

# Alocação de Recursos em Saúde: Considerações Éticas

Maria do Céu Patrão Neves

Filósofa, professora associada com agregação de Filosofia (Ética), Universidade dos Açores-Portugal

*A problemática da "alocação dos recursos em saúde" é uma das mais recentes e, simultaneamente, das mais urgentes desenvolvidas no âmbito da bioética. Consideramos que a questão deve ser analisada em termos de justiça social e de responsabilização moral, tomando-se como ponto de partida a corroboração do direito à saúde e a tentativa quer da elucidação da natureza de sua fundamentação, quer da indicação dos requisitos para sua efetivação. A exigência da intensificação da responsabilidade moral, como contributo para a alocação dos recursos em saúde, fundamenta-se em dois princípios éticos: o da "dignidade humana" e o da "participação". A exigência de promoção da justiça social, como domínio próprio da efetivação do "direito à saúde", obriga a consideração de dois princípios éticos: o da "equidade" e o da "solidariedade". A consideração articulada dos quatro princípios éticos destacados estabelece o fundamento e também a finalidade das escolhas, num quadro conceitual amplamente consensual.*

## **UNITERMOS - Direito à saúde, justiça social, responsabilização moral, dignidade humana, participação, equidade, solidariedade**

A problemática da "alocação dos recursos em saúde" é uma das mais recentes (1) e, simultaneamente, das mais urgentes desenvolvidas no âmbito da bioética.

As circunstâncias próximas de sua origem englobam aspectos de ordem diversa, que são do conhecimento comum (pelo que não nos dedicaremos especificamente aos mesmos): o crescente recurso da medicina às técnicas cada vez mais sofisticadas (sobretudo em diagnóstico e terapêutica), a par de uma mais extensiva prestação de cuidados de saúde; o aumento da esperança de vida (envelhecimento da população), a par de uma superior prevalência de doenças crônicas; a explosão demográfica nos países menos industrializados, a par do agravamento da extrema pobreza.

O somatório destes aspectos fez multiplicar os custos da prestação dos cuidados de saúde - com maior incidência no mundo ocidental, em que alguns países acusam certo descontrolo -, ao mesmo tempo que acentuou a escassez dos recursos no setor saúde - especialmente nos países menos desenvolvidos, que mantêm largas parcelas da população sem assistência. No primeiro caso, o problema que se coloca é o da "racionalização"; no segundo, o da "acessibilidade" (preferencialmente ao da "inacessibilidade" (2)). Em ambos, o problema é o da alocação dos recursos existentes, cuja circunstância mais remota e profunda é a do atual reconhecimento generalizado do "direito à saúde".

Ainda que, sob o ponto de vista ético, partamos do pressuposto geral de que todos os investimentos da área da saúde se justificam, uma vez que protegem e promovem a vida - valor supremo enquanto condição de realização de todos os valores, constituindo a própria saúde condição de realização do homem -, há que se reconhecer que os recursos, tanto humanos como técnicos, são inexoravelmente limitados, pelo que importa geri-los. Uma gestão que será tanto mais complexa quanto menos economicista, e tanto menos economicista quanto mais humanista e humanizante (3). Atender-se-á prioritariamente às pessoas, o que não implica negligenciar os custos mas tão somente subordinar os interesses monetários ao valor do homem, articular a economia e a ética. Afinal, que a saúde tem preço é hoje um truísmo e sobre ele decorre todo o debate sobre a alocação de recursos.

A questão que nos ocupa é pois, obviamente, de justiça social e, acrescentaríamos, também de responsabilização moral, tomando-se como ponto de partida a corroboração do direito à saúde e a tentativa quer da elucidação da natureza de sua fundamentação, quer da indicação dos requisitos para sua efetivação

### **1. A alocação dos recursos em saúde, sob a perspectiva da intensificação da responsabilidade moral**

Optamos por nos deter, primeiramente, na análise do problema da alocação dos recursos em saúde sob a perspectiva da responsabilidade moral. Esse fator, não obstante ser certamente o de consideração mais recente no âmbito problemático em questão, parece-nos prioritário na apreciação das questões envolvidas e no delinear de orientações para o seu progressivo desagramento. Além disso, a elucidação do sentido da responsabilidade contribui para a fundamentação do direito à saúde.

Em termos gerais, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, a responsabilidade moral é entendida quase exclusivamente como uma responsabilidade pessoal, isto é, o dever que cada um tem de cuidar de sua saúde. Frankena (4), pondera que esta pode assumir um duplo sentido: prospectivo e retrospectivo. No sentido prospectivo, a atribuição da responsabilidade pela saúde é individual e pode e deve influenciar o estilo de vida da pessoa, na justa medida em que condiciona o seu estado de saúde; no retrospectivo, o indivíduo pode vir a ser culpabilizado por seus problemas de saúde.

Esta é uma acepção restrita da responsabilidade moral, e cremos que também reducionista. Propomos uma conceituação mais ampla, em parte devedora da intensa reflexão sobre a noção de "responsabilidade" que se tem vindo a desenvolver, nomeadamente com Hans Jonas. Assim, a responsabilidade não mais se restringe apenas à esfera individual, mas ganha uma dimensão coletiva, estendendo-se à comunidade e ao próprio Estado; tampouco se esgota na ratificação da autoria da causa mas é "solicitude, reconhecida como dever", em face da ameaça da vulnerabilidade do outro - nas palavras daquele filósofo (5). O sentido da responsabilidade moral não é agora, apenas, o da imputabilidade do indivíduo pela ação realizada, mas o do dever da humanidade em relação a si própria.

Desta forma, convirá estabelecer três diferentes níveis de relações a que a responsabilidade moral assiste: nas relações do indivíduo, que deve responder por sua saúde no que ela depende de si, considerando as instituições que a financiam - responsabilidade pessoal; entre os indivíduos na sua existência comunitária, que devem reconhecer que a saúde não resulta de um processo puramente individual e é, hoje, um projeto social que exige o concurso de todos - responsabilidade social (cívica); nas relações do Estado com os indivíduos ou com a comunidade (que não corresponde meramente à inversa da primeira, numa relação recíproca), que deve assumir que este projeto social só poderá ser implementado por meio de um Sistema Nacional de Saúde, no cumprimento da missão dos governantes de proporcionar bem-estar aos cidadãos - responsabilidade política ou governativa.

Qualquer um destes níveis, e os seus respectivos sentidos de responsabilidade, nos confronta (diferentemente) com a noção adquirida do "direito à saúde": esta, equivocadamente entendida, poderá suprimir o valor da responsabilidade; apreendida na sua intencionalidade original, não se compadece com atitudes de passividade (não dispensando ninguém de agir), mas exige a implementação de ações conjuntas aos três níveis apontados. Detenhamo-nos, pois, brevemente, no direito à saúde, no genuíno sentido com que é pronunciado, nos equívocos por que se pode perder e nos requisitos de sua efetivação.

A afirmação do "direito à saúde" é ainda recente, decorrendo naturalmente da "Declaração Universal dos Direitos do Homem" e aí ganhando a configuração com que virá a ser proclamada no Ato de Constituição da Organização Mundial da Saúde, em julho de 1948.

A Declaração dos Direitos do Homem, no comumente apontado artigo 25, refere-se ao "(...) direito a um nível de vida suficiente para assegurar a saúde, o seu bem-estar e o da sua família", cujas condições indispensáveis de efetivação apontam "(...) a alimentação, o vestuário, a habitação, os cuidados médicos, assim como os serviços necessários". Isto é, a promoção e a manutenção da saúde apresentam-se indissociáveis de outros bens de ordem social, pelo que também a saúde vem a se integrar nesta categoria dos direitos sociais; simultaneamente, a saúde é definida numa nova aceção bastante ampla em que não mais se restringe à "eliminação da doença" mas equívale ao "bem-estar" \_ e não se confina a um plano individual, mas compreende uma dimensão social.

São precisamente estes dois aspectos, agora destacados, que a Organização Mundial da Saúde fixará na sua proclamação do "direito à saúde": "O poder de gozar do mais elevado nível de saúde possível é um dos direitos fundamentais de cada ser humano, sem distinção de raça, religião, convicções políticas, condições econômicas e sociais"; e, acrescenta, "a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não unicamente a ausência de doença ou enfermidade", pelo que exige "(...) a paz, a habitação, a educação, a alimentação, rendimento, um ecossistema estável, recursos sustentados, justiça social e equidade". Trata-se pois de um direito fundamentado no princípio da dignidade humana, isto é, no valor incondicional do homem enquanto fim em si mesmo \_ princípio esse que, no presente contexto, enuncia a obrigatoriedade de respeitar o primado do homem sobre os interesses econômico-financeiros em saúde.

Não é nosso objetivo, aqui, desenvolver uma análise do conceito de saúde. Importa-nos, tão somente, compreender a extensão e a significação de sua afirmação como "direito" para conhecermos o domínio de ação possível e as respectivas modalidades de intervenção. No que se refere à extensão, os documentos invocados não deixam dúvidas quanto ao seu caráter abrangente (6), referindo-se não apenas a um estado ideal de bem-estar mas também às condições de vida que o tornam possível (afinal, a "extrema pobreza" figura na Classificação Internacional de Doenças/CID, sendo atualmente um dos principais fatores de morbilidade). Entretanto, esta concepção holista contribui para compreendermos sua significação. Não se trata, obviamente, de um bem objetivo que possa ser atribuído a todos os indivíduos igualmente por uma qualquer decisão político-jurídica, mas de um bem subjetivo que deve ser realizado por todos, em proveito de cada um. O "direito à saúde" refere-se à legitimidade da reivindicação de cada indivíduo possuir condições mínimas de existência propícias à manutenção da saúde, e à obrigatoriedade de todos as promoverem.

A expressão "direito à saúde" mantém-se, todavia, ambígua, dado o âmbito alargado em que se inscreve e a formulação abstrata que o enuncia (7), permitindo que seja freqüentemente interpretada de uma forma restritiva e distorcida como direito individual que assistiria a cada um de exigir para si a mobilização incondicional dos meios humanos e técnicos necessários para a restauração de sua saúde. Esta errônea concepção do "direito à saúde" é reforçada, no atual contexto problemático, ao ser associada aos avassaladores progressos da biomedicina \_ os quais, muitas vezes, por seu surpreendente ineditismo, constituem verdadeiros milagres contemporâneos. Alimentam, assim, a criação de uma realidade utópica em que todas as necessidades de saúde viriam a ser satisfeitas, resultando no prolongamento indefinido da vida (8).

E se o progresso técnico-científico parece oferecer possibilidades ilimitadas, simultaneamente também o acesso de todos a tudo parece estar franqueado, sobretudo nos países industrializados onde a Segurança Social começou a ser implementada desde o princípio do século e decisivamente a partir do fim da Segunda Guerra Mundial. Com efeito, os vários regimes de segurança social nacional desenvolveram-se segundo uma dupla tendência: a da universalização, ao procurarem abranger toda a população, e a da gratuidade, ao procurarem garantir a acessibilidade geral dos cuidados de saúde (9) \_ num idêntico processo que não antevia recuos (e que hoje é decisivamente travado pela alteração da conjuntura econômica e demográfica (10)). Este é um terceiro aspecto que se acrescenta aos dois anteriores, contribuindo para que a ficção assuma um caráter credível.

É neste cenário de profunda equívocidade relativamente às possibilidades da biomedicina e de perversão do sentido do direito à saúde, característico das sociedades mais industrializadas, que Henk tem Have (11), num comentário que tece ao trabalho desenvolvido pela Comissão para Escolhas na Saúde, do governo holandês (12), destaca a originalidade deste na interpretação do problema da alocação de recursos. Afirma-se, então, que para além das habituais questões de ordem econômica ou organizacional que o problema envolve, se deveria considerar talvez prioritariamente uma outra, até agora negligenciada, e que é referida como sendo de natureza sociocultural.

Henk tem Have denunciará que: "Médico e paciente são, ambos, participantes de um processo cultural e atores com uma mentalidade pós-moderna fundamental, sobrevalorizando as contribuições da ciência médica e da tecnologia na prossecução da felicidade e do bem-estar humanos, e acreditando na promessa da medicina para eliminar o sofrimento humano e a mortalidade". O problema com que nos debatemos, porém, não poderá ser pensado em termos de indivíduos que reivindicam sempre mais e melhores cuidados de saúde e/ou de instituições incapazes de os proporcionarem. Trata-se, antes, de operar uma revolução de mentalidades consentânea com a realidade do nosso tempo. Tal deverá ser conseguido através de uma ampla e objetiva informação prestada à sociedade em geral sobre as dificuldades efetivas que o propósito de cumprir o direito universal à saúde enfrenta, seguida de uma discussão alargada em que cada um virá inevitavelmente a reconhecer a necessidade de estabelecer prioridades, de proceder a escolhas.

É o que a experiência de Oregon nos ensina, estado norte-americano em que a lista dos cuidados médicos a serem cobertos (pelo *welfare*) resultou de um amplo debate extensivo a toda a comunidade e em que se articularam diversos critérios (prioridade, relação custo/benefício, conjunto diversificado de critérios considerados razoáveis). É o que a Comissão Holandesa conclui ao exortar uma significativa alteração de terminologia na abordagem do problema da alocação de recursos, cujo objetivo não é o de estabelecer "limites" (*setting limits*), mas antes o de fazer "escolhas" (*making choices*).

A ação preconizada liberta-se de uma conotação negativa e assume uma outra, positiva. Além disso, importa sublinhar, a existência de limites é constitutiva da finitude de nossa própria natureza e inerente a toda a produção humana (como é o serviço de assistência à saúde), pelo que não podem ser eliminados. Face ao caráter inelutável dos limites, a única atitude afirmativa é a de proceder a escolhas, as quais se tornam, aliás, imperiosas (13). O dever de escolher contribui para a efetivação do "direito à saúde", fundamentando-se no princípio da participação, que se destaca neste contexto como a obrigatoriedade que todos têm de concorrer para o seu bem-estar e promover o bem comum.

Estas escolhas são não só inevitáveis \_ conclui ainda a Comissão Holandesa \_ mas também desejáveis. Inevitáveis porque será ainda necessário estabelecer prioridades, fazer escolhas, mesmo considerando os procedimentos-base de todas as presentes reavaliações ou reformas dos sistemas de saúde, a saber: um reforço das verbas destinadas à saúde, apenas possível através do aumento dos impostos ou por determinação governamental, nem sempre muito significativa; e um incremento da produtividade dos serviços existentes, por meio da rentabilização dos meios físicos e técnicos e da maior eficácia dos meios humanos, sempre insuficientes. Desejáveis \_ diríamos nós \_ porque ativam o princípio da responsabilidade moral em todos os níveis.

Em síntese, diremos que a exigência da intensificação da responsabilidade moral, como contributo para a alocação dos recursos em saúde, fundamenta-se em dois princípios éticos \_ o da "dignidade humana" e o da "participação" \_ e se reporta a três aspectos principais (que respondem diretamente ao caráter triplo da responsabilidade moral): à adoção de comportamentos que promovam a saúde; à conscientização da finitude do homem e dos limites inerentes a toda a expressão humana; à realização de escolhas ponderadas. O princípio da dignidade humana, na exigência de igual respeito por todos os homens, e o princípio da participação, na exigência do esforço de cada um em prol da comunidade, justificam a ampla aceção do direito à saúde e obrigam à responsabilidade.

A adoção de comportamentos que promovam a saúde obriga à revisão dos estilos de vida no assumir da responsabilização pessoal pelo seu bem-estar; a consciencialização da finitude do homem e dos limites inerentes a toda a expressão humana obriga a uma educação para a saúde, no cumprimento de uma responsabilidade cívica; a realização de escolhas ponderadas obriga a debates alargados sobre a saúde, na observância da responsabilidade democrática em prol do bem-estar das populações. Estes três aspectos, no seu conjunto, testemunham um elevado nível de responsabilidade moral, constituindo a primeira etapa para o desagrevamento do problema da alocação de recursos no âmbito da justiça social.

## 2. A alocação dos recursos em saúde sob a perspectiva de promoção da justiça social

É, sobretudo, a imposição ética de proceder a escolhas \_ agora reconhecidas como necessárias \_ que nos conduz forçosamente à questão da alocação dos recursos em saúde sob a perspectiva de promoção da justiça social, isto é, de realização do bem comum através da responsabilidade específica de cada um dos intervenientes, e domínio próprio do cumprimento do "direito à saúde". Com efeito, no âmbito da saúde as escolhas só se justificam eticamente se procedentes do imperativo da justiça.

Sem nos determos num dos mais complexos conceitos filosóficos, dada a pluralidade dos seus sentidos e a diversidade dos domínios de sua aplicação, diremos apenas que a justiça foi predominantemente considerada, ao longo dos séculos e sobretudo até à Modernidade, como uma "virtude cardeal": uma das quatro virtudes principais que constituem a perfeição moral do homem, sendo condição para a aquisição de outras virtudes, e que consiste especificamente na regulação das relações humanas segundo uma ordem (divina ou humana) ou em conformidade com um direito (natural e positivo).

Da Modernidade à Contemporaneidade, o sentido da justiça como reguladora das relações humanas persiste, se bem que o contexto seja agora definitivamente o da integração do indivíduo na sociedade, a preocupação se centre na distribuição dos bens e o alcance se assuma mais vincadamente político. Atualmente, a justiça é tendencialmente entendida sob a perspectiva anglo-americana, conservando um sentido utilitarista na esteira de Hume e podendo desenvolver-se num sentido liberal, mas sempre fortemente pautada pela reflexão de Rawls (14) que, numa aceção bastante ampla, procura reunir num único conceito a sua dimensão política e moral (15). Esse conceito de justiça traduz-lo \_ como é do conhecimento geral \_ pelo termo "equidade" (*fairness*) ou distribuição igualitária, proporcional dos bens (sob uma concepção deontológica), e muitas das subseqüentes reflexões tomam esta aceção como referência quer para a corroborarem e desenvolverem, quer para a criticarem e delinarem alternativas (16).

A equidade é hoje uma noção basilar no âmbito problemático da alocação de recursos em saúde \_ assim destacada também pela OMS (17) \_ reconhecida como princípio, enquanto idéia reguladora da ação humana e do procedimento das instituições sociais e políticas. Em termos gerais, a equidade refere-se desde sempre a uma aplicação esclarecida, singular e flexível da justiça expressa pela lei universal e rígida que, cumprida indiferenciada e implacavelmente nas diversas situações concretas, pode ser pervertida num fator de injustiça. No domínio específico a que nos dedicamos, o princípio da equidade reporta-se ainda a uma aplicação casuística da justiça que, ratificando a igual dignidade de todos os homens, estabelece uma igual acessibilidade aos cuidados de saúde através de sua redistribuição diferenciada: isto é, atribuindo mais a quem tem menos e vice-versa (vertical); e atribuindo o mesmo aos que se encontram em iguais condições (horizontal), numa ação antidiscriminatória, reguladora das desigualdades (18). Este é um procedimento de grande impacto em todas as sociedades, com particular relevância nos países menos desenvolvidos em que o problema da acessibilidade se coloca com maior acuidade.

Assim sendo, o princípio da equidade apela ao princípio da solidariedade como sua condição de efetivação: a igualdade de direito entre todos os homens só pode ser restabelecida de fato se também todos os homens redistribuírem os bens entre si. O princípio da solidariedade destaca uma realidade social que se refere à interdependência de todos os homens, de forma que cada um de nós é sempre devedor do outro em cada uma das suas realizações; reconhecido este fato no domínio específico da saúde (o que afinal corresponde à anteriormente apontada dimensão social da saúde e sua conseqüente afirmação como "direito social"), a solidariedade exige a partilha dos custos financeiros com a saúde de todos, proporcional ao rendimento de cada um.

Sob esta segunda perspectiva de análise \_ a da justiça social \_, destacamos os dois princípios éticos comumente evocados neste âmbito problemático \_ o da "equidade" e o da "solidariedade" \_ que, no seu conjunto, constituem os verdadeiros garantes da justiça social e da efetivação do enunciado "direito à saúde", no atual contexto de hierarquização de prioridades. Aliás, a consideração articulada dos quatro princípios éticos destacados (19) estabelece o fundamento e também a finalidade das escolhas, num quadro conceitual amplamente consensual. Porém \_ devemos acrescentar \_ permanecemos ao nível de uma metaética ou, neste caso, de uma macroalocação, a partir do que importa fazer derivar diretrizes para procedermos às escolhas, formular critérios para distribuição dos recursos em saúde \_ já em um patamar de uma mesoalocação (o nível intermédio da alocação).

Os critérios apresentados têm sido vários, com particular incidência no económico, médico e da idade, a que não raramente se têm vindo a acrescentar outros com maior poder discriminatório tendo em vista facilitar o processo de escolha. Referimo-nos ao estilo de vida e às características individuais, entre as quais a idade é um fator considerado importante, ou à previsível produtividade, a circunstância de vida e ao seu valor social, ao mérito, etc. Sob qualquer um destes critérios formulados sem preocupação de fundamentação ética, as implicações de ordem ética são, não obstante, inevitáveis, uma vez que a respectiva implementação dos diferentes critérios determina a realização de diferentes bens.

Atualmente, em particular no mundo ocidental e na observância dos princípios enunciados, os critérios que reúnem um consenso mais alargado são o da necessidade e o da igualdade. Acrescentaríamos ainda que o critério da igualdade recebe melhor acolhimento nos Estados Unidos, país em que a população, nunca tendo disposto de Serviço Nacional de Saúde com cobertura universal (entre outros fatores), aceita facilmente a necessidade de escolher \_ processo ainda em curso na Europa onde o critério da necessidade ganha (também por isso) maior ênfase.

O critério da necessidade reporta-se, regra geral, à pessoa em causa (o doente) ou ao objetivo procurado (a saúde): no primeiro caso, dependeria das exigências de cada um, desenvolvendo uma perspectiva individualista em que o princípio da autonomia se tornaria superior em relação ao da justiça (como noencialismo anglo-americano); no segundo, depende do estado de saúde de cada um, a partir de uma determinada definição de saúde, sujeita à apreciação médica. Apenas esta última perspectiva respeita e promove os princípios enunciados, concorrendo para o bem-estar de cada um através da satisfação das respectivas necessidades médicas (cuja enunciação fica, entretanto, dependente do conceito de saúde adotado). Também a igualdade se pode referir a diferentes aspectos, principalmente à igualdade de cuidados de saúde para todos e à igualdade de acesso aos cuidados de saúde: no primeiro caso, a aparente fácil aplicação de uma igual distribuição de recursos viria a conduzir a uma acentuação das desigualdades entre a população com diferentes necessidades desigualmente satisfeitas (à margem da concepção da justiça como equidade); no segundo, a igualdade no acesso conduz ao alcance de um mesmo nível de saúde para toda a população, tendendo a coincidir com o sentido da equidade. Importa, todavia, acrescentar que esta preconizada igualdade no acesso se refere apenas aos cuidados primários, aqueles que são considerados determinantes para preservar ou restaurar a saúde \_ os quais a já citada Comissão Holandesa para Escolhas na Saúde prefere eleger como necessários, no sentido de garantir a universalidade do direito à saúde.

Aliás, o modelo holandês (em muito devedor da experiência de Oregon) é, no plano europeu e no âmbito conceitual traçado, um dos mais bem estruturados, que, sob uma perspectiva comunitarista de proporcionar a cada membro da sociedade um nível de saúde compatível com a sua plena participação na vida comunitária (o que corresponde a uma ampla definição de saúde), privilegia quatro critérios para estabelecer os procedimentos médicos que integram os cuidados primários e que, como tal, devem ser universalmente acessíveis. São eles: a necessidade, a eficácia, a eficiência (segundo uma análise de custo-eficácia e custo-utilidade) e a responsabilidade individual. Considerando cada uma das combinações método de diagnóstico/tratamento e sujeitando-as sucessivamente ao crivo de cada um dos critérios, apenas os que passaram por todas as peneiras farão parte dos cuidados básicos. O resultado final reflete, em parte, as preferências dos membros da sociedade, mas sobretudo a orientação governativa subordinada aos princípios explicitados.

Com efeito, a partir de uma diferente ênfase colocada sobre cada um dos princípios enunciados e de um diferente privilégio atribuído a cada um dos critérios mencionados, vão-se estabelecendo diferentes modelos teóricos de alocação de recursos, ou de justiça distributiva, que cumprirão, mais ou menos efetivamente, o "direito à saúde". Para tal, contribuirão, por um lado, as realidades social, cultural e política do país em questão, bem como o sistema de funcionamento dos seus serviços de saúde; por outro, o modelo teórico a ser adotado nos seus princípios orientadores e critérios decisores; e por fim, a adequação de ambos na satisfação dos anseios dominantes da sociedade.

No plano norte-americano, em que a teorização ética aplicada à biomedicina se encontra mais sistematizada, destacamos a reflexão de Daniels apresentada em *Just Health Care* (20), que também se integra no quadro conceitual que propusemos, agora respectivo a partir do privilégio atribuído à "igualdade de oportunidades" (na tradição do liberalismo saxónico e em conformidade com a Constituição norte-americana). A matriz que o autor apresenta

para "avaliar as reformas" dos sistemas de saúde (existentes ou a introduzir) revela um alcance bem mais amplo do que os restantes modelos teóricos existentes, uma vez que \_ como afirma Daniel e nós confirmamos \_ não constitui apenas uma proposta de reforma, mas um "instrumento" para a avaliação do nível de justiça de cada sistema. Contemplando um amplo leque de valores largamente partilhados pelas sociedades industrializadas, proporciona significativos consensos mesmo entre aqueles que não subscrevem a "igualdade de oportunidades" como linha de força da estruturação da justiça.

A matriz apresenta dez níveis correspondentes a diferentes dimensões da justiça dos sistemas de saúde, contemplados, sucessivamente, o acesso universal, a partilha dos custos, os limites da obrigação da sociedade em proteger a igualdade de oportunidades através dos serviços de saúde e as escolhas disponíveis a cada um \_ no seu conjunto, aspectos mínimos a tomar em consideração em qualquer reforma da saúde, e cada um representando um tipo geral de reforma. O grau de justiça alcançado em cada um destes níveis é avaliado através de uma grande diversidade de critérios que especificam o sentido da justiça nos diferentes níveis.

Em síntese, diremos que a exigência de promoção da justiça social, como domínio próprio da efetivação do "direito à saúde", obriga à consideração de dois princípios éticos \_ o da "equidade" e o da "solidariedade" \_ e se vai realizando pela aplicação de um conjunto de diversos critérios aos casos concretos, com particular realce para o da necessidade médica, como fator de racionalização, e o da igualdade de oportunidades, como fator de acessibilidade universal.

Esta constitui hoje uma perspectiva amplamente consensual, aplicável a países com acentuados desníveis de desenvolvimento tecnológico, requerendo para tal apenas pequenos reajustamentos no que se refere à conjugação dos diferentes critérios orientadores. Isto não significa, obviamente, que todos os problemas, sobretudo os que se declaram ao nível da microalocação, venham a ser resolvidos satisfatoriamente. De fato, só a aplicação adaptada dos modelos teóricos a uma determinada comunidade ou país poderá testar o seu sucesso, mediante o cumprimento efetivo do "direito à saúde" \_ quedando-se o eticista pela apresentação de um quadro conceitual de reflexão e da prática ética.

### **Abstract** - Allocation of Resources in Health Care: Ethical Considerations

The issues of the "allocation of resources in health care" is one of the most recent, as well as one of the most urgent, issues to emerge in the area of bioethics. We feel that the matter should be analyzed in terms of social justice and moral accountability, departing from the principle of the need to corroborate the right to health care and to attempt to either elucidate the nature of its foundations or specify the requisites for its effective implementation. The need to heighten moral responsibility, as a way to contribute to the allocation of resources in health care, is based on two main ethical principles: that of "human dignity" and that of "participation". The need to promote social justice, as a domain pertinent to the effective implementation of the "right to health care", compels us to consider two ethical principles: that of "equity" and that of "solidarity". Considerations centered around the four ethical principles establish the basis, as well as purpose, for choices made, in a conceptual outline that is amply consensual.

## Referências bibliográficas

1. Paulo Fortes, em *A ética do controle social na saúde e os Conselhos de Saúde*. *Bioética* 1997;5:71-6
2. Garrafa V, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética* 1997;5:27-33.
3. Didier C. Éthique, politique de santé et économie. In: Folscheid D, Feuillet-Le Mintier B, Mattei JF. *Philosophie, éthique et droit de la médecine*. Paris: P.U.F., 1997: 349-58.
4. Frankena W. *Ethics*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall, 1973.
5. Jonas H. *Das prinzip verantwortung: versuch einer ethik für die technologische zivilisation*. Francfort-sur-le-Main: Suhrkamp, 1979. Ed. Utilizada: *Le principe responsabilité: essai d'une éthique pour la civilisation technologique*. Tradução de Franc. de Jean Greisch. Paris: Cerf, 1995: 301.
6. World Health Organization. *Health in social development*. Genève: World Health Organization, 1995. WHO Position Paper.
7. Refira-se, a título de exemplo, o "Pacto Internacional dos Direitos Sociais, Econômicos e Culturais", a "Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres" ou a "Convenção sobre os Direitos da Criança".
8. E são muitos os progressos biomédicos propagandeados como correspondendo a essas expectativas: desde a já comum prática da transplantação até os mais recentes ensaios de terapia gênica e a, ainda, química clonagem humana. Sob a perspectiva de instrumentos de satisfação de aspirações pessoais, resultarão apenas como motivação para comportamentos egocêntricos, abusivos ou mesmo atentatórios da dignidade humana, como se observa a partir das condições em que se desenvolve o mercado ilegal de órgãos (com práticas de exploração da miséria, raptos e mortes), no recurso desesperado a alternativas extremas, na incentivação do desenvolvimento de linhas de investigação com muitos duvidosos benefícios para a humanidade.
9. "Recomendações para uma reforma estrutural", produzido pelo Conselho de Reflexão sobre a Saúde (Portugal), em 1998.
10. Boitte P. *Pour une éthique de la santé publique dans une société vieillissante*.s.l.: Éd. Fides, 1997: 11-15.
11. Henk ten Have. *Allocation of scarce resources*. European Bioethics Seminar: The Netherlands: Nijmegen, 1995.
12. Government Committee on Choices in Health Care. *Choices in health care: a report*. The Netherlands, 1992.
13. Conselho de Reflexão sobre a Saúde (Portugal). *Recomendações para uma reforma estrutural*. 1998.
14. Rawls J. *Uma teoria da justiça*. Lisboa: Editorial Presença, 1993.
15. A dimensão ética e política já se encontravam reunidas no conceito de "justiça" desde a antiguidade clássica, se bem que numa perspectiva teleológica que Rawls não subscreve.
16. Boitte P. *Éthique, justice et santé: allocation des ressources em soins dans uma population vieillissante*. Montreal: Cataluses Artel-Fides, 1995: 98-184.
17. World Health Organization. *Equity in health care: a WHO/SIDA initiative*. Genève: WHO, 1996.
18. A equidade vertical refere-se a um tratamento desigual aos desiguais e a horizontal refere-se a um tratamento igual aos que são iguais.
19. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (Portugal). *Parecer nº 14/CNECV/95. Questões éticas na distribuição e utilização dos recursos para a saúde*. Documentação, III (1995-1996). Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, 1996: 51-93.
20. Daniels N. *Just health care*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

Endereço para correspondência:

*Departamento de Filosofia*  
*Universidade dos Açores*  
*9501-801 Ponta Delgada*  
*Portugal*  
[patrao@alf.uac.pt](mailto:patrao@alf.uac.pt)