

# BIOÉTICA, ECONOMIA E SAÚDE: DIREITO À ASSISTÊNCIA, JUSTIÇA SOCIAL, ALOCAÇÃO DE RECURSOS

## Bioethics, Economy and Health: The Welfare Rights, Social Justice and Allocation of Resources

Fermin Roland Schramm

### O Problema

A assim chamada “crise sanitária” implica num dilema, *aparentemente* sem solução:

- os sistemas de saúde com vocação universalista (como é o brasileiro, garantido pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que afirma “a saúde é direito de todos e dever do Estado”) não podem incorporar despesas indefinidamente, sob o risco de irem à falência;

e ao mesmo tempo:

- não podem ignorar a sua vocação “universal”, fundamentada na *integralidade* da atenção, médico-hospitalar principalmente, para não perder sua identidade e legitimidade.

Este é em particular o dilema dos gestores da política de saúde, que devem, ao mesmo tempo, respeitar e aplicar a lei - a qual garante o caráter universal da assistência e o acesso igualitário dos usuários aos serviços - e torná-la viável, através de ações concretas que permitam que a política sanitária implementada seja *eficaz* (“pode funcionar?”), *efetiva* (“funciona de fato?”) e *eficiente* (“vale a pena utilizá-la?”).

Para o gestor, isso implica em ponderar os efeitos sobre os gastos públicos com os serviços de saúde, numa situação de recursos sempre finitos, em qualquer parte do mundo, que o Ministro José Serra definiu recentemente como “sufocante orçamento do Ministério da Saúde”(1) e que o bioeticista norte-americano Daniel Callahan define como vigência da “cultura dos limites”, implicada pela transição epidemiológica e o conseqüente envelhecimento da população; pela incorporação

acelerada e nem sempre eficaz de novos procedimentos e novas tecnologias no campo biomédico; e pelo encarecimento de tais procedimentos e tecnologias.(2)

A simultaneidade de avanços na compreensão e no tratamento das causas das doenças (que favorece a incorporação de novos procedimentos diagnósticos e terapêuticos) e da “cultura dos limites” (que a princípio seleciona tais procedimentos) constitui um grande desafio para os gestores do sistema de saúde, instados, por um lado, pelas demandas legítimas e crescentes dos usuários e, por outro, pela urgência de “racionalizar” os recursos efetivamente disponíveis.

Por essas razões, a alocação de recursos se torna um *problema complexo*, cuja solução deve ter em conta, simultaneamente, os aspectos sanitários, econômicos, políticos e morais, que não são comensuráveis entre si, *a priori*, visto que seu correto equacionamento deve satisfazer as necessidades de saúde da população; otimizar os meios disponíveis para tal satisfação; e construir o consenso social sobre as modalidades da alocação, baseado no princípio moral da justiça, que permite tornar a política sanitária legítima.

Isso suscita debates éticos e políticos sobre quais seriam as escolhas mais razoáveis, moralmente legítimas e politicamente aceitáveis a serem feitas.

Neste debate, destaca-se a questão ética de como distribuir de maneira justa os recursos disponíveis, pois a vigência da “cultura dos limites” traz a conseqüência inevitável de algumas demandas serem atendidas e outras não. Portanto, o respeito do princípio da justiça distributiva implica em ter que se optar entre políticas

de “universalização” e políticas de “focalização”, ou alguma combinação das duas modalidades; ou seja, em optar por uma política que a princípio *deve fornecer todos os serviços disponíveis a todos que precisam deles* ou por uma política que *deve decidir o que fornecer e para quem*.

Ambas as soluções têm seus méritos e defeitos.

A solução “universalista” tem o mérito de respeitar o princípio de justiça, entendido como igualdade de oportunidades, mas tem o defeito de desconhecer as diferenças de condição entre indivíduos e classes sociais, além de implicar o fato de não poder oferecer todos os serviços para todos.

A solução “focalizadora” tem o mérito de considerar as críticas movidas à primeira solução e de aplicar o princípio de justiça entendido como “equidade” (“tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais”), mas tem o defeito de introduzir um fator de “discriminação”, que contradiz o direito universal à assistência.

É neste contexto complexo e dilemático que deve atuar o gestor da saúde pública.

## Tentando esclarecer o problema

### Premissa

Começemos com uma premissa “óbvia”.

Numa condição humana em que homens e mulheres tenham tudo o que desejam e precisam, e em que não devam preocupar-se com qualquer de suas necessidades, a questão da justiça provavelmente seria irrelevante. Assim sendo, se alguém consumisse um bem existente em quantidades potencialmente ilimitadas, nunca poderia ser acusado de “injusto”, visto que, provavelmente, não entraria em conflito com os outros para a obtenção de bens. Mas isso não parece ser o caso da alocação de recursos em nossas sociedades, nas quais os recursos são reconhecidamente finitos.

Portanto, parece razoável afirmar que, nas sociedades secularizadas, democráticas e pluralistas contemporâneas, as regras da justiça servem principalmente para regulamentar o acesso ordenado aos bens e serviços, impondo limites precisos ao seu uso e à sua distribuição. Este é, em particular, o caso da alocação dos recursos destinados ao setor da saúde.

Entretanto, nas sociedades democráticas e pluralistas contemporâneas (e o Brasil faz a princípio parte deste conjunto), existem várias concepções sobre o que seria “moralmente legítimo”, as quais, ao entrarem em conflito, devem também procurar os meios mais adequados (leia-se com o menor custo social possível) para dirimir suas divergências, muitas vezes após longas e extenuantes (mas necessárias) negociações.

Neste quadro “complexo”, preservar o “direito de assistência”, garantir a “justiça social” e otimizar a “alocação de recursos” torna-se uma tarefa “hercúlea” para qualquer responsável pela implementação de uma política sanitária “realista” e “justa”.

## Saúde, Economia e Justiça

A alocação dos recursos em situação de relativa escassez diz respeito a um “bem” que é necessário para gozar de outros bens, e esta característica do bem “saúde” faz dela um bem com uma prioridade lexical sobre outros bens.

Por outro lado, a alocação de recursos implica sempre numa dimensão econômica, que não pode ser esquecida, caso contrário qualquer política de saúde só pode ser da órbita da fantasia e, portanto, também de frustração das expectativas dos cidadãos.

Mas admitir a relevância da dimensão econômica, não pode implicar em resumir toda a complexidade do problema à mera solução econômica, caso contrário esqueceríamos o que o economista e filósofo moral Amartya Sen definiu como “*o contraste entre o caráter conscientemente ‘não ético’ da economia moderna*” (3). De fato, para Sen, não podemos esquecer que a economia tem uma dupla dimensão: a “ética” e a “engenheira” (*engineering*). Ambas têm sua importância para que se entenda corretamente o papel da economia, pois a primeira diz respeito aos seus fins legítimos, e a segunda aos meios mais adequados para atingir tais fins.

Mas o que fazer quando há conflito entre a esfera da saúde e a esfera econômica? Como equacionar o direito universal à saúde e a escassez dos recursos disponíveis de uma maneira que possa ser considerada “justa”?

Já vimos que existem praticamente dois tipos de soluções: a solução “universalista” e a solução “focalizadora”.

No caso do Brasil, a adoção da primeira consiste em substância em respeitar o artigo 196 da Constituição, que garante a qualquer cidadão a assistência sanitária e

portanto a igual consideração de seus interesses e o direito a não ser tratado pior que qualquer outro cidadão por razões que não dizem respeito às suas necessidades de saúde. Em suma, neste caso – como afirma o filósofo do direito Ronald Dworkin - “tomar-se-ia os direitos a sério” (*taking rights seriously*)(4), indo buscar, se necessário, os recursos em outros âmbitos e baseando-se na premissa de que a saúde é um bem prioritário porque é condição necessária para a obtenção de outros bens.

Entretanto, esta posição é criticada, por exemplo, pelo filósofo Michael Walzer, para quem o “universalismo” basear-se-ia numa versão simplificada e redutora tanto da concepção da justiça quanto da concepção da igualdade(5). Por isso, Walzer propõe uma concepção “complexa” da justiça distributiva, supostamente mais adaptada ao pluralismo das sociedades democráticas, nas quais existiriam várias “esferas pertinentes” de justiça, definidas por vários bens legítimos (a saúde, o poder político, o poder econômico, etc.), que implicariam também em vários critérios distributivos legítimos. Assim sendo, uma sociedade complexa seria aquela na qual nenhum bem dominaria sobre os demais, caso contrário teríamos um sistema social “tirânico”.

Apesar dos méritos relativos de cada uma dessas posições, ambas deixam o gestor brasileiro insatisfeito quando queira resolver, da melhor maneira possível e com justiça, o problema da alocação dos recursos disponíveis. Com efeito, a solução de Dworkin, embora a princípio aplicável porque tem respaldo jurídico na Constituição Brasileira, implicaria também um pacto social capaz de fazê-la respeitar de fato por todos, o que é ainda um processo em curso e, por muitos aspectos, incerto, haja visto as enormes dificuldades do Ministério de Saúde em obter os recursos necessários para a implementação de sua política sanitária. Por outro lado, a solução de Walzer, embora tente com razão evitar formas tirânicas de distribuição, não se adapta à situação concreta do Brasil pois não permite equacionar aquele que talvez seja o maior problema ético em âmbito sanitário: a situação de profundas desigualdades sociais e até de miséria na qual se encontra a maioria da população.

A seguir, vamos ver uma contribuição possível da bioética ao debate polêmico da alocação de recursos em situação de escassez.

## Bioética da Alocação de Recursos

### Papel e Limites da Bioética

A Bioética, como expressão contemporânea da filosofia moral aplicada aos dilemas da biomedicina e da saúde pública, preocupa-se simultaneamente em avaliar, de forma imparcial, os argumentos a favor e contrários a uma determinada decisão e em implementar a solução considerada moralmente mais legítima. Para tanto, deve analisar os vários argumentos em jogo e ponderar as soluções propostas à luz das teorias morais disponíveis numa cultura e situação histórica determinada.

Agora, para o bioeticista (este novo “conselheiro do príncipe”?) a tarefa é provavelmente menos ingrata daquela do gestor, visto que seu papel pode resumir-se a tentar esclarecer os termos do debate graças à sua competência analítica, sem com isso poder resolver *praticamente* o conflito, mas tão somente auxiliar as tomadas de decisão, tentando mostrar a coerência dos argumentos em jogo e as possíveis consequências de tais tomadas de decisão.

De fato, as decisões devem ser tomadas pelos próprios responsáveis pelas ações de saúde, legitimadas pelos cidadãos, isto é, legitimadas política e socialmente.

### A Complexidade da Questão da Alocação de Recursos

A questão da alocação de recursos talvez seja a mais complicada, complexa e polêmica da assim chamada “bioética pública” (que diz respeito aos aspectos morais implicados pelas políticas públicas referentes a cada cidadão e a todos os cidadãos)(6).

De fato, nas sociedades democráticas e pluralistas contemporâneas:

- a) não existe, *a priori*, consenso sobre quais são os termos pertinentes da questão e sobre como tais termos devem ser entendidos e articulados entre si, razão pela qual surge a questão se tal consenso é de fato possível, como acertá-lo pelo menos *a posteriori* e quais seriam as condições para que tal consenso pudesse ser considerado “razoável” e moralmente “legítimo” pelas partes envolvidas;
- b) mesmo admitindo que fosse possível estabelecer o consenso anterior, tampouco existe consenso sobre

quais seriam as melhores medidas (ou talvez, mais “realisticamente”, as menos ruins) para implementar as decisões “razoáveis” e moralmente “legítimas” resultantes do consenso, visto que tanto a “razoabilidade” quanto a “moralidade” devem ainda ter em conta o processo, não necessariamente racional e moral, da negociação entre interesses em jogo;

- c) admitindo que tenhamos respondido de maneira satisfatória aos itens anteriores, deve-se ainda admitir a existência de conflitos de valores entre “comunidades morais” (não necessariamente comensuráveis entre si<sup>(7)</sup>) que afetam, direta ou indiretamente, tais interesses, e a maneira como eles podem (se é que podem) ser resolvidos.

Tudo isso implica em ter de se enfrentar, simultaneamente a questão de um patamar de justiça moralmente aceitável para a área da saúde e pragmaticamente aceitável (que diz respeito à escolha da melhor relação entre meios e fins, entre *inputs* e *outputs* do sistema de saúde).

## As Críticas à “Escassez” dos Recursos

Mas os recursos são de fato “escassos”?

De fato, a afirmação da escassez de recursos é questão polêmica porque:

- a) nem todos aceitam o argumento segundo o qual visto que os recursos não são infinitos, eles, inevitavelmente, devem ser escassos frente às demandas (supostamente) crescentes de serviços, por parte da população;
- b) tampouco todos aceitam que a finitude dos recursos implique, necessariamente, em formas de racionamento dos recursos e de priorização a seu acesso.

Em outros termos, o caráter “finito” dos recursos, seja em saúde ou em outro setor, implicaria, pela lógica, tão somente que os recursos não sejam infinitos (o que corresponde à sensibilidade contemporânea sintetizada pela expressão “vigência da cultura dos limites”) (8).

Por exemplo, os recentes avanços da biomedicina, como aqueles da engenharia genética, poderiam ser entendidos como uma tentativa de fazer frente à escassez (embora, para alguns, esta tecnologia seja questionável, tanto do ponto de vista da biossegurança quanto do ponto de vista moral), visto que ela representa uma fonte a

princípio inesgotável de criação de novos e antigos organismos (e.g. organismos transgênicos), assim como de “peças de reposição” para intervenções terapêuticas (e.g. células-tronco, órgãos e tecidos por clonagem).

A partir desse argumento, infere-se que existiria um “mito da demanda infinita”; que tal demanda poderia, de fato, ser parcialmente contornada por medidas preventivas eficazes, tais como a educação em saúde; a promoção de estilos de vida mais saudáveis (conforme às recomendações da OMS contidas na Carta de Ottawa<sup>(9)</sup>), que reduziriam a morbidade futura, reservando-se os recursos para satisfazer as necessidades restantes.

Além disso, os críticos da equação *finitude / escassez / priorização* lembram que o acesso aos cuidados à saúde é um direito, inscrito em muitas constituições nacionais e, portanto, que, *se existe um direito, deve necessariamente existir também um dever correspondente*, isto é, a obrigação dos responsáveis pelas políticas públicas (eleitos pelos cidadãos para representar seus interesses e direitos) de prover os meios adequados para satisfazer *as necessidades de saúde*.

Por fim, os críticos utilizam o argumento da “incomensurabilidade”, afirmando que, *mesmo admitindo a escassez de recursos, não podemos priorizá-los porque não podemos atribuir um valor à vida, ou à sua qualidade, razão pela qual a comparação seria ilegítima*<sup>(10)</sup>.

Assim sendo, se quisermos introduzir o conceito de “escassez” - afirmam os críticos do argumento - deveríamos demonstrar que não existem meios para tornar tais recursos “menos finitos”, o que é contra-intuitivo, se pensarmos que a sociedade moderna é uma sociedade caracterizada tanto pelo progresso do saber, quanto pelo crescimento relativo de bens produzidos.

Em suma, a crítica à *equação finitude = escassez* fundamenta-se numa dupla suspeita (se pertinente ou não, é uma questão a ser debatida), a saber:

- 1) A suspeita de que os modelos escolhidos para a análise da “finitude” dos recursos sejam de fato inadequados, porque estáticos e fechados, quando, de fato, a descrição e compreensão das sociedades complexas contemporâneas necessitariam de modelos dinâmicos e abertos. Afinal, pode-se sempre afirmar - como propõe o bioeticista inglês John Harris<sup>(11)</sup> - que “os recursos não são nem infinitos nem finitos, mas indefinidos”, razão pela qual pode-se legitimamente pensar em realocá-los de outra forma, conforme as necessidades e as negociações políticas e sociais vigentes;

2) A suspeita de que as dificuldades enfrentadas pelos sistemas de saúde não sejam de fato derivadas do aumento supostamente exponencial das demandas de serviços, mas sim da diminuição comparativa da oferta de prestação de serviços. Em outros termos, de que as dificuldades sejam um subproduto do “sucateamento” dos serviços.

Resumindo, os críticos da escassez de recursos argumentam que, se os recursos de uma política de saúde são, de fato, “mal definidos”, bastaria criar um amplo debate social capaz de determinar quais são os bens considerados prioritários, construir uma hierarquia socialmente legítima entre esses, e agir conseqüentemente. Ademais, visto que as sociedades contemporâneas seriam de fato sociedades capazes de utilizar tecnologias altamente sofisticadas para criar “novos produtos”, por sua vez capazes de contornar o problema da escassez, este problema, em termos de saúde, seria pelo menos polêmico.

## A Resposta do Gestor

Entretanto, as coisas não são tão simples, pelo menos para o gestor do sistema de saúde, o qual deve mostrar resultados, através de índices que demonstrem que as opções escolhidas são comparativamente melhores (ou “menos ruins”) que as outras, caso contrário elas serão inevitavelmente consideradas não só pragmaticamente inconsistentes (i.e. de baixa efetividade), mas, também, e sobretudo, moralmente duvidosas. Em outros termos, para o gestor uma escolha a princípio moralmente legítima deve também mostrar sua vantagem comparativa em termos de garantia e melhoria da “qualidade de vida” ou do “bem-estar” da população. E isso não baseando-se nos “tempos longos” dos progressos da biotecnociência e das esperanças futuras, mas nos “tempos curtos” requeridos pelas demandas de quem sofre!

Assim sendo, a questão moral e pragmaticamente pertinente consiste em saber como articular, numa política sanitária coerente, logo potencialmente legítima, a questão da finitude/escassez de recursos com a pluralidade das prioridades reais duma sociedade, estabelecendo uma hierarquia de prioridades e tendo em conta a otimização dos recursos disponíveis.

Em suma, apesar da pertinência das críticas apresentadas, o gestor deve tomar decisões que têm efeitos práticos, partindo da constatação de que os

recursos, efetivamente disponíveis, são de fato escassos, e da premissa de que seja moralmente legítimo proceder a alguma forma de “acionamento” na alocação. Afinal, a realidade de qualquer país do mundo mostra que existem listas de espera para vários tipos de tratamento e que os serviços requeridos por quem precisa não satisfazem todo mundo!

O que fazer, neste caso, respeitando-se alguma forma de justiça sanitária (a da imparcialidade “universalista” ou a da equidade “focalizadora”)?

## Universidade ou Focalização na Política de Alocação?

A princípio ambas as soluções têm seus “bons argumentos” morais. Com efeito, a primeira, ao evitar qualquer tipo de discriminação, parece respeitar o princípio jurídico da igualdade e da igual consideração dos interesses de cada indivíduo, o que significa respeitar um princípio universalista liberal, constitutivo da identidade das sociedades modernas. Neste caso, a justiça sanitária resultaria de um produto relativamente simples: *total dos recursos disponíveis dividido por aqueles que precisam*. Ou então: *total dos recursos disponíveis, dividido por algum quociente determinado pelo grau de necessidade, aplicado a categorias de indivíduos, multiplicado pelo número de indivíduos necessitados* (ou algo parecido).

Entretanto, neste último caso, surgem vários problemas.

Em primeiro lugar, como estabelecer de forma objetiva a “necessidade” em cada caso concreto?

Em segundo lugar, admitindo que isso seja possível (por exemplo aplicando alguma forma de índice de qualidade de vida, os QALYs), esta concepção de justiça esquece um dado empírico importante: o fato de que nem todos os cidadãos têm o mesmo nível de saúde nem as mesmas condições de partida para concorrer em pé de igualdade efetiva a uma mesma quantidade de recursos.

Por isso, desde o século XIX, pensou-se num corretivo à solução liberal: a *solução compensatória*, aplicada, por exemplo, pelas sociedades socialdemocráticas do “bem estar social” como forma de transformar os direitos universalistas “abstratos” em direitos sociais mais “concretos” (como as políticas compensatórias do *welfare state*).

Para enfrentar esta questão, pode-se partir do pressuposto razoável de que não faz sentido alocar recursos de forma igualitária, pois as necessidades dos indivíduos variam e são específicas a cada um. Por isso, deve-se especificar melhor o conceito de “necessidade”.

Além disso, deve-se ver quais princípios podem orientar tal distribuição:

- a) de acordo com as possibilidades individuais de ressarcir (“pagar”) os recursos recebidos (solução do mercado);
- b) de acordo com as necessidades individuais (solução clínica);
- c) de acordo com a maximização da qualidade de bem-estar geral da população (solução utilitarista).

Mas, mesmo assim, o problema fica ainda de difícil solução. Porque a solução do mercado pode de fato constituir uma forma de tirania (no sentido de Walzer).

Por outro lado, a solução individualizada, embora respeite os princípios da deontologia médica, não considera suficientemente o aspecto das desigualdades iniciais das condições de vida dos cidadãos, isto é, desconhece o contexto social no qual se inscreve a situação clínica.

Por fim, a solução utilitarista, embora pretenda equacionar o problema das injustiças sociais pela aplicação de uma concepção “universalista”, de fato baseia-se numa concepção de “igualdade” que alguns autores (como Walzer) consideram “simplória”, visto que não teria em devida conta a complexidade das sociedades democráticas e pluralistas contemporâneas, nas quais o princípio de igualdade deveria, necessariamente, estar vinculado ao princípio da liberdade, para evitar abusos autoritários.

O que fazer então?

O bioeticista chileno Miguel Kottow(12), analisando a realidade concreta latino-americana – que considera de efetiva escassez - propõe uma tentativa de solução, considerando que a justiça sanitária em situação de escassez só se pode dar:

- 1) se a extensão da cobertura médica for suficientemente ampla para contemplar as reais necessidades de saúde de uma dada população;
- 2) visto que isso implicaria praticamente em recursos infinitos que, de fato, não existem, surge então a questão de como definir tal população;

3) ao invés de limitar as despesas médicas, escolhe a solução do suporte integral do Estado a esta população;

4) cada sociedade desenvolverá suas próprias diretrizes que permitam implementar sua política sanitária, de acordo com os graus de eficiência e de justiça considerados adequados.

Em suma, para Kottow, esta solução decorre do fato do estabelecimento de prioridades de serviços médicos ser insuficiente para definir as reais necessidades médicas.

Por isso, considera que, por enquanto, a melhor solução do ponto de vista da justiça distributiva consista em determinar *que a cobertura médica esteja estendida a todos os cidadãos que não podem pagar para suas necessidades em saúde, independentemente do tipo e do custo da enfermidade*. Isto justificar-se-ia porque a saúde seria um pré-requisito para a obtenção e o gozo de outros bens.

Por fim, considera que o direito ao suporte estatal para os cuidados em saúde é perfeitamente compatível com sistemas médicos privados, desde que o Estado exerça seu papel fiscalizador, a fim de evitar os abusos, tais como contratos escusos e drenagem ilegítima de recursos estatais para o privado.

## Conclusões

Mas o que dizer, concretamente, para os intensivistas aqui presentes e evitar que se pense que a bioética é mero *flatus voci*?

Já antecipei ao longo de minha palestra que a situação do bioeticista é mais fácil da do gestor. Certamente é mais fácil também daquela do profissional de saúde que lida quotidianamente com os limites entre vida e morte. Portanto o que o bioeticista pode oferecer é, na melhor das hipóteses, um momento de parada e de troca, como o que neste momento vivemos e que permita a discussão e a reflexão sobre esses aspectos, que transcendem a rotina encontrada no ambiente médico-hospitalar.

Pode ainda oferecer uma análise coerente e uma ponderação dos argumentos morais e das consequências envolvidos pela prática médica em situações limites.

Aparentemente, este é um assunto que não diz respeito aos médicos cuja vocação, profissão e

responsabilidade é atender, e bem, os indivíduos doentes e frágeis. Porém, se um intensivista, por exemplo, parar para pensar sobre a sua rotina, verificará o quanto de conflitos, dilemas e decisões morais costuma tomar, também de forma rotineira.

Aliás, um dos fatos paradigmáticos que presidiram ao surgimento da Bioética como ética aplicada nos anos 70 (1975) é o caso de Karen Ann Quinlan, uma jovem do Estado do New Jersey em estado de morte cerebral em uma Unidade de Terapia Intensiva, quando um juiz determinou que médicos, administradores e parentes de uma doente presa a um respirador, em vida vegetativa, discutissem entre si a decisão de retirá-la ou mantê-la sob aparelhos. O que este dilema causou ao imaginário humano carregou consigo a irreversibilidade de um tema que passou a fazer parte do cotidiano da humanidade: o conflito entre o direito de todos aos cuidados e a realidade dos recursos disponíveis.

## Referências bibliográficas

1. SERRA, J. 2000. "Tuberculose: bicho-papão de volta", *Folha de São Paulo* de 2 de abril de 2000, p. 1(3).
2. CALLAHAN, D. 1987. *Setting limits. Medical goals in na aging society*. Washington, DC., Georgetown UP.
3. SEN, A. 1999. *Sobre ética e economia*. São Paulo, Companhia das Letras, p. 18.
4. DWORKIN, R. 1997. *Taking Rights Seriously*. Cambridge (Mass.). Harvard Universit Press.

5. WALZER, M. 1983. *Spheres of Justice: a Defense of Pluralism and Equality*. New York, Basic Books.
6. SCHRAMM, F. R. 1997. "Da bioética 'privada' à bioética 'pública'". In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES* (Sônia Fleury, org.). São Paulo, Ed Lemos, pp. 227-240.
7. ENGELHARDT, H. T. Jr. *Fundamentos da bioética*. São Paulo, Ed. Loyola.
8. CALLAHAN, D. 1987. *Op. Cit.*
9. OMS, 1986. *Carta de Ottawa*. Genebra, OMS.
10. OSHICKLE, D. 1998. "Resource allocation", *Encyclopedia of Applied Ethics* (Ruth Chadwick Ed.). San Diego, CA, Academic Press, vol. 3, pp. 861-873.C
11. HARRIS, J. 1998. "Micro-allocation: deciding between patients". In: *A Companion to Bioethics* (Helga Kuhse and Peter Singer eds.). Oxford, Blackwell Publ., pp. 293-305, p. 293.
12. KOTTOW, M. 1999. Sanitary justice in Scarsity, *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (s1): 43-50.

Palestra proferida pelo Dr. Fermin Roland Schramm - Doutor em Ciências. Sanitarista e Bioeticista. Pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz e Consultor de Bioética do Instituto Nacional de Câncer - por ocasião do IX Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva/IV Fórum Latino Americano de Ressuscitação, Belo Horizonte, 08/04/2000

Agradeço a Dra. Maria Inez Pordeus Gadelha do INCA pela leitura e sugestões feitas.