que, por princípio, garante os direitos – deve ser interpretada e aplicada nos casos e contextos concretos.

No caso específico do direito à assistência médica – incluindo os cuidados à saúde materno-infantil –, é necessário diferenciar rigorosamente o ‘direito à vida e à integridade física da pessoa humana’ – direito humano que o Estado deve proteger em termos absolutos por se tratar de direitos que constituem condição necessária para os demais – do ‘direito à saúde’⁵ – direito social que o Estado deve primeiro formular em seus conteúdos e abrangência para depois poder garanti-lo concretamente, tornando-se, assim, uma condição que podemos chamar de suficiente, porque pode realizar concretamente o bem-estar em termos de saúde.

No entanto, da inter-relação entre esses dois tipos de direitos e as (supostas) obrigações morais que lhes dizem respeito, emergem os mais acalorados debates bioéticos sobre a alocação de recursos para a saúde. Para alguns autores, como Engelhardt (1998) e Nozick (1974), não existe imperativo moral algum que obrigue a dar assistência médica a quem precisa e não pode pagá-la. Já para a Constituição brasileira – como já foi mencionado –, o Estado é obrigado a assistir, com total cobertura médica, a todos seus cidadãos irrestritamente. Finalmente, bioeticistas latino-americanos, como Schramm e Kottow (2001), consideram que é função e

responsabilidade de um Estado moralmente legítimo dar ‘proteção sanitária’ aos cidadãos, em particular aos mais necessitados e desamparados, e isso do ponto de vista de uma ‘ética da proteção’ que seja eqüitativa, logo não necessariamente universal.

Para um melhor entendimento das propostas de alocação de recursos destinados à assistência médica coletiva defendida por cada uma dessas linhas do pensamento bioético, é preciso analisar, primeiro, as definições de justiça distributiva e os fundamentos morais contidos nas respectivas argumentações.

A QUESTÃO DA JUSTIÇA DISTRIBUTIVA

Na tradição ocidental, desde os tempos de Platão e Aristóteles, a justiça distributiva é concebida como ‘a virtude de dar a cada um o que lhe é próprio’. Porém, existem diversas interpretações históricas a respeito do que significa ‘dar’, de quem deve ser ‘cada um’ e, principalmente, do que representa ‘o que lhe é próprio’. Por exemplo, qual seria o conteúdo dessa definição no caso dos direitos envolvendo a vida e a integridade física, por um lado, e a assistência à saúde, por outro?

No primeiro caso, trata-se de um direito humano (‘dado’ como herança pela tradição humanista moderna). Conseqüentemente, toda pessoa humana (‘cada um’) merece a proteção de sua vida e integridade física (‘o que lhe é próprio’). Concretamente, esse direito significa obrigações morais que devem ser respeitadas pelos ‘outros’, mas não obriga a promover qualquer tipo de benefício nem se propõe a alcançar objetivo algum, garantindo tão-somente a ausência de danos a terceiros (não-maleficência). Trata-se, em suma, de uma moral mínima que impõe restrições de tipo deontológico.⁶

No segundo caso, o direito social à assistência à saúde apresenta outras características: para garantir (‘dar’) a assistência a quem precisa (a ‘cada um’) para que recupere a saúde (‘o próprio’), é preciso agir em benefício de um “outro”. Trata-se, em outros termos, de uma moral máxima que obriga o agente a agir de maneira teleológica,⁷ isto é, em busca de um objetivo (beneficência). Agora, se é relativamente fácil imaginar que existe um certo tipo de obrigação moral para agir quando o possível beneficiário

está unido ao agente beneficente por laços afetivos ou de responsabilidades previamente assumidas, pode-se razoavelmente perguntar: qual é a obrigação moral de socorrer alguém quando o outro é um perfeito estranho? Ou seja, quando o outro é – nos termos de Engelhardt (1998) – um ‘estranho moral’?

A resposta a esta pergunta constitui, sem dúvidas, o principal ponto de divergência entre os autores que analisam a questão da justiça sanitária. Segundo Ronald Dworkin (1977), esta divergência se deve ao fato de que haveria três teorias normativas básicas em condições de responder, de maneira diferente, a esta questão, a saber: 1) teorias baseadas em objetivos; 2) teorias baseadas em direitos; 3) teorias baseadas em deveres.

As teorias baseadas em objetivos são aquelas para as quais há um objetivo supremo a ser promovido pela ação estatal ou a ação política, objetivo ao qual a atribuição de direitos e deveres aos indivíduos deve se subordinar. No entanto, estas teorias não são de grande relevância no debate bioético acadêmico e laico. As duas seguintes – as teorias baseadas em direitos e as baseadas em deveres – são modalidades do assim chamado individualismo moral, tendo em vista que, para umas e outras, a fonte última do valor é o bem-estar de indivíduos. Porém, a preocupação com o bem-estar individual pode estar mais centrada na noção do direito ou, alternativamente, mais centrada na noção de dever. Fazer esta distinção pode parecer estranho, principalmente porque ‘direito’ e ‘dever’ são indissociáveis na concepção de justiça mais imediata do senso comum. Com efeito, o que se pede à justiça é que ela dê o direito como um *debitum*. Em outras palavras, o direito manda (‘caráter imperativo’) dar a cada um o que lhe é devido; ao mesmo tempo, o direito atribui alguma coisa (‘caráter atributivo’) (Mata Machado, 1995). Contudo, a normativa fundamentada no individualismo moral depende fortemente da ênfase que se dê a um ou a outro.

Um exemplo de individualismo moral com ênfase nos direitos é dado pela concepção de justiça sanitária que fundamenta o Estado de bem-estar⁸ e que está baseada nos ‘direitos’ sociais que as pessoas possuem na qualidade de cidadãos. Segundo esta perspectiva, um indivíduo ‘A’ tem um direito a ‘X’ (‘assistência sanitária’) se é plausível sustentar que há um aspecto ‘a’

do bem-estar de 'A' ('saúde') que consideramos tão importante eticamente a ponto de fundamentar a imposição de um dever 'Y' a outro indivíduo 'B' e relativo a um ato 'b' ('pagar impostos'). Com respeito aos deveres, estes não são valorizados em si mesmos, mas como instrumentos para a proteção de interesses individuais aos quais se atribui um significado moral ('saúde'). O que importa são as condições (estado de coisas) que permitam a cada um se empenhar ativamente na realização daquilo que julga ser valioso na vida (Vita, 2000).

Um agente moral que considera desejável atingir um estado de coisas em que os direitos de todos sejam protegidos não está apenas valorizando seus próprios interesses, mas também atribuindo relevância moral aos interesses mais fundamentais dos outros, mesmo que estranhos à sua pessoa. Quando as instituições básicas da sociedade incorporam uma consideração igual e imparcial pelo bem-estar de todos, então cada pessoa pode considerar-se livre – moralmente falando – para viver sua própria vida à sua maneira e dar o peso necessário às obrigações especiais que deve reconhecer sua conduta (Vita, 2000). A partir deste ponto de vista, a justiça somente é alcançada quando todos os indivíduos possuem liberdade e autonomia suficientes para alcançar seu bem-estar e para escolher, entre os diferentes tipos de vida alcançáveis, aquela que consideram a mais digna de ser vivida.

Em resumo, os pressupostos básicos do individualismo moral, baseado em direitos, são os seguintes: 1) a vida de todas as pessoas tem valor e um igual valor; 2) cada pessoa tem sua vida para levá-la segundo sua própria concepção de bem-estar; 3) a saúde tem prioridade lexical como condição de realização dos outros valores.

Entre as teorias teleológicas que subsidiam a alocação de recursos para saúde, destacam-se duas baseadas em direitos: o utilitarismo e o igualitarismo. Ambas estão baseadas na relevância moral da satisfação das preferências individuais. Porém, se diferenciam no que diz respeito ao valor dessas preferências para determinar os critérios distributivos.

UTILITARISMO E IGUALITARISMO

Enquanto o utilitarismo exige que os indivíduos ajam de forma a maximizar o total da utilidade (seja 'líquida' ou *per capita*), o igualitarismo centra a sua atenção nos arranjos institucionais a que os indivíduos devem contribuir para conseguir (do ponto de vista dos 'efeitos ou conseqüências') que os encargos e benefícios da sociedade sejam equitativamente distribuídos.

O utilitarismo apresenta duas grandes desvantagens: 1) os objetivos e valores comuns prevalecem sempre sobre os objetivos individuais; 2) sua base moral permite a barganha de interesses relacionados à vida e à liberdade de um pequeno grupo de pessoas por uma soma maior de interesses, quando comparada com interesses menores de outros (Vita, 2000).

Por sua vez, a grande desvantagem do igualitarismo é que considera 'iguais' todas as pessoas quando, na verdade, as pessoas nascem em condições iniciais desiguais e estão dotadas com capacidades diferentes, o que se reflete fortemente na hora de exercerem sua cidadania. Efetivamente, em sociedades com distribuição assimétrica dos bens sociais (riqueza, educação etc), as políticas igualitárias (universalistas) de alocação de recursos para a saúde não têm, de fato, efeitos igualitários (ou são intimamente contraditórios).

O que se observa, na prática, é uma focalização *sui generis* da assistência em saúde, na qual a alocação dos recursos está determinada pelo poder de barganha dos indivíduos ou grupos sociais com melhores condições de negociação, os quais acabam, portanto, sendo favorecidos. Dessa maneira, os fundamentos morais que legitimam o igualitarismo na teoria vêm-se desvirtuados na prática (Schütz, 2003). Isto é particularmente dramático no caso da saúde materno-infantil, quando os envolvidos – mulheres e crianças, em geral pobres – aparecem entre os grupos sociais com menores condições de barganha.

Em contraste com o Estado de bem-estar, o modelo de Estado liberal⁹ está baseado em uma concepção do individualismo moral que dá maior ênfase aos 'deveres'. A preocupação central desta perspectiva restringe-se

à não-violação de deveres morais – por indivíduos ou pelo Estado –, quaisquer que sejam as conseqüências disso, inclusive para a proteção dos direitos individuais.

A NEUTRALIDADE DO ESTADO LIBERAL

A autocompreensão do Estado liberal consiste em considerar-se ‘neutro’ e limitar-se a institucionalizar (em lei) as restrições deontológicas. Os deveres obrigam a evitar a maleficência (não matar, não roubar, não mentir), mas as restrições não exigem que o agente se empenhe para que essas coisas não ocorram no mundo, pois isso seria uma interferência indevida nos espaços de liberdade de cada um.

Em suma, cada um está obrigado a cumprir seus próprios deveres, mas ninguém está obrigado a contribuir para que os outros possam cumprir com os seus. A partir deste ponto de vista, nenhuma pessoa é moralmente responsável pelos danos ou privações que outras sofram porque deixou de realizar o que estava ao seu alcance para evitar esse dano ou diminuir esse sofrimento. Contribuir para minorar o sofrimento de pessoas que vivem em um Estado de privação atroz pode ser meritório para os mais abastados, mas o sofrimento de outros não autoriza moralmente o Estado a tomar compulsoriamente recursos – por mínimos que sejam – dos ricos para distribuições sociais (Vita, 2000). Esta perspectiva é defendida, por exemplo, por Nozick (1974) e por Engelhardt (1998).

As concepções de justiça fundamentadas em deveres são a base moral do neoliberalismo, teoria política que, desde a década de 1980, se expande pelo mundo ocidental com a globalização. Para Álvaro de Vita (2000), esta ‘moral’ neoliberal se apresenta como a maior defensora da ‘liberdade individual’, mas, na verdade, está preocupada apenas com a liberdade contratual e com a propriedade. Se a liberdade individual fosse um valor moralmente relevante – argumenta Vita –, a sociedade justa seria aquela que a garantisse a todos os seus membros. O autor conclui que a ‘moral neoliberal’, de fato, rejeita os direitos que derivam de uma consideração imparcial pelo bem-estar de todos, ao desobrigar os membros de uma comunidade da responsabilidade moral pelos menos favorecidos.

Na visão deontológica do Estado liberal, a sociedade justa é aquela que garante a propriedade adquirida em conformidade com os princípios de aquisição e transferência e não permite que ‘ninguém’ (indivíduo ou Estado) possa ameaçar a propriedade – para isto é que necessita das restrições morais que fundamentam sua moral.

Nozick (1974), por exemplo, considera que a propriedade é o valor moral de maior relevância. Para este autor, o Estado liberal neutro não deve somente levar em conta as restrições morais, mas deve também respeitá-las de forma absoluta, de maneira a não ameaçar a propriedade dos cidadãos. Segundo sua perspectiva, se um Estado obriga uma pessoa (mais privilegiada) a contribuir para o bem-estar de outra (mais desafortunada) age como um Estado que não é neutro entre seus cidadãos; neste caso – o que é pior –, o Estado estaria utilizando um cidadão como instrumento para os fins de outro, o que infringiria o imperativo prático kantiano. Mas, de acordo com Vita (2000), esta seria uma interpretação um tanto forte da moral kantiana.

Também Engelhardt (1998) defende, com veemência, a aplicação das teses do liberalismo à problemática da alocação de recursos em saúde. Para o autor, o recurso a idéias de justiça social na formação das políticas de assistência à saúde pode ser desonesto ao sugerir um acordo canônico em uma reflexão moral secular. E pode ser, também, demagógico, provocando o uso coercitivo da força não-justificada do Estado. Segundo Engelhardt, se uma pessoa possui propriedades de justa aquisição ou de justa transferência, então sua posse sobre aquela propriedade não poderá ser prejudicada pelas tragédias e necessidades dos outros. Na mesma linha de raciocínio, Nozick (1974) afirma que toda transferência de titularidades involuntária é inadmissível devido ao fato de que todas as coisas que existem nascem vinculadas a pessoas que têm titularidade sobre elas e que contam com elas para desenvolver seus projetos de vida.

CRÍTICA AO ESTADO LIBERAL

Para o ambientalista Guillermo Foladori (2001), aconteceria exatamente o contrário: cada nova geração de humanos não iniciaria em

igualdade de condições, como seria o caso de qualquer outra espécie viva.¹⁰ De fato, as gerações de humanos começariam com uma bagagem desigual de coisas produzidas, acumuláveis extracorporalmente, fora da herança genética e, portanto, não imputáveis à necessidade imposta biologicamente. O autor chama tais diferenças, com base material, de ‘diferencias sociais’.

Parece óbvio que a aplicação irrestrita do ponto de vista defendido por Nozick e Engelhardt no contexto da América Latina comprometeria a continuidade dos programas de saúde materno-infantil. A resposta dos pensadores liberais a este tipo de demanda social é a caridade, a qual consideram meritória, mas não compulsória.

Embora a aplicação de um programa liberal seja socialmente inadmissível na América Latina, visto que estenderia as diferenças e injustiças sociais, também não é possível continuar insistindo no fato de que um modelo igualitarista, universal e irrestrito é de fato sustentável. Com efeito, mesmo que fosse muito sensato em teoria e, talvez, desejável na prática, este modelo não apresenta concretamente os efeitos desejados (acesso e cobertura total a todos) nos contextos de escassez de recursos combinados com profundas injustiças sociais. Em outras palavras, o modelo igualitarista pode, talvez, funcionar em sociedades pequenas, de ‘amigos morais’, solidários entre si devido ao mútuo reconhecimento e a valores e interesses substanciais compartilhados, mas dificilmente se aplica a sociedades complexas de ‘estranhos morais’, como são as sociedades pluralistas contemporâneas (Engelhardt, 1998), pois exigiria que todos seus cidadãos tivessem atingido um estágio moral bastante elevado e compartilhassem um grau de responsabilidade em relação a seus semelhantes que desse sempre a prioridade ao Outro sobre si mesmo, como é o caso da ética proposta por Emmanuel Levinas (1997).

QUAL ALTERNATIVA?

Uma possível alternativa aos modelos anteriores poderia ser uma política de alocação de recursos baseada na ‘equidade’. Esta teoria – que tem antecedentes teóricos em Aristóteles – nasceu em 1971, quando John Rawls publica seu livro *Uma Teoria da Justiça*. Nesta obra clássica da filosofia

do direito, Rawls levanta uma questão particularmente importante ao afirmar que só existe justiça entre iguais. Mas se as pessoas não são iguais *de facto*, a justiça deve ser entendida não como ‘igualdade’, mas como ‘equidade’. Em outros termos, para Rawls, a distribuição dos ‘valores sociais’ (liberdade e oportunidade, renda e riqueza e as bases sociais da auto-estima) deve ser igualitária entre os ‘iguais’; contudo, tratamentos desiguais poderiam ser justificados sempre que este ‘tratamento desigual para os desiguais’ trouxesse vantagens aos mais necessitados e, simultaneamente, desde que as liberdades fundamentais e o bem-estar de todos fossem respeitados (Rawls, 1997).

Entretanto, a concepção de justiça de Rawls se presta a algumas sérias críticas. O economista Amartya Sen (2001) critica, por exemplo, a rigidez dos parâmetros rawlseanos de avaliação das desigualdades. Este autor afirma que não é tão importante garantir distribuições justas dos ‘bens individuais’ (como, por exemplo, a renda), já que, na realidade, as circunstâncias individuais e sociais têm variações decisivas na desigualdade. Sen postula que o que deveria ser igualado numa sociedade justa é a ‘capacidade de funcionamento’ (*capability*), isto é, a oportunidade de cada indivíduo para levar sua vida de acordo com suas escolhas e seus valores. Para isto, o indivíduo precisaria desenvolver suas ‘vantagens individuais’, o que inclui vocação, habilidades, talentos etc. Estes conceitos seneanos apostam fortemente na autonomia e na liberdade individual para poder definir o que deve, afinal, ser entendido concretamente por ‘bem-estar’.

CONCLUSÃO

Seria possível afirmar que as pessoas são desiguais em quase todos os aspectos, sendo iguais em apenas dois: 1) elas têm ‘igual dignidade’ (igual valor da vida humana); 2) todas apresentam potencialmente ‘igual fragilidade’ ou ‘desamparo’ (no sentido freudiano da palavra *Hilflosigkeit*, literalmente, ‘sem ajuda alguma’) frente às doenças e catástrofes (que constituem a ‘vulnerabilidade natural’ da condição humana).

De acordo com a proposta de uma ‘ética da proteção’, formulada por Schramm & Kottow (2001), as medidas sanitárias preventivas devem ser

universais (‘igualitárias’) porque a vulnerabilidade natural, considerada como fragilidade intrínseca à condição humana do indivíduo, é comum a todos. Porém, de acordo com o princípio de equidade, as políticas sanitárias restaurativas não podem ser igualitárias, devendo, logicamente, ser ‘focalizadas’, isto é, dando prioridade para aqueles que não podem custear os procedimentos que necessitam para recuperar sua saúde e, com ela, sua capacidade de funcionamento. Segundo os autores, quem precisa de cuidados sanitários já não é mais tão-somente ‘vulnerável’ como qualquer representante da espécie *Homo sapiens sapiens*, mas, sim, ‘vulnerado’ ou atingido, que precisa de assistência à saúde para recuperar sua autonomia e, com ela, a possibilidade de escolher que tipo de vida quer para si.

Em particular, a proposta de justiça sanitária baseada em uma ‘bioética da proteção’, como aquela elaborada por Schramm e Kottow (2001), apresenta-se como a que melhor se ajusta às exigências de equidade em contextos de escassez, especialmente para países não-desenvolvidos, nos quais a dívida com a saúde (e com outros bens essenciais) vem somar-se à lista da dívida pública que o Estado não está conseguindo ‘pagar’. Com efeito, esta proposta é fortemente equitativa ao diferenciar entre ‘vulneráveis’ (iguais), que precisam prevenir os problemas de saúde, e os ‘atingidos’ (desiguais), que precisam de cuidados sanitários especiais ou adicionais para recuperar sua saúde.

Pode-se, portanto, concluir que todo investimento em saúde está eticamente legitimado, já que a saúde é um valor social que tem ‘prioridade lexical’ no sentido de constituir a condição necessária para a realização de todos os outros valores desejáveis e realizáveis pelos indivíduos. Contudo, em uma sociedade que tenha como uma de suas características fundamentais o pluralismo de valores morais, cabe à própria sociedade, através dos mecanismos democráticos de participação, a construção de uma política sanitária em que não existam pessoas excluídas nem negligenciadas.

A responsabilidade do Estado de ‘proteger’ a saúde de forma equitativa é sensivelmente importante para a implementação de políticas e programas de saúde materno-infantil. Embora não lhe seja possível evitar

a 'loteria natural' que adjudica a algumas pessoas capacidades diferentes, muitas vezes não desejadas, ao menos se perfila como um modelo para reduzir os efeitos da 'loteria social' que prejudica muitos cidadãos que não tiveram a fortuna de nascer em um 'berço esplêndido'.

NOTAS

- ¹ Chama-se de principialismo a aplicação de quatro princípios – não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça – como modelo teórico para resolver conflitos morais em Bioética.
- ² Trata-se do artigo "They decide who lives, who dies" ['Eles decidem quem vive, quem morre'], publicado na revista *Life* de 9 de novembro de 1962, pela jornalista Shana Alexander.
- ³ É o caso de Brasil, que garante, no artigo 196 da Constituição Federal, "a saúde [como] um direito de todos e um dever do Estado".
- ⁴ Os direitos sociais são aqueles que precisam de um Estado que formule seu conteúdo em lei e os efetive na prática. Em contraste com os direitos humanos, que são prévios ao Estado e pertencem por igual a todos aqueles que nascem pessoas humanas.
- ⁵ O direito à saúde é entendido aqui como o direito de quem precisa de assistência médica ou sanitária.
- ⁶ A visão deontológica (do grego *deon* e *ontos*, 'dever ser') está caracterizada por princípios abstratos que estabelecem o que se deve fazer, independentemente das conseqüências e dos contextos, tendo, portanto, uma prioridade lexical sobre o justo e o injusto, que serão conteúdos derivados do respeito ao dever.
- ⁷ A visão teleológica (do grego *telos*, 'fim', 'finalidade') avalia as conseqüências e finalidades práticas dos atos.
- ⁸ Trata-se do *welfare state*, tal o caso do modelo assistencialista praticado nos países da Europa Ocidental pós Segunda Guerra Mundial.
- ⁹ Os Estados Unidos representam o melhor exemplo de modelo de assistência à saúde de tipo liberal.
- ¹⁰ Cada nova geração dos seres vivos, com exceção do *Homo sapiens sapiens*, nasce com igual probabilidade de acessar a bagagem genética da sua espécie. As propriedades geneticamente herdadas são aleatórias, submetidas a uma 'loteria natural'.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DANIELS, N. Is there a right to health care and, if so, what does it encompass? In: KUHSE, H. & SINGER, P. (Eds.) *A Companion to Bioethic*. New York: Oxford, 1998.
- DWORKIN, R. *Taking Rights Seriously*. London: Duckworth, 1977.
- ENGELHARDT, H. T. Jr. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola, 1998.
- FOLADORI, G. *Limites do Desenvolvimento Sustentável*. Campinas: Unicamp, 2001.
- FORTES, P. Dilemas éticos na alocação de recursos em saúde. In: PALÁCIOS, M.; MARTINS, A. & PEGORARO, O. (Orgs.) *Ética, Ciência & Saúde*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- GIDDENS, A. *As Conseqüências da Modernidade*. São Paulo: Unesp, 1991.
- GRINBERG, C. & SVANSTRÖM, R. *La Edad Media*. Buenos Aires: Circulo de Lectores, 1984.
- HARRIS, J. Micro-allocation: deciding between patients? In: KUHSE, H. & SINGER, P. (Orgs.) *A Companion to Bioethic*. New York: Oxford, 1998.
- KOTTOW, M. Bioética e política de recursos em saúde. In: GARrafa, V. & COSTA, S. I. F. (Orgs.) *A Bioética no Século XXI*. Brasília: UnB, 2000.
- LARREA, C. *Desigualdad social, salud materno-infantil y nutrición en ocho países de América Latina: análisis comparativa de las encuestas DHS III*. OPS-OMS, 2002. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPN/larrea-encuestaDHS.htm>. Acesso em: 10 jan. 2004.
- LEVINAS, E. *Entre Nós: ensaios sobre a alteridade*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- LOLAS STEPKE, F. *Bioética: una palabra con historia*, 1997. Disponível em: <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/biohis.htm>. Acesso em: 10 jan. 2004.
- MATA MACHADO, E. *Elementos de Teoria Geral do Direito*. Belo Horizonte: UFMG, 1995.
- NOZICK, R. *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books, 1974.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPS). *Bioética*. Publicação científica n. 527. Washington: Opas, 1990.

- RAWLS, J. *Uma Teoria da Justiça*. São Paulo: Martin Fontes, 1997.
- SCHRAMM, F. R. Da Bioética privada à Bioética pública. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.
- SCHRAMM, F. R. Bioética, economia e saúde: direito à assistência, justiça social, alocação de recursos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 46(1): 41-47, 2000.
- SCHRAMM, F. R. & KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4): 949-956, 2001.
- SCHÜTZ, G. *Quando o "igual tratamento" acaba em injustiça: um paradoxo bioético das políticas sanitárias universalistas de alocação de recursos*, 2003. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.
- SEN, A. *Desigualdade Reexaminada*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- VITA, A. de. *A Justiça Igualitária e Seus Críticos*. São Paulo: Unesp, 2000.
- WALZER, M. *Las Esferas de la Justicia: una defensa del pluralismo y la igualdad*. México: Fondo de Cultura Económica, 2001.
- WEBER, M. *História Geral da Economia*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1980.
- WIKLER, D. & MARCHAND, S. Macro-allocation: dividing up the health care budget. In: KUHSE, H. & SINGER, P. (Eds.) *A Companion to Bioethic*. New York: Oxford, 1998.