

Bioética e saúde global: cuidados primários como instrumento de justiça social

Ana Catarina Peixoto Rego Meireles¹, Clara Costa Oliveira²

Resumo

Este artigo reflete acerca das desigualdades em saúde em escala global. Para tanto, descreve o percurso da bioética desde seu surgimento até constituir-se como campo do saber, apresenta os múltiplos desafios encontrados e enfoca as iniquidades em saúde como exemplo flagrante de injustiça social no domínio da saúde global. É considerado como base de reflexão o modelo utilitarista, que visa o máximo bem para o maior número (a população em escala global), pois é o que mais se aproxima dos objetivos da Organização Mundial da Saúde (OMS). À luz do utilitarismo é também discutida a estratégia da *Declaração de Alma-Ata* para a implementação universal de cuidados primários de saúde, considerada resposta bioética válida que poderá contribuir para minimizar a injustiça social global. Conclui considerando ser urgente a reflexão bioética sobre esta ameaça à dignidade humana, tornando necessárias rápidas intervenções para travar o crescente abismo entre os povos com diferentes níveis de desenvolvimento.

Palavras-chave: Bioética. Saúde mundial. Justiça social. Cuidados primários.

Resumen

Bioética y salud mundial: la atención primaria como un instrumento de justicia social

Este artículo discute las desigualdades en salud en escala mundial. Para ello, describe el recorrido de la bioética desde su surgimiento hasta constituirse como campo de la sabiduría, presenta los múltiples desafíos encontrados y muestra énfasis en las inequidades en salud como ejemplo flagrante de injusticia social en el dominio de la salud mundial. Es considerado como base de la reflexión el modelo utilitarista, que objetiva el mayor bien al mayor número (la población en escala mundial), pues es lo que más se acerca a los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, a la luz del utilitarismo se discute la estrategia de la *Declaración de Alma-Ata* para la implementación universal de cuidados primarios de salud, considerada una respuesta bioética válida que podrá contribuir para minimizar la injusticia social mundial. Concluye considerando ser urgente la reflexión bioética sobre esta amenaza a la dignidad humana haciendo necesarias rápidas intervenciones para frenar el creciente hueco entre los pueblos con distintos niveles de desarrollo.

Palabras-clave: Bioética. Salud mundial. Justicia social. Atención primaria de salud.

Abstract

Bioethics and global health: basic health care as an instrument of social justice

This article provides reflection on health inequities in global scale. Therefore, it describes bioethics path from outbreak to become a field of knowledge, presenting the multiple challenges met, and it focus in health inequities as flagrant example of social injustice within global health realm. Utilitarianism model is considered as reflection basis that aims highest wellbeing for the largest number (global population) as it is the closest to World Health Organization (WHO) objectives. Moreover, it discusses the *Declaration of Alma-Ata* strategy, under utilitarianism, to implement universal basic health care, which is considered as valid response that will contribute to minimize global social injustice. It concludes by considering as urgent the bioethical reflection on this threat to human dignity and taking quick needed intervention in order to halt the growing gap between nations with different development levels.

Key words: Bioethics. World health. Social justice. Primary health care.

1. **Graduada** a.catarina.meireles@gmail.com – Chaves, Alto Tâmega e Barroso, Portugal 2. **Graduada** claracol@ie.uminho.pt – Universidade do Minho, Portugal.

Correspondência

Ana Catarina Peixoto Rego Meireles - Rua Bairro do Sol, nº 183, Vila de Pico de Regalados; 4730-390. Vila Verde/Braga, Portugal.

Declararam não haver conflito de interesse.

Surgimento e desenvolvimento da bioética

A bioética – disciplina resultante da aplicação da ética às ciências da vida – surgiu na segunda metade do século XX¹. O período desde então decorrido, no entender de Patrão Neves citada por Garrafa, pode ser subdividido em quatro etapas sequenciais: a) *fundação e fundamentação*; b) *expansão e difusão*; c) *consolidação e revisão crítica*; d) *ampliação conceitual*².

A etapa de *fundação e fundamentação* compreende o nascimento da bioética e o estabelecimento das suas primeiras bases conceituais^{1,2}. Em 1970, Potter (investigador estadunidense da área oncológica) apresentou a bioética como a *ciência da sobrevivência*, tese reiterada em 1971 em sua obra *Bioethics: bridge to the future*^{1,3}. O termo criado por Potter integrava toda a essência do que queria expressar, no problema e na solução: *bios* (vida) e *ethos* (ética)^{1,3}.

Com efeito, Potter pretendia alertar para o cenário que emergiu no século XX, no qual o conhecimento adquirido pelo ser humano se traduziu em tecnologia, conforto e domínio sobre a natureza, mas que também se estaria a voltar contra si mesmo, prejudicando-o no presente, bem como nas gerações futuras, e trazendo ameaça real de extinção em massa para todas as formas de vida^{1,3}. Assim, o neologismo bioética lança mão a uma utopia de superação feliz para a humanidade e o planeta, onde a *ponte* para esse futuro ideal seria a integração do conhecimento das ciências da vida (biologia celular e molecular, genética, bioquímica, fisiologia, ecologia, entre outras) com as ciências humanas, veiculadoras de pensamento, valores éticos e espiritualidade^{3,4}.

A etapa de *expansão e difusão* da bioética corresponde à década de 80, período em este campo do saber irrompeu da América do Norte e se propagou para outros países. Todavia, a bioética que Potter concebeu e propôs não foi exatamente aquela que se desenvolveu nos Estados Unidos (EUA) e veio a ser difundida pelos cinco continentes. Com efeito, a proposta de Potter não teve grande repercussão na intelectualidade estadunidense, tendo sido prejudicada pelo fato de o vocábulo bioética

ter sido proposto na área médica como sinônimo de *ética médica* ou *ética de cuidados de saúde*³, o que reduziu o seu âmbito de ação e a reorientou num sentido diferente do projetado pelo pai desta ética aplicada. Também foram determinantes para essa *orientação* da bioética as heranças e circunstâncias científicas, políticas e sociais da primeira metade do século XX, designadamente, a experimentação em seres humanos com vistas ao desenvolvimento da investigação biomédica. Foi feita a denúncia do recurso a grupos de pessoas desprotegidas, institucionalizadas ou consideradas inferiores (órfãos, prisioneiros, idosos, judeus e outras minorias étnicas) em projetos de investigação estadunidenses, alemães, japoneses e outros, em prol da prossecução dos objetivos científicos e militares dos seus governos. Dessa denúncia resultaram acórdãos internacionais, com especial destaque para o *Relatório Belmont*, de 1978⁵⁻⁷.

Deste contexto resultou a estruturação teórica que determinaria, até hoje, o curso da história da bioética. Para o atingimento deste nível foi sobremaneira relevante o contributo dos estadunidenses Beauchamp e Childress (da Escola de Chicago), ao conceberem o *modelo principialista* apresentado no livro *Principles of biomedical ethics*, de 1979. Este modelo tem por base ética quatro princípios fundamentais: *a autonomia*, *a beneficência*, *a não maleficência* e *a justiça*, sendo-lhe especialmente reconhecida a aplicabilidade nos domínios da clínica e da investigação^{1,2,8}.

À década de 90 atribui-se a etapa de *consolidação e revisão crítica*, altura em que a bioética consolidou sua presença e pertinência enquanto ética aplicada ao domínio das ciências da vida. Porém, e não obstante esse sucesso internacional, emergiam as primeiras críticas ao *modelo principialista*, prevalente e até então presumido como universal: 1) maximização do indivíduo e de sua *autonomia*, que conduziu a uma verdadeira indústria de *termos de consentimento informado*, incorporada de forma linear e acrítica às investigações com seres humanos e aos tratamentos hospitalares sem apurar se todas as pessoas eram verdadeiramente capazes (se tinham literacia) e autônomas para decidir; 2) incapacidade na prossecução prática dos objetivos históricos de proteção dos mais vulneráveis,

revelando-se insuficiente na advocacia e intervenção nas profundas disparidades socioeconômicas e iniquidades em saúde pública; 3) graves insuficiências ao nível da flexibilidade e adequação nos vários contextos culturais do mundo, o que comprometia a utilidade e validação dos princípios universais em sociedades com sistemas de crenças e valores tão díspares – entre outras limitações^{1,2,5}.

A etapa de *ampliação conceitual* acontece na transição de século e de milênio. Esta nova etapa da vida da bioética trouxe uma mudança de perspectiva, de que é assinalável exemplo a homologação da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, promulgada no âmbito da Unesco, em Paris, em 2005^{2,9}. Este documento político (reunindo 191 países signatários, parte expressiva da comunidade internacional) é composto por 28 artigos que, além dos tradicionais temas biomédicos e biotecnológicos, incorporam novos temas sociais, de saúde e de ambiente, bem como conceitos e referenciais éticos de dignidade humana, responsabilidade individual e coletiva, vulnerabilidade, integridade, privacidade, confidencialidade, igualdade, equidade, não discriminação e não estigmatização, solidariedade, tolerância (entre outros)^{1,10}, alguns dos quais com tradição nas declarações da Organização das Nações Unidas (ONU), desde a sua fundação. Com isto, reafirma-se, na linha ideológica de todos os documentos produzidos no âmbito da ONU, a ligação da bioética à *coisa pública*, na definição das suas prioridades de reflexão e intervenção, e no enaltecimento de assuntos de escala planetária².

A bioética chegou ao novo milênio com um caráter declaradamente *global*. Não obstante as variações de aceção atribuídas ao termo e atributo “global” à bioética, realça-se que de fato a bioética: 1) abarca todas as dimensões da vida, desde a escala individual à coletiva em termos planetários; 2) mais do que multi ou interdisciplinar, é uma área de saber transdisciplinar, que supera as fronteiras que delimitam as disciplinas envolvidas no estudo do objeto em causa, num diálogo estreito que conduz a novos conhecimentos, ao enriquecimento recíproco de todos os agentes, em que o todo é maior que as partes; 3) está difundida por todo o planeta e internacionalizada enquanto instituição, com seus

atores a trabalhar em rede global, no confronto permanente da universalidade de princípios *versus* relativismo ético^{1,2,11}.

Em certo sentido, a *era da globalização* contribuiu para a *globalização da bioética global*, cuja estruturação epistemológica, elaboração de ferramentas de trabalho (bases conceituais, princípios e modelos teórico-práticos), definição de categorias e objetos de estudos (em resposta aos dilemas bioéticos emergentes), recrutamento de recursos e agentes, estão a ser permanente questionados e desafiados na sua (re)construção, adequação e expansão².

Um dos maiores desafios é, sem dúvida, reunir *capacidade* que permita abranger toda a complexa realidade que implica a globalização¹², numa totalidade concreta que registra vários ritmos, interações, dependências, consequências. Como é do senso comum, alguns dos problemas bioéticos verificados nos países desenvolvidos são distintos dos enfrentados nos países em vias de desenvolvimento e, como tal, exigem soluções diversas, específicas de cada situação. Classicamente, consideram-se dois grandes grupos de situações, diferenciados segundo o tipo de questões e temáticas trazidas para reflexão bioética: 1) *situações emergentes* – características dos países industrializados e que são majoritariamente questões relacionadas com as novas tecnologias reprodutivas, a genômica, os transplantes de órgãos e tecidos, entre outras; 2) *situações prevalentes* – associadas aos países menos desenvolvidos e que destacam a exclusão social, a pobreza, a violência, a dificuldade no acesso a cuidados de saúde, entre outros². Essas distinções não são lineares e podem coexistir desafios de ambas as situações num mesmo país. Em paralelo, o processo de globalização econômica, longe de reduzir, aprofundou ainda mais as desigualdades verificadas entre as nações “ricas” e as nações “pobres”^{1,2,5,12-14}.

Bioética global e iniquidades em saúde

Dentre todos os desafios com que se depara a bioética global, assinalam-se como relevantes as iniquidades no acesso à saúde (entre países e dentro dos próprios países). Estas disparidades sempre existiram. Todavia, e apesar dos esforços empre-

endidos em nível nacional e internacional, essas diferenças continuam patentes e, em certas áreas da saúde, se mostram até mais pronunciadas^{2,15}. Neste artigo, serão particularmente realçadas as disparidades sanitárias entre os grandes grupos de países pertencentes a diferentes concepções de desenvolvimento econômico.

Segundo informação constante na publicação *World health statistics 2009* da Organização Mundial da Saúde (OMS), e sem descurar os sinais encorajadores, especialmente ao nível da saúde da criança ou a ausência de perdas verificadas em relação à aids, tuberculose e malária, há áreas onde teria havido pouco ou nenhum ganho em saúde, como na saúde materna e saúde neonatal. Paralelamente, mesmo nos domínios com melhores resultados em termos de tendência, a magnitude real continuaria avassaladora e a necessitar de forte investimento¹⁵. Para a documentar importa apresentar alguns indicadores de saúde oficialmente adotados pela OMS, no relatório em questão, em alguns dos domínios da saúde pública.

Em termos de *saúde infantil*, verifica-se que a proporção de crianças menores de cinco anos que sofriam de desnutrição diminuiu de 27% (em 1990) para 20% (em 2005). No entanto, o progresso teria sido irregular, estimando-se a existência de 112 milhões de crianças com peso abaixo do recomendado para a idade. A desnutrição é apontada como causa básica de morte em mais de um terço dos óbitos infantis. A redução da mortalidade infantil global também dependeria, e cada vez mais, do combate à mortalidade neonatal – cerca de 37% das mortes nos menores de cinco anos ocorre no primeiro mês de vida, sendo que a maioria na primeira semana. Este cenário epidemiológico mostrava-se mais grave nos países menos desenvolvidos, onde coabitam conflitos civis e/ou militares, dificuldades econômicas e elevada prevalência de doenças infecciosas como o HIV/aids¹⁵.

Relativamente à *saúde materna*, é de referir que – até a data de publicação do relatório – cerca de 536.000 mulheres morreram anualmente (entre 1990 e 2005) de complicações durante a gravidez ou no parto, das quais 99% cidadãs de países em vias de desenvolvimento. A maioria das mortes maternas ocorreu na região africana, onde a taxa de

mortalidade materna foi de 900 por 100.000 nascidos vivos, sem nenhuma melhora mensurável entre 1990 e 2005¹⁵.

No domínio das *doenças infectocontagiosas*, salientam-se não só as pandemias como as doenças minoritárias negligenciadas. Cerca de 2,7 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV em 2007, elevando o número total de infectados para cerca de 33 milhões de pessoas. O uso da terapia antirretroviral aumentou, mas, apesar disso, dos cerca de 9,7 milhões de pessoas nos países em vias de desenvolvimento que necessitariam de tratamento, apenas 3 milhões receberam a medicação. No final de 2007 apenas 33% das mulheres infectadas pelo HIV receberam medicamentos antirretrovirais para reduzir o risco de transmissão de mãe para filho. No que diz respeito às doenças tropicais negligenciadas, estimava-se que cerca de um bilhão de pessoas estariam afetadas por essas infecções crônicas incapacitantes que prosperam particularmente em condições de vida precárias e onde os sistemas de saúde são deficientes¹⁵.

No que diz respeito à *acessibilidade a recursos medicamentosos*, e apesar de quase todos os países em vias de desenvolvimento receberem fornecimento exterior de medicamentos ditos essenciais (nomeadamente de organizações não governamentais [ONG], da própria OMS, e também de instituições privadas, como a Fundação Gates), a disponibilidade seria muitas vezes deficitária, sobretudo nas zonas mais afastadas dos centros políticos desses países. Isso foi verificado, *in loco*, por uma das autoras, por ocasião de três meses de voluntariado numa ONG (como médica de saúde pública) no interior da República de Guiné-Bissau. Inquéritos realizados em cerca de 30 países desse grupo desfavorecido indicaram que a disponibilidade de medicamentos essenciais nas unidades de saúde daqueles países era de apenas 35% no setor público e 63% no setor privado¹⁵.

Por fim, sem ser de menor importância, cabe referir determinantes de *higiene e salubridade do meio ambiente* como a água potável e o saneamento básico, importantes fatores de risco para mortalidade e morbidade. Globalmente, a proporção da população com acesso a água potável aumentou de 76% para 86% entre 1990 e 2006.

No entanto, em 2006, 54 países declararam que menos da metade de sua população usufruía de saneamento básico^{15,16}.

Perante este cenário apresentado pela OMS, é possível constatar as profundas iniquidades de saúde entre os povos. Em face deste *grito da realidade*, como responder eticamente? Como se enquadra este desafio de saúde pública global na reflexão e ação bioéticas? Para elaborar propostas de ação ante este e outros desafios, a bioética recorre a vários autores ou filosofias morais (ética das virtudes, ética do dever, utilitarismo, relativismo, ética discursiva, entre outras) dos quais emergiram princípios bioéticos. Os mais relevantes são: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, devendo-se considerar também a vulnerabilidade, dignidade, integridade, solicitude, responsabilidade e solidariedade, além de alguns modelos teórico-práticos (o princípalismo, o mais prevalente, e outros como o contratualista, o libertário, o das virtudes, o da casuística, o fundacional, o europeu)¹.

Ao problematizar as iniquidades em saúde colocamo-nos automaticamente no plano teórico de reflexão referente aos modelos de justiça social a implementar no domínio de recursos para a saúde¹. A justiça é uma questão central na bioética, seja na vertente individual (por exemplo, na seleção de sujeitos para investigação ou para aplicação de terapêutica), seja no plano coletivo (por exemplo, proteção de grupos vulneráveis e acesso universal a cuidados de saúde).

No sentido de obter respostas a esses desafios tem sido feito um apurado estudo filosófico de várias teorias éticas e respectiva transposição para princípios e modelos bioéticos, conforme a área de aplicação específica (que por si só nenhum é onipotente na resolução dos dilemas). As quatro teorias filosóficas ou modelos éticos de justiça que mais se evidenciaram ao longo do tempo são o *libertário*, o *utilitário*, o *igualitário* e o *comunitário*. Cada um deles tem também uma área vocacional em que poderá ser mais pertinente em termos de obtenção de equidade e justiça: o modelo *libertário* defende vigorosamente os direitos e liberdades individuais, no sentido de evitar potenciais abusos; o modelo *utilitário* valoriza as ações que têm maior utilidade, privilegiando as que permitam alcançar benefícios

efetivos para o maior número possível de pessoas; o modelo *igualitário* contempla as diferenças interindividuais, mas visa a sua superação por via da igualdade de oportunidades; o modelo *comunitário* não dissocia a justiça do contexto sociocultural e dos princípios morais vigentes como referenciais sem os quais é impossível e irreal agir com justiça¹.

Neste artigo, em que o foco de reflexão são as desigualdades em saúde em escala global, será considerado como base de reflexão o modelo *utilitário*, do qual se procurará explorar as potencialidades, bem como as limitações, sondando-o como fundamento na resposta bioética a este desafio do foro da justiça social.

Utilitarismo: breve exposição da teoria

O *utilitarismo* é uma corrente ética que engloba diversas doutrinas, quase exclusivamente de autores anglo-saxônicos. Têm em comum o fato de a avaliação moral das ações se basear exclusivamente nas consequências dessa ação e no caráter vantajoso ou desvantajoso da mesma (daí também ser frequentemente atribuída a designação de *consequencialismo*). Por conseguinte, o *utilitarismo* atende à finalidade da ação (ética teleológica) e não à sua origem ou intenção do agente moral, assim como também não pondera o processo e meios utilizados para alcançar esse fim (como aconteceria num ética deontológica). Resulta desta matriz que a *pedra angular do utilitarismo* seja o *princípio da utilidade*, segundo o qual a ação é moralmente correta se alcança o maior bem para o maior número de pessoas – *the greater happiness of the number*. Não é, contudo, uniforme o entendimento que os utilitaristas fizeram e fazem desse princípio. Com efeito, ao longo do tempo foram muitas as variantes que surgiram a partir deste cerne *utilitarista*^{1,17-19}.

A expressão *maior bem* ou, mais precisamente, a *maior felicidade* apareceu pela primeira vez como uma fórmula para regra moral em 1670, no *De legibus natura*, de Richard Cumberland. Todavia, foi com Jeremy Bentham (1789) que o termo *utilitarismo* e a teoria inerente se tornaram conhecidos e influentes. Bentham partiu desta teoria e seus critérios para distinguir as boas das más leis, e o seu uso foi mais prático e político do que teórico. Ele defen-

dia que o único objetivo perseguido pelo Homem como fim é a felicidade, ou seja, prazer e ausência de dor. Desta posição filosófica resultou um *utilitarismo hedonista* (individualista) que perspectivava a felicidade como o saldo positivo do prazer sobre a dor, sendo que a boa ação seria aquela que maximizasse essa felicidade numa perspectiva individual. Todavia, para explicar como um indivíduo deve pugnar pela felicidade, Bentham invoca certas “sanções”: se o indivíduo não considerar os prazeres ou dores dos outros, deve ser preso (sanção política) ou ostracizado (sanção moral ou social) ou castigado (sanção teológica). Nesse sentido, Stuart Mill (1863) propôs um *utilitarismo eudomonista* (universalista) que incluía novos elementos distintos da base hedonista ou de prazer, designadamente a defesa de que alguns prazeres são mais *elevados* e *nobres* do que outros – estes visam, mais do que o prazer, a virtude e o conhecimento, para seu próprio bem. Por múltiplas limitações assinaladas, estas formas de individualismo utilitarista foram praticamente postas de parte¹⁷⁻¹⁹.

Moore, em *Principia ethica* (1903), rejeitou a felicidade como único bem final a alcançar. O conhecimento, os afetos e a fruição são elementos que contribuem para a valorização intrínseca e também podem assumir o papel de *bem supremo*. Em *Ethic* (1912), Moore defendeu o princípio de que o ato é correto se alcançar *o maior bem para o maior número* – esta versão é, por vezes, chamada de *utilitarismo do ato* (para a distinguir das doutrinas *hedonista* ou *eudomonista*). Moore também reconheceu que no julgamento das ações como boas ou más (segundo os critérios utilitaristas) deveriam ser atendidos os seus motivos e intenções louváveis ou censuráveis (diferentemente dos antecessores, para quem as intenções e meios não importavam ante o fim)¹⁷⁻¹⁹.

Em contraponto ao *utilitarismo do ato* surge o *utilitarismo da regra*. Richard Brandt foi talvez o mais proeminente defensor desta doutrina, postulando que deveríamos perguntar primeiro que conjunto de regras é o melhor na perspectiva utilitarista – maior bem para o maior número. Que regras preferiríamos ter em vigor na nossa sociedade de maneira a fazer prosperar as pessoas? Os atos individuais seriam então considerados corretos ou errados se fossem

aceitáveis ou não à luz dessas regras¹⁷⁻¹⁹.

Além destas versões doutrinárias do utilitarismo, outras emergiram e se fundamentaram na tentativa de aperfeiçoamento ou adequação a certas realidades ou objetos de reflexão. Todavia, a procura de novas versões utilitaristas amainou e vocacionou-se o debate para a defesa e consolidação do que de melhor tem esta teoria. Apesar das limitações que lhe são reconhecidas, a ampla difusão e aceitação de que o utilitarismo tem gozado revelam, indiscutivelmente, a sua pertinência e *utilidade*. Destaque seja dado ao trabalho reflexivo de John Rawls, já no século XX. Rawls foi um dos filósofos críticos dos modelos utilitaristas expostos, apresentando um *princípio de justiça* que pretendia alicerçar a equidade social no acesso a bens essenciais – como a saúde^{18,19}.

Em balanço, o *utilitarismo* que nos chega ao século XXI pode resumir-se em três proposições essenciais: 1) as ações são moralmente certas ou erradas somente em função das suas consequências; 2) ao avaliar as consequências, a única coisa que importa é a quantidade de felicidade ou infelicidade criada; 3) a felicidade de cada pessoa conta da mesma maneira¹⁸. Esta teoria tem sido imensamente atraente para a teorização sobre o processo de decisão. As suas ideias centrais são sólidas e para os argumentos antiutilitaristas a atitude dos utilitaristas da atualidade tem sido a reformulação para formas cada vez mais satisfatórias.

Utilitarismo e as desigualdades na saúde global

A resposta à pergunta *o que é o bem?* é essencial para os utilitaristas pois disso depende a avaliação em termos de correção moral e a justificação das ações e dos meios para alcançar esse fim. Posto isto, uma ação é correta se gerar esse bem para o mais alargado número de indivíduos. Assim, e antes de mais, a pergunta que se impõe é: será a saúde um bem ou condutora de felicidade? Sem margem para dúvidas e relativismos quanto a valor, a Constituição da OMS diz que:

(...) *Os Estados parte desta Constituição declaram, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que os seguintes princípios são basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e*

para a sua segurança. A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos. O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum. (...) Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas (...) ²⁰.

Perante este valor inalienável, tem-se que o objetivo da existência da OMS, enquanto autoridade coordenadora dos trabalhos internacionais no domínio da saúde, é o de pugnar pela aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível, conforme o artigo 1º do mesmo instrumento ²⁰.

Esta soberana vontade dos Estados-membros da OMS foi recapitulada ao longo da história, destacando-se a *Declaração de Alma-Ata*, resultante da *Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde*, realizada em Alma-Ata, na então URSS, de 6 a 12 de setembro de 1978: (...) a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde ²¹. Não obstante a polémica que sempre gerou assumir universalmente a saúde como direito humano fundamental, este conteúdo sempre constou em todas as reedições da *Declaração Universal dos Direitos Humanos* ^{10,22}.

De acordo com o supracitado, a saúde é mundialmente convencionada e assumida como parte integrante de vida com felicidade; além de ser um bem em si mesma para cada ser humano, é também

um determinante do bem maior para as nações e o mundo, como elemento de paz, segurança e prosperidade; todos os seres humanos, de todos os povos do mundo, a ela deverão ter acesso de modo igual e pugnar por seu mais alto nível. Em suma, estão cumpridos os critérios utilitaristas da ideia central de bem a ser gerado pelas ações. Assim, as ações que produzam ou melhorem o *bem-estar físico, mental e social* do maior número possível de pessoas, que consequente e de fato gerem ganhos em saúde, de modo distributivo e equitativo nas comunidades de todos os países, serão moralmente corretas, legítimas e louváveis sob o ponto de vista ético utilitário.

Sob o raciocínio simétrico, as desigualdades em saúde e todas as ações que as agravem são moralmente condenáveis. Também a este nível temos substrato de concordâncias ideológicas nos documentos da OMS. Na Constituição da OMS, conforme antes citado, a desigualdade em saúde representa um perigo comum e todos os governos partilham de sua responsabilidade ²⁰. Novamente na *Declaração de Alma-Ata*, todos os países signatários reiteram que: (...) a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países ²⁰.

De que ações fala a OMS, que intervenções propõe para maximizar este *bem* em nível mundial? O documento de maior valor histórico, para tanto, foi a *Estratégia global para a saúde para todos no ano 2000*. Sua elaboração e publicação (1981) resultaram de longo percurso de trabalho conjunto dos Estados-membros e confluíram na ideia essencial de que (tradução das autoras): a estratégia assenta no conceito de sistemas nacionais de saúde baseados nos cuidados primários, tal como postulado na *Declaração de Alma-Ata (1978)*. Esta proposta é válida para países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, com foco nas necessidades específicas de cada país ²³.

Recapitulando Alma-Ata, os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social ²⁰. Chegado o novo milênio, o ideal da *Saúde para todos no ano 2000*

continua válido e premente no sentido de minimizar as desigualdades em saúde que martirizam a humanidade. Com efeito, a *Declaração do Milênio* (resultante da *Conferência do Milênio*, realizada em Nova Iorque, no período de 6 a 8 de setembro de 2000) reafirmou a fé dos Estados-membros na ONU e seu papel fundamental na construção de um *mundo mais pacífico, mais próspero e mais justo*, sendo que a efetividade é uma preocupação partilhada: *querem ação e, acima de tudo, resultados*. Os líderes definiram alvos concretos, como reduzir à metade o percentual de pessoas que vivem na pobreza extrema, fornecer água potável e educação a todos, inverter a tendência de propagação do HIV/aids, entre outros objetivos no domínio da saúde e do desenvolvimento ²⁴.

Por conseguinte, a matriz utilitarista de visar resultados factuais ao nível do bem comum, como tradução de uma maior justiça social em escala mais alargada, continua como utopia orientadora das ações e responsabilidades. A iniquidade em saúde como forma de injustiça social volta a ser assumida por Margaret Chan, diretora da OMS, enquadrando-a na *era da globalização* em que vivemos: *pensamos que o principal desafio que se nos depara hoje é conseguir que a globalização venha a ser uma força positiva para todos os povos do mundo, uma vez que, se é certo que a globalização oferece grandes possibilidades, atualmente os seus benefícios, assim como os seus custos, são distribuídos de forma muito desigual* ²⁵. Esta circunstância perversa foi reassumida na *Conferência do Milênio* sob a égide da solidariedade entre as nações: *os problemas mundiais devem ser enfrentados de modo a que os custos e as responsabilidades sejam distribuídos com justiça, de acordo com os princípios fundamentais da equidade e da justiça social. Os que sofrem, ou os que se beneficiam menos, merecem a ajuda dos que se beneficiam mais* ²⁴.

Considerando-se como verdade que os focos mais prementes de carência se encontram no continente africano, a *Declaração do Milênio* registrou o compromisso de reforçar a *luta por uma paz duradoura, pela erradicação da pobreza e pelo desenvolvimento sustentável, para que, dessa forma, a África possa integrar-se na economia mundial*, mas no domínio concreto de morbilidade e mor-

talidade o compromisso vai diretamente para o apoio no reforço de *umentar a sua capacidade de fazer frente à propagação do flagelo do HIV/aids e de outras doenças infecciosas* ²⁴.

E no novo milênio, qual a estratégia a adotar? Será que a *Declaração de Alma-Ata*, volvidos mais de 30 anos, estará atual? As metas desejadas não foram alcançadas, mas será que os cuidados primários mantêm seu papel-chave na prossecução dos objetivos do milênio? A OMS e seus Estados-membros reafirmam em uníssono: Sim! A OMS (região Europa) é categórica: *cuidados primários, agora mais que nunca!* Os líderes mundiais têm cada vez mais conhecimento sobre *como os sistemas de saúde se podem tornar mais equitativos, inclusivos e justos* ²⁵.

Os valores subjacentes à Constituição da OMS e os que constam da *Declaração de Alma-Ata* têm sido testados e continuam verdadeiros. A questão essencial é a adequação aos novos desafios em saúde, o enorme progresso em saúde em termos globais, com vistas a serem ultrapassadas as falhas coletivas em prestar cuidados de acordo com estes valores, que no entender de Margaret Chan são *dolorosamente óbvias e merecem a nossa maior atenção* ²⁵. Esta posição, no essencial, não varia com a região de saúde da OMS, sendo a estratégia de gerar acesso o mais universal possível a via consentânea para obter mais justiça social nos e entre os povos ²⁵⁻²⁷. Falta agora à OMS saber agilizar a concretização dos seus ideais e criar mecanismos mínimos de cumprimento efetivo das entidades governamentais em face dos documentos dos quais são signatários.

Da exposição feita, fica demonstrada a compatibilidade da filosofia do utilitarismo com os ideais estruturais da teoria e prática das entidades máximas defensoras da justiça social ao nível da saúde global. A saúde é um bem a ser generalizado para obter bem-estar e felicidade, sendo que todos os seres humanos são iguais nesse merecimento e as ações, designadamente de implementação de cuidados primários (comprovadamente condutores de resultados e impactos positivos na promoção da saúde e combate à doença), são legítimas e moralmente corretas sob o ponto de vista utilitarista. Todavia, esta posição utilitarista ante o desafio bio-

ético das desigualdades em saúde global, tal como a teoria da gênese, está plena de limitações argumentativas que importa explorar.

Utilitarismo e suas limitações

Na moralidade utilitarista, uma das proposições centrais é a ideia de que devemos tratar o bem-estar de cada pessoa como igualmente importante – nas palavras de Mill, devemos ser *tão estritamente imparciais como um espectador desinteressado e benévolo*¹⁹. Tal proposição parece plausível quando se afirma em abstrato ou em documentos políticos globais como os supracitados. Todavia, pode ter implicações problemáticas.

Desde logo o requisito de *igual consideração* nos coloca em exigência excessiva. Tal implicaria, na adesão fiel aos padrões utilitaristas, que os mais favorecidos (pessoas ou países) abandonassem os seus recursos e bem-estar até ao nível dos mais necessitados. Em termos de saúde global, exigiria um governo mundial para colocar todos os povos em *denominador comum*. Contudo, a ONU não é esse governo centralizador de tal poder, mas antes a agregação organizada de nações individuais e soberanas. A igualdade está no reconhecimento da idêntica autodeterminação enquanto Estado, cujos governantes deverão igualmente pugnar pelo cumprimento das resoluções universais de que são signatários, com o fim último de os elevar ao máximo bem alcançável. O mundo globalizado não deixa de ter fronteiras e de ser um mosaico de Estados que são soberanos – os documentos da ONU/OMS são recomendação ou intenção e não obrigação legal. Não há meio ou direito de *invadir* um país e determinar o seu sistema de saúde.

Por outra ótica, a igualdade literal das pessoas e povos é impraticável devido à própria antropologia subjacente à noção de bem e de felicidade – e concretamente, na noção de saúde. Há que se atender as especificidades de cada cultura, grupo populacional, indivíduo e seu conceito de bem e de saúde. A noção de saúde está impregnada de heterogeneidade interindividual e cultural (particularmente a dimensão psicossocial, sendo que o físico lhe está estreitamente associado). Seria necessário um *cálculo quantitativo* para se a poder avaliar, no

sentido utilitarista, de modo correto e com propriedade moral. Disso dependerá a definição de bem e, por consequência, o referencial para exigir igualdade e justiça social.

Todavia, e assumindo as limitações da *mensuração da saúde e bem-estar*, dispõem-se de métodos de avaliação, criados e permanentemente em criação, de nível individual (clínico) e coletivo (de base populacional), que geram indicadores de saúde e delineiam cenários epidemiológicos. Ainda que se admitam fragilidades (abordam objetos difíceis de mensurar, sistemas informáticos de cobertura parcial, *deficit* no tratamento dos dados, manipulação voluntária e involuntária, entre outros), são perfeitamente válidos e idôneos na demonstração das iniquidades em saúde em nível global. Entretanto, aqueles que utilizam tais ferramentas para combater esses flagelos sanitários garantem sua efetividade.

Se, realisticamente, essa igualdade não permite colocar esse denominador comum a toda a população do planeta, em paralelo, ao ser colocada, poderia acarretar mais injustiça, no mínimo o prejuízo da maioria. Situar todos os países no mesmo nível significaria pôr uma trave no empreendimento dos mais desenvolvidos, perder-se a possibilidade de avanço de ponta que puxa o pelotão e até beneficiar quem está menos avantajado.

Vejam-se os exemplos reais de benefício dos povos em vias de desenvolvimento: investigação de vacina para a malária com fundos econômicos derivados da cibernética (Fundação Melissa Gates); existência de tecnologia para a produção de energia renovável nos países africanos, com grandes recursos naturais que a podem alimentar (sol, vento, água), o que é indispensável para o fornecimento de eletricidade nas infraestruturas de saúde; os avanços na telemática (telemedicina), para que peritos da medicina apoiem a distância a prestação de cuidados de saúde, melhorando as práticas, formando profissionais e combatendo o problema de sua escassez; investimento na investigação de métodos de diagnóstico portátil, simples, econômico (laboratorial e imagético), de modo a serem suportados nos sistemas de saúde economicamente mais frágeis; entre outros.

A posição de observador (utilitarista) imparcial tem ainda a acutilância de destruir as relações

humanas, claramente baseadas e conducentes a preferências. Relativamente às preferências depreciadas pelos utilitaristas, cumpre dizer-se que, na prática, ninguém está disposto a tratar todas as pessoas como iguais, pois isso requereria que abandonássemos as nossas relações especiais com amigos e famílias. Sabe-se que este é o maior erro do utilitarismo, perdendo todo o contato com a realidade.

Tratar os filhos como *estranhos* é uma aberração moral. Do mesmo modo, seria moralmente reprovável o Estado que não preferisse apoiar e proteger o seu povo. Sob a sua soberania vem a máxima responsabilidade de cada governo defender primeira e primariamente o povo que governa, pondo em prática os ideais que constitucionalmente defende. Inversamente, esses governos também deverão prestar contas aos concidadãos se não lutam pela justiça social no seu próprio território. Neste aspecto, nos últimos anos, têm-se desenvolvido duas correntes de bioética (*bioética da prevenção*¹⁶ e *bioética da intervenção*²⁸), fortemente implicadas na defesa de situações concretas de saúde de populações de grupos específicos, com especial ênfase nos países da América Latina.

Com efeito, as preferências podem ser benéficas na obtenção de mais resultados positivos em saúde e assim, no cômputo geral, haver mais bem-estar e felicidade. Em certo sentido, era como se dissesse: “mais vale ajudar poucos, mas bem, do que muitos e mal”. Essas preferências de colaboração internacional podem ter várias origens – históricas, políticas, culturais, religiosas –, mas no essencial evidenciam quase sempre compatibilidade antropológica entre povos e governos. Esse aspecto de fluidez de relações diplomáticas, de entendimento mais fácil, relacionamento comercial próximo, é fundamental para o efetivo sucesso das intervenções em saúde global.

Tem-se como exemplo familiar a cooperação portuguesa com os *países africanos de língua oficial portuguesa* (Palop). Com efeito, Portugal tem uma posição estratégica na mediação e colaboração direta com estes países (suas ex-colônias) e seria uma perda de oportunidade abdicar do estatuto de canal preferencial que os Palop têm com países lusófonos e historicamente relacionados, sob pena de ver desperdiçadas condições favorá-

veis para desenvolver ações moralmente corretas do ponto de vista utilitário.

As únicas considerações que a teoria utilitarista defende como relevantes para determinar a correção das ações são relacionadas com o futuro. Devido à sua preocupação exclusiva com as consequências, o utilitarismo nos leva a direcionar a atenção ao que irá acontecer como resultado de nossas ações. No entanto, as considerações com o passado são igualmente importantes¹⁹. Atendendo às escalas nacional e internacional, os Estados têm de ser responsáveis e responsabilizados se, nos limites do legítimo exequível, não protegem a saúde dos seus cidadãos. Não é justo que os maus líderes (por má gestão, corrupção, falta de transparência e estratégia) se beneficiem, sem mais, do esforço de abdicção e cedência de recursos que resultaram do bom desempenho de outros.

Nesta linha de raciocínio defende-se que os Estados devem ser identificados publicamente e penalizados pela ONU: quando possibilitem que bens preciosos para a saúde de suas populações – como a água¹⁶ – sejam explorados desregradamente por potências econômicas estrangeiras; quando interesses políticos, financeiros e econômicos – por exemplo – obstarem que num país haja amplo acesso a medicamentos fundamentais para a reabilitação de grupos de populações, como os retrovirais ou antidepressivos, entre outras situações.

Ainda assim, a teoria utilitarista pode ser aplicada se focar a exigência nas ações proativas que visam alcançar maior bem no futuro e realizar a avaliação de resultados. Com efeito, a avaliação é fundamental porque disso dependerá a reconsideração das ações como boas ou más. Como exemplo, há evidências empíricas obtidas mediante avaliação dos ganhos em saúde derivados da implementação dos cuidados primários, além da evidência de que um nível de saúde mais elevado se associa a progresso e prosperidade dos povos (como documentado).

Continuando a explorar as fragilidades do modelo utilitarista, recapitula-se que o seu fulcro é o de olhar para as consequências das ações, tendo o foco em algo que se considera bom, mas não se contemplando a origem ou princípio dessas ações, nem os recursos e procedimentos que exigem para ser realizadas. Deste modo, ao utilitarismo não inte-

ressa a intenção do agente moral, pelo que não reprovava uma organização cooperante que estivesse a desenvolver programas de saúde num país desfavorecido com a finalidade de edificar uma estrutura local que lhe permita praticar ensaios clínicos e experimentação humana sem controle, e sob o véu das metas oficialmente defendidas.

Igualmente, em termos de processo, há um risco de lógica sacrificial na procura desse *bem* individual ou coletivo. Se se trata de pugnar pelo bem da maioria, pode daí decorrer a falta de razoabilidade do agir e ameaçar-se *o que* ou *quem* esteja no caminho para alcançar este fim. Exemplifica a iatrogenia de tais intervenções, por parte de países econômica ou militarmente dominantes, a eliminação de práticas e hábitos nos locais de intervenção, sem que haja aculturação, adequação antropológica ou capacitação real e efetiva mediante trabalho de parceria e não por simples subjugação. Assim, deduz-se que o utilitarismo está em conflito com a ideia de que as pessoas e povos têm direitos que não podem ser espezinhados apenas porque alguém antecipa bons resultados. Pode acontecer, por vezes, que bons objetivos sejam servidos por meio da violação desses direitos.

Todavia, a *Declaração de Alma-Ata* salvaguarda: *os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis*²¹. Os próprios utilitaristas também reconhecem que os direitos dos cidadãos, o patrimônio cultural e identidade das comunidades e a soberania dos povos não devem ser postos de lado com leviandade. Pelo contrário, esta deve ser uma noção que estabelece limites às ações. Se assim não fosse, esta teoria, a princípio tão progressista e próxima do senso comum, seria indefensável – particularmente devido ao conflito com noções morais fundamentais como os direitos individuais.

Quanto às consequências, não devem ser esquecidas aquelas que podem advir paralelamente aos benefícios da intervenção em prol da saúde e justiça social. Desde logo, a sustentabilidade do sistema de saúde (problema para a maioria dos países desenvolvidos com sistemas públicos de saúde). Com efeito, a *Declaração de Alma-Ata* adverte que a prestação de cuidados primários deve ser colocada

da *ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento*²⁰. Não quer isto dizer que se deve recuar em sua implementação, mas antes prever formas de contornar os efeitos secundários e usar os benefícios para enfrentar esses danos colaterais; uma sociedade mais saudável e próspera poderá trabalhar e contribuir melhor para a produção de riqueza interna, que fará frente às despesas públicas.

O utilitarismo, ao avaliar o bom e o mau, bem como a forma de não invadir o que os indivíduos e comunidades consideram direitos de base, tem de atender e respeitar o senso comum. Assim, o que poderia ser mais ininteligível do que a ideia de que as pessoas têm direitos, desligada de quaisquer benefícios derivados do reconhecimento desses direitos? O utilitarismo não é incompatível com o senso comum; pelo contrário, radica no senso comum. Pertence ao senso comum a ideia de que ser saudável é melhor do que estar doente. Esse senso dá coesão e força à causa, e quanto mais universal melhor. No que respeita à saúde global, é de consenso universal que a saúde é fundamental para o bem-estar dos povos e para a prosperidade e paz no mundo. Por isso, os Estados se uniram em 1948 para constituir a OMS e ainda hoje a validam e subscvem no seu objetivo constitucional de alcançar o mais elevado nível de saúde possível em todos os povos. Do mesmo modo, é consenso dos líderes mundiais a plausibilidade e pertinência dos *cuidados primários*.

Deve-se, contudo, advertir que o senso comum nem sempre detém toda a razão e preservá-lo conduziria ao prevailecimento de ações moralmente más. O nosso senso comum moral não é necessariamente fiável. Pode incorporar vários elementos irracionais, nomeadamente preconceitos recebidos do país, religião e cultura em geral. Esta situação, de contrariar as más ações e falsos preconceitos, pode até ser considerada a contribuição mais importante do utilitarismo. Dá-se o exemplo da prática comum de certos povos africanos que procedem de modo fundamentalista à mutilação genital (feminina e masculina) nas suas crianças, a comportamentos sexuais que propiciam a proliferação do HIV, a

perpetuação de hábitos de higiene precários na habitação, entre outros.

O problema prende-se, essencialmente, ao conflito de crenças. Mas por que esses povos deveriam aceitar uma teoria *estrangeira* que conflita com os sentimentos e convicções mais enraizadas? Deveriam os sentimentos, e não a teoria, ser descartados em prol do bem maior da saúde, mas a saúde também implica a integração dessas crenças e irracionalidade dos seres humanos, tão difíceis de combater ao ponto de indivíduos com escolaridade e formação técnica em saúde, com acesso à informação e evidência científica, não assumirem a aids como doença de causa virótica, mas como feitiço ou *mau-olhado*, ou então continuarem a realizar a mutilação genital de seus filhos visando garantir aceitação familiar e comunitária, bem como dignidade no seio da sociedade e aos olhos da(s) entidade(s) divina(s).

Considerações finais

A bioética global defronta-se com graves e prementes desafios permanentemente emanados pelo quotidiano mundial. É consentâneo pelos vários quadrantes – sociais, políticos, científicos, religiosos – que um dos maiores problemas da humanidade ainda é (e cada vez mais) a dificuldade de pôr em prática a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. No que diz respeito ao direito à saúde, a visão é a de que as iniquidades estão cada vez mais patentes neste mundo globalizado. É urgente pensar a justiça social em termos globais e encontrar respostas éticas que orientem a ação consertada das nações.

Muitos aspectos fragilizam o modelo utilitário como proposta de combate às iniquidades na saúde global. Todavia, para sobre esses aspectos o fato de o *princípio de utilidade* ser, fundamentalmente, um

guia para escolher regras e intervenções práticas que visam resultados moralmente corretos e em grande escala. Por norma, devemos aceitar regras que ao serem seguidas permitam, regularmente, promover o bem-estar geral e suprimir a necessidade de novamente invocar o princípio para determinar a correção de ações desenvolvidas no domínio de validade das ditas regras.

Em certa medida, esta reflexão correspondeu ao questionamento da *regra* estabelecida há décadas pelas mais elevadas entidades responsáveis nas políticas de saúde. O cenário atual torna necessário que essas regras e estratégias sejam revistas. As regras não podem ser mantidas se não surtem efeitos, se não são conscientemente aplicadas e defendidas no terreno – onde efetivamente geram resultados *utilitaristas* – e não discutidas e consensualmente revalidadas. No limite, a ausência de reavaliação e metódico questionamento corresponderia a reduzir o progresso técnico-científico, jurídico-político e ético-moral.

Assim, o utilitarismo como modelo mais usado na obtenção de resultados positivos em saúde global vem a revelar-se conciliado com os documentos mundiais mais relevantes na matéria, subscrevendo os cuidados primários como instrumento de excelência no combate às iniquidades sanitárias. Pode-se, portanto, dizer que os cuidados primários são um ponto de aplicação de confluência da bioética, biodireito e biopolítica de rara concordância em nível mundial, e que têm mantido consistência e solidez estratégica no tempo, sem nunca ter perdido o sentido de futuro.

Cumpra-se o dito em Alma-Ata: *a Conferência concita todos a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração*²¹.

Referências

1. Neves MCP, Osswald W. Bioética simples. Lisboa: Editorial Verbo; 2007.
2. Garrafa V. Novas fronteiras bioéticas: ética no mundo global. Uma perspectiva do Brasil. Revista Portuguesa de Bioética. 6 dez 2008;279-90.
3. Serrão D. Utopia e bioética. Daniel Serrão [Internet]. [atualizado 21 mar 2012; acesso mar 2010]. Disponível: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=122>
4. Serrão D. Para uma fundamentação biológica da ética humana. Memórias da Academia das Ciências. 1988;29:209-20.
5. Thompson A, Robertson A, Upshur R. Public health ethics: towards a research agenda. Acta Bioet [internet]. 2003 [acesso mar 2010];9(2):157-63. Disponível: <http://phe.oxfordjournals.org/content/2/1/1.extract>
6. Neves MCP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. Revista Brasileira de Bioética. 2006;2(2):157-72.
7. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research [internet]. 1979 [cited mar 2010]. Available: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>. Acesso mar 2010.
8. Beauchamp T, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.
9. Fortes PAC, Zoboli EL, organizadores. Bioética e saúde pública. São Paulo: Loyola; 2003.
10. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [internet]. Geneve: Unesco; 2005 [acesso mar 2010]. Disponível: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>
11. Zirfas J. Ética global como ética glocal. Educação & Sociedade. [internet]. 2001[acesso mar 2010];22(76):11-46. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/es/v22n76/a02v2276.pdf>
12. Vila-Chã JJ. A globalização. Revista Portuguesa de Filosofia. jan./mar 2003;59(1):3-31.
13. Singer P, Benatar S. Beyond Helsinki: a vision for global health ethics. BMJ.[internet]. 2001 [cited mar 2010];322;747-8. Available: <http://www.bmj.com/cgi/content/extract/322/7289/747>
14. Gostin L, Tayllor A. Global health law: a definition and grand challenges. Public Health Ethics.[internet]. 2008 [cited mar 2010];1(1);53-63. Available: <http://phe.oxfordjournals.org/content/1/1/53.abstract>
15. World Health Organization. World health statistics 2009 [internet]. Geneve: WHO; 2009 [cited mar 2010]. Available: <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>
16. Pontes CA, Schramm FR. Bioética da proteção e papel do estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. Cad Saúde Pública. set/out 2004;20(5):1319-27.
17. Enciclopédia verbo luso-brasileira de cultura. Edição Século XXI. Lisboa: Editorial Verbo; 2003. Utilitarismo; vol. 28 p. 1318-9.
18. Encyclopedia britannica. Chicago: William Benton Publisher; 1969. Utilitarism; vol. 22 p. 820.
19. Rachels J. Elementos de filosofia moral. Lisboa: Edições Gravidia; 2004.
20. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [internet]. Geneve: OMS; 1946 [acesso mar 2010]. Disponível: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
21. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata [internet]. Geneve: OMS; 1978 [acesso mar 2010]. Disponível: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
22. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos [internet]. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Brasília: Ministério da Justiça; [acesso mar 2010]. Disponível: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm
23. World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000 [internet]. Geneve: WHO; 1981 [cited mar 2010]. Available : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>
24. Organização das Nações Unidas. Declaração do Milênio [internet]. Nova Iorque: ONU; 2000 [acesso mar 2010]. Disponível: <http://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>
25. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de saúde 2008: cuidados primários de saúde - agora mais que nunca [internet]. Geneve: OMS; 2008 [acesso mar 2010]. Disponível: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
26. World Health Organization. The health of the people: African regional health report [internet]. Geneve: WHO; 2006 [cited mar 2010]. Available: http://whqlibdoc.who.int/afro/2006/9290231033_rev_eng.pdf
27. Organização Mundial da Saúde. Orientações estratégicas para a ação da OMS na região africana (2005-2009): relato dos últimos cinco anos [internet]. Brazzaville: OMS, Escritório Regional Africano; 2009 [acesso mar 2010]. Disponível: http://www.afro.who.int/en/downloads/doc_download/3309-orientacoes-estrategicas-2005-2009-um-relato-dos-ultimos-cinco-anos.html
28. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre economia de mercado. Rev Bioét. 2005;13(1):111-23.

Participação dos autores no artigo

- As autoras participaram igualmente em todas as partes do artigo.

Recebido: 13.4.10

Revisado: 26.9.11

Aprovado: 10.11.11