

Tópico 2

COMO PRIORIZAR RECURSOS ESCASSOS EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Paulo Antônio de Carvalho Fortes

Comenta-se sobre as alternativas teóricas que procuram interpretar o princípio ético da justiça distributiva, orientando a organização dos sistemas de saúde e a alocação de recursos em ambiente de pluralismo de valores e de diversidade de interpretações do que seria uma justa distribuição de recursos pela esfera pública: teorias éticas liberais, teorias utilitaristas e teorias igualitárias, baseadas nas necessidades pessoais, aliadas às diversas concepções de equidade. Tecem-se críticas ao pensamento liberal, considerando-o inadequado para orientar a alocação de recursos em saúde nos países desenvolvidos, entendendo que cabe à sociedade organizada e ao Estado intervir no campo da saúde para que sejam contempladas as necessidades das pessoas, decorrentes das condições econômicas por que passam os países menos desenvolvidos. Propõe-se à bioética refletir sobre qual seja o alcance da orientação da alocação de recursos baseada nas necessidades individuais, discutindo sobre quais bases éticas devem estabelecer limites para que sejam contempladas. Aponta-se também para os riscos da aceitação do princípio da utilidade social como ponto restritivo, baseando a alocação de recursos na maximização de benefícios. Destaca-se o princípio da busca da equidade, compreendido como a implementação de políticas de alocação de recursos fundadas nas condições de saúde das pessoas que desenvolvam ações tendentes a eliminar ou, ao menos, a reduzir ao mínimo possível as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas entre grupos humanos com diferentes níveis sociais.

Saúde pública e alocação de recursos

A IMPORTÂNCIA da reflexão bioética sobre alocação de recursos em saúde pública já foi apontada pelo ex-presidente da Associação Internacional de Bioética, Daniel Wikler (1997), ao afirmar ter o tema se constituído na terceira fase da bioética, sucedendo às fases de discussão dos códigos deontológicos profissionais e de "renegociação" nas relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes. Porém, conforme já disse Norman Daniels (1995), ainda não tem o mesmo *glamour* para as pessoas, nem mesmo a visibilidade necessária nos meios de comunicação de massa, como os problemas e dilemas advindos do desenvolvimento biotecnológico: transplantes, engenharia genética, clonagem, manipulação das células-tronco etc.

A alocação de recursos está fundamentada no princípio ético da justiça distributiva, princípio que faz a interface entre a ética individual e a ética coletiva, e que, segundo o filósofo americano John Rawls (1997), é a virtude primária das instituições sociais, fruto da cooperação humana que deve pretender a realização de benefícios mútuos. O princípio da justiça distributiva trabalha com o pressuposto da finitude, implicando que a distribuição de recursos não será igual para todos, que alguns devem renunciar a parte dos recursos para que outros possam obtê-los. Pois é quase consensual aceitar que as necessidades humanas quanto à saúde são crescentes, e os recursos financeiros para satisfazê-las, finitos, e isto é mais premente nos países em desenvolvimento, onde os recursos para saúde concorrem fortemente com outras necessidades econômicas e sociais.

Se as teorias morais apresentam a noção do que deva ser considerado bom ou valioso para o convívio social, e 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, a realidade nos mostra uma discordância expressiva de como proceder para se alcançar a justa distribuição. Isso decorre, em grande parte, do pluralismo de valores morais existentes no mundo contemporâneo. Assim, se é certo que o conceito de justiça se faz importante para as justificativas das políticas econômicas e sociais em vigor nos Estados contemporâneos, também é certo que seja difícil pensar na existência de um único caminho para se conseguir a "boa vida", o bem-estar do homem, nos níveis individual, político e social, ou a justa alocação de recursos de saúde.

O dilema ético dos países em desenvolvimento

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 (ANJOS: 2000; PESSINI: 1995; GARRAFA: 1995).

Pensar sobre alocação de recursos de saúde em países em desenvolvimento passa necessariamente pela reflexão sobre as condições de pobreza e as desigualdades sociais. Acreditamos que poucos contestarão a existência de íntima relação entre pobreza e más condições de saúde, cuja associação se estabelece em ambas as direções. Há, por exemplo, nas Américas, países, como o Haiti, onde a esperança de vida ao nascer é de apenas 53 anos e o coeficiente de mortalidade infantil é ainda de 80/1000 nascidos vivos. Os 40% mais pobres da América Latina têm uma morbimortalidade por enfermidades preveníveis 4 vezes mais alta que os 20% mais ricos.

Nós, latino-americanos, não podemos nos orgulhar de conviver com os altos níveis de desigualdade injustas e evitáveis que temos, pois a diferença de rendimentos entre os 20% mais ricos e os 20% mais pobres é de 11,6 vezes. E, infelizmente, o Brasil é um dos países que apresenta uma das maiores taxas de desigualdades entre esses dois segmentos sociais.

Assim, pode-se compreender que as escolhas sociais para melhorar as condições de saúde de uma população passam pela aceitação da saúde enquanto um valor ético-social a ser preservado, defendido e priorizado diante de outros valores e bens. Se a educação básica, nos dias atuais, passou a ser um setor em que existe um aparente consenso sobre a necessidade da atuação estatal, garantindo-a como universal, o mesmo ainda não acontece com a saúde. Portanto, mesmo com a consciência de que não é o sistema formal de saúde o único determinante das condições de saúde, entende-se que não há como fugir de decisões que impliquem a escolha do destino dos escassos recursos existentes na maior parte dos países em desenvolvimento para o campo da saúde. Escolhas têm que ser feitas, pois mesmo que os recursos sejam insuficientes para contemplar todas as necessidades há uma obrigação ética de utilizá-los.

Observados esses pressupostos, deve-se compreender que a alocação de recursos públicos em saúde ocorre em um ambiente de constante ampliação tecnológica e de aumento de custos para todos os sistemas de saúde. Faz-se mediante a distribuição de recursos realizada pelas esferas governamentais, através de políticas públicas sanitárias e se refere a quais e quantos recursos devem ser dirigidos à assistência à saúde, à organização dos sistemas de saúde, ao estabelecimento de prioridades e à distribuição de recursos entre programas, projetos e instituições de saúde.

As escolhas podem ser fundadas em algumas alternativas teóricas que procuram interpretar o princípio ético da justiça distributiva, orientando a organização dos sistemas de saúde públicos e a alocação de recursos. Essa reflexão remete a discutir a responsabilidade do Estado na implementação de políticas públicas. Aqui aparece a evidência do pluralismo de valores e a diversidade de interpretações do que seria uma justa distribuição de recursos pela esfera pública: das teorias éticas liberais, para as quais o princípio ético fundamental é a garantia da liberdade da pessoa humana de tomar decisões que afetem sua vida, passando pelas teorias utilitaristas, que entendem que se deva buscar a maior felicidade de todos aqueles cujos interesses estão em jogo, chegando-se às teorias igualitárias, baseadas nas necessidades pessoais, aliadas às diversas concepções de equidade, que propugnam que a sociedade organizada e o Estado, mediante a implementação de políticas públicas, devam intervir para garantir a justiça distributiva e minimizar os efeitos das loterias biológica e social.

O pensamento liberal e a alocação de recursos em saúde

A noção de justiça como garantia da liberdade enseja que o Estado garanta a liberdade contratual para as pessoas, assim como a ordem, a segurança, as liberdades

individuais e o direito à propriedade, não lhe sendo demandada a resolução de necessidades individuais de natureza social. Filósofos contemporâneos de tradição liberal propugnam que a justiça deva ser a garantia do princípio da permissão, do consentimento e que a assistência à saúde deva ser tratada de maneira semelhante a outros bens e serviços regidos pelas leis do livre mercado, pois este seria o garante da adequação das necessidades de saúde à oferta de serviços.

Assim, o pensamento clássico liberal aplicado ao campo da alocação de recursos em saúde pode ser sintetizado na máxima: "A cada pessoa de acordo com as leis do livre mercado". Aceita-se a presença de formas organizativas de serviços de saúde, baseados no seguro-saúde individual e na capacidade de pagamento pelo atendimento das necessidades de atenção à saúde, não cabendo ao poder estatal, em nome do bem da coletividade, impor aos indivíduos contribuições obrigatórias para um sistema público de saúde, pois assim se estaria violando a decisão autônoma individual de escolha. Acatando esse pensamento, ao Estado se reservaria uma função precipuamente regulatória, atuando fundamentalmente mediante serviços voltados para o bem-estar da coletividade, como as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, deixando a assistência individual para a responsabilidade individual (ENGELHARDT: 1998).

Essa visão de justiça recebe várias críticas, feitas mesmo por aqueles que defendem a tradição liberal. O australiano Richardson, citado por seu compatriota Max Charlesworth (1996: 134) assim se manifestou: "A ideologia de mercado fracassa na assistência sanitária simplesmente porque o mercado fracassa na assistência sanitária. Dito fracasso é fundamental. Os mercados não podem trabalhar adequadamente sem consumidores informados. Os pacientes não estão informados com respeito a muitas decisões feitas sobre a assistência sanitária, ou pelo menos não são suficientemente informados".

Se para os países desenvolvidos as leis de mercado na saúde não são adequadas para uma justa distribuição, o que esperar de sua aplicação em países em desenvolvimento, com frágeis mecanismos de competição capitalista, que dificultam a concorrência entre prestadores de serviços de saúde, assim como com as profundas desigualdades sociais existentes?

Todavia, há entre os liberais autores como James Sterba (1995), cujo pensamento foi exposto na última edição da *Enciclopédia de bioética* norte-americana, que entendem ser justa a defesa da tese do "nível mínimo decente de saúde" para que todas as pessoas tivessem condições de gozar de "igualdade de oportunidades".

O Estado, conforme a pressão exercida nos últimos anos pelas agências internacionais, poderia e deveria fornecer "condições mínimas de saúde a todos" ou um "mínimo básico decente", para garantir a igualdade de oportunidades, deixando à responsabilidade individual o suprimento dos recursos complementares para a satisfação de suas necessidades.

Esses pressupostos trazem algumas indagações para a reflexão sobre o alocar e priorizar recursos em saúde nos países em desenvolvimento, tais como: nas condições de saúde atuais da maioria das populações dos países em desenvolvimento, o que seria um nível mínimo aceitável, ou eticamente "decente", de ações em saúde?

Procedimentos cirúrgicos seriam cobertos? Tratamentos para doença renal crônica (diálise peritoneal ou hemodiálise), HIV/AIDS (drogas anti-retrovirais) ou câncer (quimioterapia ou radioterapia) seriam incluídos na cesta básica? Quem e por quais mecanismos se deveria decidir sobre as bases para estabelecer o que é um "mínimo básico decente de saúde" para todas as pessoas?

Alocação de recursos pelas necessidades de saúde

Diferentemente das liberais, outras correntes de pensamento ético consideram que a saúde não pode ser compreendida como um bem igual a outros bens, que podem ser atendidos pelas leis do livre mercado. Propugnam que a sociedade organizada e o Estado devam intervir no campo da saúde para que sejam contempladas as necessidades das pessoas. Portanto, ao Estado é reservado o papel fundamental de corrigir os efeitos das loterias biológica e social, mediante gasto público que vise a atender as necessidades de saúde da população. Como afirmou Giovanni Berlinguer (1996), "Se pensarmos que o bem-estar de cada pessoa tem valor intrínseco particular, daí decorre que as instituições básicas de uma sociedade democrática devem tender a reduzir a influência desses vários fatores *moralmente arbitrários* nas oportunidades de vida de cada um".

Também exemplo deste pensamento é a afirmação do bioeticista chileno Miguel Kottow (2000: 70) que entende como justo o ordenamento social que possibilite a satisfação das necessidades de cada pessoa para que ela possa ter opções abertas para a concretização de seu plano de vida.

Esta interpretação do princípio da justiça provém de bases diversificadas — desde o pensamento cristão até os fundamentos de diversas correntes de tendência socialista —, e é marcada pelo princípio da diferença, aceitando-se o tratamento diferenciado entre as pessoas quando baseado em suas necessidades individuais.

No campo da assistência à saúde essa orientação ética levou à criação de sistemas de saúde baseados no princípio da universalidade de acesso a ações e serviços de saúde. A operacionalização desse conceito foi realizada pela primeira vez na Inglaterra, com a criação do National Health Service, no pós-guerra imediato. Posteriormente outros países aderiram a essa concepção de sistema sanitário de tipo universal — Noruega, Suécia, Finlândia, Austrália, Nova Zelândia, assim como posteriormente os antigos países socialistas e Cuba.

A reivindicação pelo atendimento de necessidades individuais de saúde se relaciona com a noção de direito à saúde ou, de forma mais restritiva, com a noção de direito a acesso a serviços de saúde, direito já inserido em normas legais de diversos países, como é o caso do Brasil.

O art. 196 da Constituição federal brasileira expressa: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Ao direito à saúde devem corresponder deveres ou responsabilidades da sociedade ou do Estado, obrigando-os a prover ações e serviços tendentes a concretizá-lo. Todavia cabe lembrar que as necessidades de saúde são sempre crescentes e mais amplas que as possibilidades de recursos existentes, independentemente do estágio econômico dos países e da estrutura organizacional de seus sistemas de saúde.

Assim, a universalidade de acesso à assistência à saúde ainda não passa de um ideal a ser perseguido, principalmente nos países em desenvolvimento, que não apresentam condições para dar conta de todas as necessidades de cada pessoa. Assim, se poderia aceitar o que diz Diego Gracia (1989) ao considerar que devamos reformular a máxima: "A cada pessoa conforme suas necessidades", transformando-a em: "A cada pessoa conforme suas necessidades até o limite que permitam os bens disponíveis"?

Nas Américas, essa compreensão da finitude de recursos foi expressa mediante a promulgação da Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, assinada em 1948, na cidade de Bogotá, Colômbia. Os cidadãos do continente deveriam ter direito à "assistência médica" de acordo com os recursos públicos e da comunidade.

No momento atual, devido às condições econômicas por que passam os países menos desenvolvidos, cabe à bioética refletir sobre qual seja o alcance do direito à saúde. Cabe discutir se todas as necessidades individuais devem ser priorizadas ou se é justo que se estabeleçam limites para o atendimento das necessidades individuais. E, em caso de resposta afirmativa, quais as bases éticas que devem estabelecer os limites.

Mas, mesmo sabendo que precisamos impor limites às necessidades pessoais na saúde, continua sendo um dilema ético a escolha de quais critérios devem mediar a priorização de recursos, ou de quais pessoas devem ser priorizadas. Devemos enfatizar ações do nível de atenção básica em detrimento de medidas a serem realizadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde? O quanto deve ser investido em serviços e ações dependentes de custosas tecnologias?

Devemos direcionar os recursos para as necessidades que proporcionem saúde ao maior número de pessoas, acatando o princípio da utilidade social, que afirma serem as ações eticamente corretas quando tendem a promover o "maior bem-estar para o maior número possível de pessoas", ou seja, a maximização do bem-estar? (MILL: 2000; CRISP: 1997; BENTHAM: 1974).

Se tomarmos a noção de utilidade social como ponto restritivo, baseando a alocação de recursos na magnitude dos beneficiados, ou na eficiência de recursos sem levar em conta quem serão os beneficiados, não poderemos estar discriminando necessidades de menor prevalência e discriminando grupos humanos minoritários, ou sacrificando pequenos interesses, expressos numericamente, por interesses mais prevalentes, podendo resultar em práticas injustas ou mesmo discriminatórias contra grupos minoritários, já submetidos a condições de profundas desigualdades sociais?

Aliado à noção de necessidades, o fio condutor de uma política de alocação de recursos escassos em saúde pode ser conduzido pelo princípio da equidade. Toda-

via, é importante ressaltar que o termo equidade tem sido utilizado com diversas e contraditórias interpretações. Frequentemente equidade é tida como sinônimo de igualdade, de igual oportunidade de todas as pessoas ao acesso a serviços de saúde, ou igual acesso a ações e serviços para pessoas que sofrem de uma similar condição de agravo à saúde, não podendo ser discriminadas por sexo, raça, condição de emprego, circunstâncias familiares, posição social, estilo de vida, religião (BRADLEY: 2000; SONIS: 2000).

Para a Organização Mundial da Saúde, buscar a equidade na saúde significa que as políticas de alocação de recursos deveriam partir do princípio da existência de diferenças nas condições de saúde das pessoas e desenvolver ações tendentes a eliminar ou, ao menos, ao reduzir ao mínimo possível as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas entre grupos humanos com diferentes níveis sociais.

É certo que ainda não existe consenso de quais os indicadores e parâmetros necessários para uma adequada avaliação das desigualdades em saúde, mas um primeiro passo seria a identificação das situações evitáveis nos diferentes níveis e estratos sociais, por exemplo, expectativa de vida ao nascer, níveis mortalidade infantil e materna, morbidade por doenças infecciosas e preveníveis etc.

Uma reflexão sobre equidade não pode, como afirmam Olinto Pegoraro (1995) e Suzanne Rameix (1996), deixar de citar e comentar a obra de John Rawls (1997), professor de filosofia na Universidade de Harvard, e seu livro *Uma teoria da justiça*, publicado pela primeira vez em 1971. Essa obra teve e tem ainda grande repercussão nas discussões sobre a temática da justiça social, e é citada por todos autores que trataram posteriormente da questão — de forma favorável ou discordando do todo ou de parte das idéias do filósofo.

A teoria de justiça de Rawls é voltada fundamentalmente para as instituições. Trata-se de um contraponto ao utilitarismo e parte do pressuposto que na vida em sociedade as pessoas devam reconhecer certos princípios e regras de conduta como obrigatórios, e, na maioria das vezes, devam agir em conformidade com eles. Os princípios da justiça social devem estabelecer os direitos e os deveres nas instituições básicas da sociedade e determinar a divisão de vantagens provenientes da cooperação social.

Rawls propõe que a distribuição de recursos deva seguir duas etapas:

A primeira etapa exige igualdade na distribuição de deveres e direitos básicos. Todas as pessoas devem ter os mesmos direitos e liberdades civis — direito à manifestação autônoma, direito à liberdade de locomoção, de expressão de suas opiniões, de reclamação, de associação, de informação, direito à privacidade etc.

A segunda etapa, aceitando o princípio da diferença, afirma que é justa a ação que tenha conseqüências desiguais para os diversos envolvidos apenas se resultam em benefícios compensatórios para cada um, e particularmente para os membros "menos favorecidos", "menos afortunados" da sociedade (RAWLS: 1997).

Os críticos da teoria de Rawls afirmam que ela segue a base neoliberal, sendo coerente com o princípio da focalização. Que se utilizada no campo da saúde, partindo-se da premissa de que recursos escassos deveriam ser dirigidos aos mais pobres, se estaria contradizendo o princípio da universalidade gratuita ao acesso

às ações e aos serviços de saúde, empurrando os “não tão pobres” para o livre mercado. Afirmando ainda que a base dessa teoria é condizente com as recomendações do Banco Mundial, que, desde 1987, incentiva os países a reduzirem a responsabilidade estatal no financiamento dos serviços de saúde, sendo contrário à universalidade como princípio fundamental do sistema de saúde, impelindo parte da população a procurar assistência à saúde no livre mercado.

Porém, como defende o sociólogo e sanitário francês Pierre Boitte (1995), se poderia utilizar o conceito de justiça de Rawls, evitando os perigos da focalização, se fosse considerado que a saúde seja um dos bens sociais primários, de grande importância, comparável às liberdades básicas, mantendo-se assim o princípio da universalidade de acesso aos cuidados de saúde. A seguir, na segunda etapa, mediante o princípio da diferença, priorizar os recursos de saúde para as pessoas menos favorecidas, menos afortunadas. Porém, o princípio da diferença se aplicaria não às necessidades médicas, mas sim às necessidades sociais.

Finalizando

Em ambiente de pluralismo moral, as dificuldades para se decidir sobre alocação de recursos em saúde são expressivas. Mas é preciso se contrapor à aceitação acrítica de que todas as desigualdades sociais são inevitáveis ou toleráveis. Ao contrário, é necessário entender que, mesmo com recursos limitados, desigualdades podem ser minimizadas por meio de políticas e medidas práticas fundamentadas na equidade e na responsabilidade social, e não baseadas somente no princípio da eficiência econômica, mesmo tendo em vista a situação econômica de boa parte dos países em desenvolvimento.

Consideramos que seja necessário transformar as condições denunciadas pelo Fórum Global da Saúde, em 2000, que mostrou que 90% dos investimentos em pesquisa na área de saúde se dirigem a problemas de 10% da população. É necessário, também, aumentar o aporte de recursos financeiros para a saúde — como exemplo, pode-se citar o Peru, a Bolívia e a Nicarágua, que dispensam, respectivamente, apenas 57, 51 e 31 dólares *per capita* para a área da saúde.

Assumindo a defesa de um sistema baseado na equidade, entendemos que para este princípio ser verdadeiramente implementado faz-se necessária a efetiva participação dos cidadãos, de forma democrática, controlando as decisões tomadas a respeito da forma, da organização e dos caminhos a serem trilhados pelas políticas públicas de saúde.

O controle social das políticas de saúde justifica-se ao se entender a saúde dos indivíduos como um bem público que não pode ter suas ações e parâmetros ético-decididos unilateralmente com base em interesses econômicos, de grupos ou de categorias profissionais que atuam no setor, por mais bem-intencionados que sejam. Deve haver um debate democrático com a participação de todas as forças sociais, na identificação das situações de iniquidade — desigualdades desneces-

sárias, injustas e evitáveis — e na proposição de soluções possíveis para elas de acordo com os recursos existentes na comunidade.

O Estado e a sociedade organizada devem retomar, como orientação, a noção de responsabilidade social, a responsabilidade pelo outro, pelo mais frágil, pelo mais necessitado. Isto nos remete ao ainda válido princípio exposto por Tocqueville no século XIX, quando afirmava que, quanto mais uma sociedade é igualitária, mais as desigualdades não são aceitas. Ao contrário, quando as desigualdades são comuns, elas acabam por não ferir as sensibilidades individuais, sendo aceitas como “normais” (LEMAIRE, RAMEIEX, DREYFUSS: 1997).

Certo que o Estado não necessita ser o único executor das ações ou o detentor de todos os serviços de saúde, podendo atuar mediante incentivos, subvenções, parcerias com iniciativa privada, regulamentando, avaliando e fiscalizando o desempenho dessas e a consecução de metas identificadas como condizentes com a diminuição das desigualdades sociais, não restringindo suas decisões por parâmetros restritos de eficiência sem levar em conta o princípio da equidade.

Enfim, a saúde está intimamente ligada ao desenvolvimento de todos os países. A saúde pode potencializar o crescimento econômico de um país. Dessa maneira, políticas orientadas pela equidade na saúde atuarão na diminuição das desigualdades sociais profundas, desigualdades que estrangulam o desenvolvimento das sociedades, distorcem seu funcionamento e dificultam a governabilidade, fato facilmente verificável entre nós neste início de milênio (SONIS: 2000).

Como bem observou George Alleyne (2002), Diretor da OPS, “a injustiça em uma área como a saúde resultará em injustiça, ou ao menos se acompanhará dela, em outras áreas decisivas para o bem-estar humano, com as alterações conseqüentes na ordem social”.

Referências bibliográficas

- ALLEYNE, G. A. O. *Celebración de la ética en el ámbito sanitario*. México, 2002. [Ceremonia Nacional en Homenaje al Maestro Manuel Velasco-Suárez]. Disponível em: [http://www.paho.org/Projet.asp].
- ANJOS, M. F. dos. *Bioética nas desigualdades sociais*. In: GARRAFA, V., COSTA, S. I. F. (org.). *A bioética no século XXI*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000, pp. 49-65.
- BENTHAM, J. *Uma introdução aos princípios da moral e da legislação*. São Paulo: Abril Cultural, 1974. [Coleção Os Pensadores].
- BERLINGUER, G. *Ética da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- BRADLEY, P. Application of ethical theory to rationing in health care in the UK: a move to more explicit principles? In: BRADLEY, P. & BULLS, A. (eds.). *Ethics in Public and Community Health*, 2000, pp. 3-19.
- BOITTE, P. *Éthique, justice et santé*. Namur-Montreal: Artel-Fidus, 1995.
- CAPONI, S. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

- CHARLESWORTH, M. *La bioética en una sociedad liberal*. New York: Cambridge University Press, 1996.
- CRISP, R. *Mill – On Utilitarianism*. London: Routledge Philosophy Guidebook, 1997.
- DANIELS, N. *Just Health Care*. New York: Cambridge University Press, 1985.
- ENGELHARDT JR., H. T. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Loyola, 1998.
- GARRAFA, V. *A dimensão ética da saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1995.
- GRACIA, D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, 1989.
- GRIFFITHS, S. The prioritisation of health care in Oxfordshire. In: BRADLEY, P. & BULLS, A. (eds.). *Ethics in Public and Community Health*, 2000, pp. 29-44.
- KOTTOW, M. Bioética e política de recursos de saúde. In: GARRAFA, V. & COSTA, S. I. F. (orgs.). *A bioética no século XXI*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000, pp. 67-75.
- LEMAIRE, F., RAMEIEX, S. & DREYFUSS, D. *Accès aux soins et justice social*. Paris: Flammarion-Médecine-Sciences, 1997.
- MILL, J. S. *O utilitarismo*. São Paulo: Iluminuras, 2000.
- PEGORARO, O. *Ética e justiça*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- PESSINI, L. O desenvolvimento da bioética na América Latina. *Saúde em Debate* 47, 1995: 57-66.
- RAMEIBUX, S. *Fondements philosophiques de éthique médicale*. Paris: Ellipses, 1996.
- RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- SONIS, A. Equidad y salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* 8 (5) 2000: 359-362.
- SPOSATI, A. & LOBO, E. Controle social e política de saúde. *Cadernos Saúde Pública* 8 (4) 1992: 366-378.
- STERBA, J. Justice. In: REICH, W. T. (ed.). *Revised Edition. Encyclopedia of Bioethics* [CD-ROM]. New York: Macmillan Library Reference, 1995.
- WIKLER, D. Presidential address: bioethics and social responsibility. *Bioethics* 11 (3) 1997: 185-192.

Parte II

GENÉTICA, CLONAGEM, CÉLULAS-TRONCO, EMBRIÕES E ÉTICA

