

SérieAnis

Bioética • Ética • Feminismo • Gênero • Direitos Humanos • Justiça • Desenvolvimento Social

RELAÇÃO ENTRE O CONCEITO DE EQUIDADE EM SAÚDE E PRINCÍPIOS ÉTICOS DE ACESSO A ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE¹

Fábio de Barros Correia Gomes²

Resumo

Sociedades democráticas e liberais devem considerar a justiça e a equidade em suas distribuições, principalmente num contexto de desigualdade social e econômica. Decisões associadas à vida ou à morte, como a alocação de órgãos para transplante, representam situações-limite para princípios de justiça distributiva. O artigo aborda aspectos teóricos dos conceitos de equidade e de equidade em saúde e busca relacioná-los a princípios éticos utilizados para orientar a seleção de critérios para a distribuição de órgãos. Para identificar elementos estruturais desejáveis em um sistema justo de alocação de órgãos, são analisados: a teoria de justiça como equidade de John Rawls, o conceito de equidade em saúde desenvolvido por Amartya Sen e princípios éticos mencionados por Nikola Biller-Andorno e Roberto Andorno. É sugerido que a interação entre o conceito de equidade e um conjunto de princípios éticos (igual oportunidade, distribuição eficiente e compaixão) precisa ser considerada na seleção de critérios de alocação de órgãos que sejam transparentes e consistentes.

Palavras-chave: saúde; equidade; órgãos; transplante; princípios éticos.

Abstract

Democratic and liberal societies must consider justice and equity in their distributions, chiefly in a context of social and economic inequality. Principles of distributive justice are stressed to their limits in life and death situations such as organ allocation for transplantation. This article addresses theoretical aspects of the equity and health equity concepts and tries to relate them to ethical principles used to guide the selection of allocation criteria. In order to identify desirable structural elements of a fair allocation system, the following were analyzed: John Rawls' theory of justice as fairness, the health equity concept developed by Amartya Sen and ethical principles mentioned by Nikola Biller-Andorno and Roberto Andorno. It is suggested that the interaction between the equity concept and a set of ethical principles (equal opportunity, efficient distribution and compassion) need to be considered in the selection of transparent and consistent criteria for organ allocation.

Key-words: health; equity; organs; transplantation; ethical principles.

A alocação de órgãos para transplante está frequentemente associada à escassez, representando uma situação limite para a aplicação de princípios de justiça distributiva e do conceito de equidade em saúde. Além disso, as consequências dessa decisão evocam uma associação mais direta, que em outras situações, com a vida e a morte, tornado-a crítica (KOCH, 2002).

A escassez de órgãos é um fenômeno comum a vários países e tem resultado na formação de filas de espera para a realização de transplantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007a). Segundo informações divulgadas pela *Organ Procurement and Transplantation Network* – OPTN (2007a), existiam 97 mil candidatos na lista de espera por um órgão nos EUA em setembro de 2007, sendo que 75% esperavam por um rim. No Brasil, segundo o Sistema Nacional de Transplantes (BRASIL, 2007), o total de pessoas inscritas nas listas de espera para transplante de órgãos em junho de 2007 era de 69 mil, sendo que 49% aguardavam um transplante de rim; 39%, de córnea e 10%, de fígado.

A situação de escassez de órgãos tem preocupado instituições como a Organização Mundial da Saúde - OMS, devido à vulnerabilidade social dos países mais pobres, cuja população tem sido vítima do turismo para transplante, em que pessoas viajam para esses países a fim de comprarem órgãos, como rins (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007a). Esse contexto está associado ao aumento da demanda decorrente do próprio desenvolvimento tecnológico do setor, do aumento de casos de doenças crônicas não transmissíveis, bem como a restrições estruturais na capacidade de os países ampliarem a captação de órgãos. Assim, os recursos disponíveis em cada país para aplicação nos respectivos programas de transplante terminam por diferenciá-los, resultando em variados níveis de acesso aos transplantes no cenário internacional. Os programas de transplante enfrentam atualmente um duplo desafio: promover o aumento no número de doações de órgãos e distribuir aqueles disponíveis da maneira mais eficiente e justa possível. É na capacidade de solucionar esses problemas, vencendo resistências culturais e problemas estruturais, que se diferenciam os programas ao redor do mundo.

Dados da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007b) e do registro internacional mantido pela *Organización Nacional de Trasplantes* (2007) indicam que há um maior acesso a transplantes nos países da Europa e nos EUA em comparação com países da América Latina, da Ásia e, principalmente, da África. Entretanto, também nos países mais desenvolvidos economicamente são observadas marcantes desigualdades de acesso regionais, geralmente com prejuízo para os grupos mais

SérieAnis

Bioética • Ética • Feminismo • Gênero • Direitos Humanos • Justiça • Desenvolvimento Social

vulneráveis, como: nos EUA (OPTN, 2007b), na Escócia (ONISCU et al., 2003), na França (ROUDOT-THORAVAL et al., 2003), no Reino Unido (RUDGE et al., 2003), na Austrália (CHAPMAN; GRAEME, 2003) e na Espanha (MIRANDA et al., 2003). O problema da desigualdade de acesso a transplantes tem provocado intenso debate nos países com maior desenvolvimento econômico, intensificado na década de 1980 pelo crescimento das listas de espera, que mostravam grandes variações regionais (MELTZER, 2003).

Para enfrentar a carência de órgãos são necessários critérios, acordados previamente pela sociedade, que definam como e a quem destiná-los. Nas sociedades liberais e democráticas, tais critérios visam conferir justiça e equidade a esse procedimento, particularmente quando se considera o contexto de desigualdade social e econômica, que influi na oportunidade de os cidadãos obterem acesso a órgãos para transplante.

Diante da relevância da demanda por equidade na distribuição de órgãos, este artigo abordará inicialmente aspectos teóricos dos conceitos de equidade e de equidade em saúde (destacando as contribuições de John Rawls e Amartya Sen) e, então, comentará a relação entre tais conceitos e a utilização de princípios éticos para orientar a seleção de critérios de distribuição.

Conceitos de equidade e equidade em saúde

Os conceitos de equidade e de equidade em saúde têm sido amplamente utilizados por organizações que atuam na área das políticas públicas, como se observa em documentos da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007c), do Banco Mundial (MUSGROVE, 1999) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, 2004). Entretanto, conceituar equidade não é tarefa trivial. Por exemplo, o programa de trabalho da OMS para o período de 2006 a 2015 indicou a necessidade de abordar a injustiça social e seus efeitos na saúde e de tornar claro o conceito de equidade em saúde para utilizá-lo como princípio orientador de suas atividades e promover os direitos humanos relacionados à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

A expressão “equidade” (do grego, *epieikeia*) é utilizada desde a Antiguidade, mas seu significado tem variado desde então. Em considerações sobre a justiça e a equidade, Aristóteles (1979) considerava equidade melhor, pois o equitativo seria o justo, mas não o justo segundo a lei, e sim um corretivo da justiça legal. Nesse contexto, recorria-se à equidade quando a generalidade da lei não era aplicável a casos particulares. Em textos bíblicos, *epieikeia* foi utilizada para denotar tratamento clemente ou misericordioso.³ A

vinculação da equidade a uma noção de justiça parece ter inspirado a criação do sistema inglês de *courts of law* e de *courts of equity*. As “cortes de equidade” surgiram na Inglaterra no século XIV, a partir de queixas dos súditos e visavam corrigir injustiças decorrentes da aplicação da lei comum (GILLEN, 2006). Esse tipo de corte existiu naquele país até 1873 e influenciou os sistemas judiciais dos países de língua inglesa (GILLEN, 2006).

A equidade também foi objeto de análises econômicas, principalmente, a respeito da distribuição da carga de cobrança de impostos na população. No início do século XX, Edwin Seligman (1908) preocupava-se com o estudo da teoria e prática da taxaço progressiva. Nesse tipo de análise são comuns as referências a dois tipos de equidade: a horizontal e a vertical. A equidade horizontal é o princípio pelo qual as pessoas que estão em circunstâncias similares devem pagar quantidades similares de impostos, ao passo que na equidade vertical, as que estão em circunstâncias diferentes devem ser tratadas diferentemente, de modo que as que possuem maior capacidade econômica pagam mais impostos (ELKINS, 2006). Essa lógica econômica foi adaptada para aplicação em outras áreas, como a da saúde. Segundo o glossário do *European Observatory on Health Systems and Policies* – EOHSP (2006), equidade é o princípio de ser justo com todos, com referência a um conjunto definido e reconhecido de valores. O mesmo glossário também apresenta definição complementar, incluindo os conceitos de equidade horizontal e vertical.

Célia Almeida discutiu o conceito de equidade, indicando que a sua noção é dependente (ALMEIDA, 2002, p. 30) de um percurso histórico que está vinculado à idéia de igualdade, conforme conceitos teóricos de Norberto Bobbio (BOBBIO, 2000; BOBBIO, 2002). Ainda que tal associação seja incontestável, a dependência conceitual da equidade à igualdade pode ofuscar características próprias do conceito de equidade e dificultar a consideração de situações em que a igualdade absoluta possa ser injusta, dependendo do contexto social. Almeida sugeriu que a conotação do termo equidade variou ao longo do tempo nas diversas sociedades, razão da dificuldade para obtenção do consenso em torno de uma definição (ALMEIDA, 2002). Destacou que, para o Estado, como provedor e financiador de serviços de bem-estar, a equidade foi entendida como igualdade de oportunidades de acesso a recursos, de acordo com as necessidades (ALMEIDA, 2002). A autora reconheceu a necessidade da definição de princípios de justiça coerentes e consistentes, incluindo o aspecto político, em função do “grau de desigualdade (e de conflito) que uma sociedade está disposta (ou consegue) suportar” (ALMEIDA, 2002, p. 35).

SérieAnis

Bioética • Ética • Feminismo • Gênero • Direitos Humanos • Justiça • Desenvolvimento Social

Sendo os princípios de justiça fundamentais para a conceituação da equidade e também da equidade em saúde, a ausência de tais princípios reduziria esses conceitos a meras constatações de desigualdades. Não que esse tipo de constatação seja irrelevante, mas é preciso ter claro que a detecção de desigualdades é uma etapa que antecede a análise da equidade. Por exemplo, a divulgação em 1980, do *Black Report* identificou desigualdades em saúde na população do Reino Unido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007c), que fundamentaram discussões posteriores sobre a equidade e a iniquidade em saúde.

Considerando a aplicação de princípios de justiça distributiva na prática das políticas sociais, Marcelo Medeiros e Debora Diniz (2007) analisaram os paradigmas da igualdade e da equidade. O primeiro baseia-se no igual tratamento dos indivíduos e o segundo considera as “desigualdades entre os indivíduos para definir alocações e determina que o objetivo de uma alocação pública é reverter desigualdades injustas quando elas existem e tratar igualmente a todos quando não houver desigualdades” (MEDEIROS e DINIZ, 2007, p. 4). Os autores associaram o paradigma da igualdade à moralidade dos direitos, exemplificada nos fundamentos das Revoluções Francesa e dos Estados Unidos (MEDEIROS e DINIZ, 2007). O paradigma da equidade foi exemplificado pela teoria de John Rawls e pela concepção de justiça distributiva de Karl Marx, que propôs a regra “a cada um de acordo com suas necessidades, de cada um de acordo com suas capacidades” (MEDEIROS e DINIZ, 2007, p. 4).

Em nosso contexto, a equidade relaciona-se a princípios de justiça valorizados pelas sociedades democráticas e liberais. Silvia Porto (1995) identificou três abordagens de justiça social no pensamento liberal: a contratualista de Rousseau, a do utilitarismo clássico e a reflexão realizada por Rawls em sua teoria de justiça. A abordagem de Rawls buscou identificar princípios de universalidade nos valores de justiça comuns às sociedades democráticas nos seus vários contextos. Tal abordagem propôs princípios de justiça social de fundamentação kantiana, que consideram a equidade, razão pela qual foi priorizada para análise.

A teoria de Rawls (1997, 2000, 2003) baseia-se em obrigações morais, justificadas racionalmente por princípios sobre quais se é levado a concordar, desde que sejam aceitas as premissas apresentadas. Os procedimentos morais justos seriam aplicados às instituições da sociedade. Rawls deduziu princípios de justiça que pudessem ser aceitos pelos membros da sociedade ao pactuarem a forma de funcionamento de suas instituições – a estrutura básica - num contexto liberal e democrático. Sua teoria segue uma tradição contratualista, pressupondo que o

funcionamento justo das instituições termina por favorecer a equidade na distribuição dos recursos na sociedade.

O autor enunciou dois princípios de justiça, que interagem e conformam uma justiça como equidade (*justice as fairness*). O primeiro princípio aborda as liberdades básicas, que devem ser acessíveis de modo igualitário. Para Rawls (1997, 2003), as liberdades básicas são consideradas fundamentais para que o indivíduo exerça seu papel na sociedade e busque pelos seus próprios meios o seu desenvolvimento. O segundo princípio, hierarquicamente inferior ao primeiro, aborda a desigualdade econômica e a igualdade de oportunidades. Segundo esse princípio, desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições: ser vinculada a cargos e posições abertas a todos em condições de justa igualdade e oportunidade e concorrer para o maior benefício dos membros menos privilegiados da sociedade (RAWLS, 1997; RAWLS, 2003).

Os recursos da sociedade, objetos do contrato social, são denominados de bens primários, que estão relacionados a coisas que cada homem racional presumivelmente deseja e incluem: renda e riqueza, liberdades básicas, liberdade de movimento e escolha de ocupação, poderes e prerrogativas de cargos e posições de responsabilidade e as bases sociais do auto-respeito (RAWLS, 2003). A admissão de desigualdades que favoreçam os menos privilegiados é denominada de princípio da diferença (RAWLS, 1997), um mecanismo para a atenuação das desigualdades. Presume-se que a teoria aceite que a desigualdade seja algo natural e inevitável e que, por isso mesmo, seja necessário prever mecanismos para melhorar a situação dos menos favorecidos.

Os princípios de justiça propostos por Rawls possuem elevado apelo para as sociedades democráticas modernas, uma vez que fornecem subsídios para o debate da distribuição equitativa dos recursos coletivos independente de doutrinas morais, permitindo a integração de membros de diversas ideologias na construção do projeto de sociedade. Além disso, abordam a desigualdade econômica, característica estrutural das sociedades capitalistas e que requer mecanismos para que os menos privilegiados sejam tratados de modo a favorecer sua situação na sociedade. Rawls considerava que os dois princípios de justiça não se relacionavam a noções morais de bem e de finalidade, afastando com veemência a associação com o utilitarismo clássico, que considerava uma teoria teleológica, por priorizar uma finalidade, no caso, o bem-estar da maioria (Rawls, 1997).

O trabalho de Rawls e de seus críticos têm colaborado para a ampliação do debate sobre a justiça e a equidade (NOZIK, 1991; SANDEL, 1984; DWORKIN, 2005; KYMLICKA, 2006; SEN, 1995). Robert Nozick (1991)

SérieAnis

Bioética • Ética • Feminismo • Gênero • Direitos Humanos • Justiça • Desenvolvimento Social

defendeu um princípio de justiça distributiva baseado no direito à posse justa, estabelecido concreta e historicamente. Esse direito seria estabelecido pelos princípios de aquisição e de transferência de bens e, havendo necessidade, o princípio de correção seria utilizado para sanar injustiças na aplicação de um dos princípios mencionados. Considerou que a teoria de Rawls é incapaz de produzir esse tipo de concepção, pois focaliza os resultados finais da distribuição e não considera o processo histórico.

Michael Sandel (1984), de um ponto de vista hegeliano comunitarista, que valoriza os sistemas éticos que visam um bem substantivo e, conseqüentemente, o sistema de valores da sociedade, dirigiu forte crítica aos princípios de justiça de Rawls, os quais tentam evitar valores morais na consideração do que é justo. Para Sandel (1984), a concepção da moral individual de Rawls é utilitária e a crítica de Rawls ao utilitarismo se limita a aplicação de seu princípio de maximização sobre um coletivo.

Ronald Dworkin (2005) concordou com Rawls a respeito da necessidade do funcionamento justo das instituições para favorecer a equidade na distribuição dos recursos na sociedade. Apresentou tese de que a igualdade de recursos é mais objetiva que a de bem-estar, permitindo a comparação entre padrões de distribuição de recursos. Seu modelo abstrato de leilão igualitário valoriza a liberdade de escolha dos indivíduos, mas diferentemente do princípio da diferença de Rawls, insere a responsabilidade individual pelas conseqüências das escolhas e prevê compensação das desigualdades naturais, por meio de correções na distribuição inicial dos recursos (DWORKIN, 2005).⁴

Segundo Will Kymlicka (2006), a teoria de Rawls foi uma das primeiras alternativas ao utilitarismo e seu primeiro princípio de justiça é objeto de consenso, pois a noção "de que os direitos civis e políticos devem ter prioridade é amplamente compartilhada em nossa sociedade" (KYMICKA, 2006, p. 68). Entretanto, criticou o fato de que o princípio da diferença seja aplicado para compensar desigualdades sociais (afetadas por meio dos bens primários), mas não ofereça o mesmo tratamento para o caso das desigualdades de talentos naturais, como as deficiências físicas, convertendo-se em reação insuficiente ao problema das desigualdades imerecidas (KYMICKA, 2006). Também ressaltou que o princípio da diferença não distingue entre desigualdades escolhidas e não escolhidas, deixando de abordar a responsabilidade dos indivíduos e, nesse caso, constituindo-se em reação excessiva a desigualdades imerecidas (KYMICKA, 2006).

Dentre os críticos à teoria de Rawls, mas ainda inserido no contexto liberal e democrático, destaca-se Amartya Sen, que apesar de reconhecer a relevância da teoria de

justiça de Rawls e também não apresentar objeção ao primeiro princípio de justiça, criticou o princípio da diferença no contexto da discussão sobre a igualdade (SEN, 1995). Inicialmente, Sen alertou para a necessidade teórica de especificar o espaço que se está abordando ao discutir igualdade. Cada teoria que aborda a igualdade enfatiza determinado espaço em que a considera crucial. Os liberais valorizam a igualdade de direitos e os utilitários, a dos interesses (utilidades) individuais (SEN, 1995). A teoria de Rawls valoriza a igualdade de liberdades básicas e de distribuição de bens primários e a de Dworkin, a igualdade de recursos (SEN, 1995). Outras teorias podem valorizar a igualdade de direitos, de necessidades, de renda, etc.⁵ Sen indicou que a igualdade em um espaço tende a caminhar com desigualdade em outro (por exemplo, a igualdade dos princípios liberais, pode vir acompanhada de desigualdade de renda); assim, teorias podem justificar a desigualdade por meio da igualdade (SEN, 1995).

Sen reconheceu que Rawls transformou o modo de pensar a desigualdade, que antes valorizava os resultados, passando a considerar também oportunidades e liberdades (SEN, 1995). Entretanto, observou que o princípio da diferença, ao se limitar na distribuição de bens primários, concentrou-se nos meios para liberdade em vez de na liberdade efetiva. Mesmo que as pessoas possuíssem recursos similares (bens primários), algumas teriam mais liberdade que outras para atingir seus objetivos (SEN, 1995).

Como solução, propôs uma avaliação da desigualdade em termos de conquistas e liberdades. Assim, ao invés de bens primários os indivíduos seriam avaliados pela capacidade de funcionar na sociedade, logo, de conquistar seu bem-estar. Tal capacidade derivaria do conjunto de *functionings* (situações de existência e atividades desejadas, que são elementos constitutivos do bem-estar) que a pessoa tivesse a liberdade efetiva para escolher e realizar o seu plano de vida (SEN, 1995). Segundo Sen, as *functionings* podem variar desde situações elementares, como estar bem nutrido ou livre de morbidade evitável e de mortalidade prematura, até conquistas complexas como o auto-respeito, a felicidade e a participação na vida comunitária (SEN, 1995). Nessa abordagem, a mensuração de recursos ou bens primários seria um indicador imperfeito para avaliar a liberdade que a pessoa realmente possui para fazer isso ou ser aquilo (SEN, 1995). Desse modo, a base informacional derivada do princípio da diferença foi considerada inadequada por Sen, pois apenas informa sobre os meios para a obtenção da liberdade, sendo necessário avançar para a consideração das capacidades, por meio da avaliação das liberdades efetivas. Isso permite a consideração da variação interpessoal na transformação de bens primários em

SérieAnis

Bioética • Ética • Feminismo • Gênero • Direitos Humanos • Justiça • Desenvolvimento Social

capacidades para buscar nossos fins (SEN, 1995).

Conforme observado por Álvaro de Vita (1999), Sen utilizou as estruturas normativa e ideológica da teoria de Rawls para construir uma concepção de justiça distributiva, sem, entretanto, possuir a abrangência de uma teoria de justiça (VITA, 1999).⁶ Contudo, Sen estabeleceu um patamar mínimo de recursos a serem distribuídos entre os membros da sociedade, que promovam a capacidade do indivíduo para funcionar, demonstrando preocupação com o caráter substantivo da sua proposição (SEN, 1995).

Na discussão específica sobre o conceito de equidade em saúde permanecem os mesmos desafios da conceituação geral. A Associação Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (2000, p. 1) destacou que há “falta de conceitos mais precisos e de evidências empíricas” sobre equidade em saúde e que “definições amplas e abrangentes trazem implícitos valores éticos e princípios morais que não são dados a priori, nem fáceis de operacionalizar”. Entretanto, para que se implementem sistemas de saúde equitativos é preciso clareza a respeito do conceito de equidade em saúde que se utiliza.

Revelando sua preocupação em vincular conceitos teóricos a matérias de consideração prática, Sen (2006) também estudou o conceito de equidade em saúde. Para o autor, esse conceito é central para o entendimento da justiça social, pois qualquer concepção que aceite a necessidade de uma distribuição justa e uma formação eficiente de capacidades humanas não pode ignorar o papel da saúde na vida humana e as oportunidades que as pessoas têm para alcançar uma boa saúde (SEN, 2006).

Utilizando elementos de sua reflexão sobre a igualdade, Sen considerou a equidade em saúde como um conceito multidimensional, que inclui aspectos de obtenção (“*achievement*”) da saúde e de capacidade (“*capability*”) para alcançar uma boa saúde, não apenas a distribuição do cuidado de saúde (SEN, 2006). Ressaltou que o conceito também inclui a justiça dos procedimentos institucionais, como, por exemplo, ao conferir importância a não discriminação no oferecimento do cuidado de saúde. Além disso, indicou que o conceito deve estar integrado “com aspectos mais amplos da justiça social e da equidade total, prestando adequada atenção à versatilidade dos recursos e ao alcance e impacto diversos de diferentes arranjos sociais” (SEN, 2006, p. 31, tradução nossa).

Sen destacou que as violações da equidade em saúde não podem ser julgadas simplesmente pela observação de desigualdades em saúde, pois a verificação da extensão da desigualdade pode não oferecer informação adequada para essa avaliação. Para serem materialmente relevantes, mais que

revelar diferenças na distribuição de serviços de saúde, as violações precisam estar associadas a causas evitáveis e injustas, como falhas nas políticas de alocação de recursos para os cuidados de saúde (SEN, 2006). Assim, a equidade em saúde não pode ser restrita à observação isolada da saúde ou da distribuição de serviços (SEN, 2006). Não que a defesa da estrutura geral e inclusiva do conceito signifique desprezo à utilização de critérios específicos para determinados fins, pois são úteis para o esclarecimento de questões específicas e concretas sobre a equidade. Seu objetivo foi de se contrapor à excessiva valorização de critérios específicos, presentes em conceitos operacionais, pois os critérios mais abrangentes também são necessários, particularmente para estabelecer relações com a equidade total (SEN, 2006). Para Sen, a equidade em saúde é um conceito abrangente e o reconhecimento dessa abrangência tem que preceder a limitação do mesmo por qualquer critério específico, associado a propósitos contingenciais (SEN, 2006).⁷

Outros pesquisadores e instituições que atuam com políticas de saúde elaboraram definições sobre equidade em saúde, sendo a análise das mesmas útil para a verificação dos princípios associados. Margaret Whitehead apresentou, em março de 1990, como resultado da revisão das discussões do Programa de Equidade em Saúde do Escritório Regional da Europa da OMS, uma definição para **iniquidade em saúde**, a qual “refere-se a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de consideradas socialmente injustas” (WHITEHEAD, 1992, p. 431). Embora essa definição aborde a questão da justiça social, vale destacar que a expressão “diferenças desnecessárias” pressupõe a aceitação de “diferenças necessárias”. Curiosamente, essa é a definição que geralmente se divulga nas discussões sobre **equidade em saúde**.⁸ Entretanto, Whitehead também apresentou uma *working definition* para equidade em saúde, a qual: “implica que, idealmente, cada um deve ter uma oportunidade justa para desenvolver seu pleno potencial de saúde e, mais programaticamente, que ninguém deve possuir desvantagem para atingir esse potencial, se isso puder ser evitado” (WHITEHEAD, 1992, p. 433, tradução nossa).

O Glossário do EOHSP apresenta conceito semelhante, acrescentando que todos deveriam ter acesso geográfico e financeiro aos recursos disponíveis para o cuidado da saúde (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, 2006). Esse conceito valoriza o princípio de justiça de oportunidade de acesso a recursos, não necessariamente baseada na igualdade absoluta de condições. Também valoriza a natureza relacional da equidade, uma vez que sua determinação depende da justiça da distribuição de recursos de acordo com as características sócio-econômicas dos indivíduos. Tanto a definição de

SérieAnis

Bioética • Ética • Feminismo • Gênero • Direitos Humanos • Justiça • Desenvolvimento Social

Whitehead (1992, p. 433) quanto à do EOHSP aproximam-se da visão de Sen a respeito da promoção das capacidades individuais para desenvolver o pleno potencial de saúde.

Em junho de 2007, relatório da *Knowledge Network on Health Systems* da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS, indicou que a definição de equidade em saúde inclui o conceito de justa distribuição de resultados em saúde na população, bem como uma justa distribuição de serviços de saúde e de níveis de pagamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007c). Destacou-se também a inclusão da noção de redistribuição de poder para tomar decisões que afetam a saúde e a atenção à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007c). Essa definição incorporou elementos de promoção da capacidade individual para obtenção da saúde presente no conceito de Sen, além de evitar a restrição apenas a critérios de acesso a serviços de saúde e avançar no reconhecimento da importância da ação política. Entretanto, esse conceito ainda parece muito centrado no sistema de saúde, reduzindo a ênfase das relações com outras políticas públicas necessárias ao desenvolvimento das capacidades dos indivíduos, apesar de muitas dessas relações terem sido mencionadas ao longo do referido relatório.

Para a ABRASCO (2000), duas dimensões da equidade em saúde devem ser consideradas: equidade nas condições de vida e saúde da população e equidade no acesso e no consumo de serviços de saúde. Tal distinção seria necessária, pois vários estudos têm demonstrado que a utilização de serviços de saúde não é fator único para a manutenção da saúde, uma vez que outras variáveis, como o panorama epidemiológico, a estrutura etária, a herança biológica, o estilo de vida, também são relevantes (ABRASCO, 2000). A consideração de dimensões de equidade, não apenas na área de prestação de serviços de saúde, amplia o alcance do conceito, permitindo considerar as interações da política setorial da saúde com o contexto econômico, social e político em que está inserida. Embora essas dimensões da equidade possam ser incluídas no conceito abrangente e sistêmico de Sen, este propôs, como mencionado, um conceito multidimensional. Logo, outras dimensões, como a justiça nos procedimentos, a não discriminação e relações com a equidade total também precisam ser consideradas.

Para a *International Society for Equity in Health* – ISEH (2006), equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos da saúde entre populações ou grupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente. Nessa definição percebe-se a opção por abordar a equidade pelo contraste com o que ela não é, evitando a explicitação de valores subjetivos de justiça. Entretanto, a

ausência de um princípio de justiça pode, por exemplo, destacar apenas as desigualdades em saúde sem considerar o quadro mais amplo da equidade total e da justiça social, afastando-se, assim, do conceito abrangente de Sen. Uma abordagem sistêmica, como a de Sen, permite a identificação e atuação, por meio de políticas públicas intersetoriais, em causas relevantes de iniquidade em saúde. Do contrário, poder-se-ia priorizar uma atuação menos eficaz e eficiente em desigualdades que apenas refletem o final da cadeia de causalidade.

Esse tipo de atuação pode ser exemplificado ao se considerar as ações necessárias para que o programa de transplante do Brasil supere os problemas operacionais acentuados após 2004 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007). A adoção de um conceito restrito de equidade em saúde poderia indicar a focalização em medidas que dissessem respeito apenas ao aumento de eficiência na captação de órgãos e na realização de transplantes, que embora necessárias podem não ser suficientes para que se alcance a equidade. Uma visão sistêmica atentaria para o financiamento das políticas sociais e para a melhoria das ações de prevenção e controle de doenças que demandam a realização de transplantes. Consideraria as relações com o sistema público de saúde, pois os inscritos na lista de espera para transplante dependem dos exames realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para se habilitarem como receptores de órgãos.

Também estaria alerta para o fato de que os familiares de potenciais doadores poderiam efetivar a doação numa maior proporção, caso percebessem que seu parente, na tentativa de recuperar a saúde, foi tratado da melhor forma possível pelo SUS. Por outro lado, a doação seria dificultada caso o doente esperasse demasiadamente por atendimento de urgência adequado, tivesse seu estado agravado e apenas quando se encontrasse em morte encefálica fosse conduzido a um disputado leito de UTI para ter os órgãos preservados.

O próximo item considera a aplicação de princípios de justiça e equidade na alocação de órgãos para transplante.

Equidade e critérios de alocação de órgãos

As instituições internacionais recomendam que apenas necessidades médicas, de situação de saúde, devam ser levadas em consideração na alocação de órgãos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2004). Como consequência, não se pode, por exemplo, aplicar diretamente um princípio equitativo e alocar órgãos unicamente com base na situação social dos menos favorecidos da população. O espaço de igualdade de oportunidade que se deseja promover precisa ser bem caracterizado

SérieAnis

Bioética • Ética • Feminismo • Gênero • Direitos Humanos • Justiça • Desenvolvimento Social

e, a princípio, estar associado às necessidades de saúde. Entretanto, as necessidades de saúde apresentam gradações, nem sempre objetivas, que necessitam da intermediação de princípios éticos para que se promova a justiça na alocação de órgãos. Assim, além de princípios de justiça e de equidade, também é preciso considerar a adoção de princípios éticos.

Carlos Ribeiro e Fermin Schramm (2006) identificaram duas estratégias para alocação de órgãos para transplante: as igualitárias e as utilitárias. As igualitárias oferecem iguais oportunidades a todos, como seria o caso da ordem de inscrição em listas de espera e o sorteio. As estratégias utilitárias podem ser: médica e social. A estratégia utilitária médica utiliza critérios relativos às necessidades de saúde das pessoas e à probabilidade de sucesso do tratamento. A utilidade social relaciona-se a critérios de alocação baseados em características sociais tais como sexo, raça, idade, estilo de vida e estrutura social de apoio (RIBEIRO; SCHRAMM, 2006). A subjetividade do critério de utilidade social demanda atenção para que não se estabeleçam critérios discriminatórios.⁹

Nikola Biller-Andorno e Roberto Andorno (2001) identificaram quatro princípios éticos que podem ser utilizados para alocação de órgãos. O primeiro é o da igual oportunidade, semelhante à estratégia igualitária de Ribeiro e Schramm (2006). Foi considerado um dos mais simples, sendo baseado na idéia de que todos os critérios seriam arbitrários, logo todos os inscritos em listas de espera teriam o mesmo direito de receber órgãos, independente de qualquer critério adicional (BILLER-ANDORNO; ANDORNO, 2001). Os autores indicaram que a adoção exclusiva desse princípio é indefensável, pois não considera a situação particular das pessoas.

O segundo é o princípio da justiça compensatória, pelo qual as pessoas que sofreram mais ou se sacrificaram mais por outros teriam mais direitos de receber um órgão. O terceiro é o princípio da distribuição eficiente, que determina que os que têm mais probabilidade de alcançar um melhor resultado teriam a preferência para receber órgãos. Isso pode provocar discriminação se não houver preocupação com questões de justiça, raça, cultura e gênero (BILLER-ANDORNO; ANDORNO, 2001). O quarto princípio é o da compaixão, às vezes chamado de critério de urgência, que indica que os que precisam mais do órgão para sobreviver deveriam ser selecionados, como é o caso da morte iminente. Esse princípio, em geral entra em conflito com o da distribuição eficiente (BILLER-ANDORNO; ANDORNO, 2001).

Biller-Andorno e Andorno (2001) reconheceram que a integração desses princípios nem sempre é simples e que a manutenção de uma completa objetividade nos critérios de alocação não é factível.

Recomendaram a manutenção de um alto nível de atenção sobre as dificuldades implícitas do processo de alocação de órgãos para transplante, além de esforço contínuo para buscar a melhor solução possível, para cada pessoa em particular e para a sociedade (BILLER-ANDORNO; ANDORNO, 2001). Também sugeriram atenção para a não discriminação, para a transparência e para o uso combinado de critérios de necessidade médica e não médicos, como o tempo de espera (BILLER-ANDORNO; ANDORNO, 2001). Ressaltaram os princípios de alocação presentes na legislação da Alemanha e da França.

A lei alemã, aprovada em 1997, misturou princípios de compaixão e de distribuição eficiente. Naquele país, os centros de transplante são obrigados a decidir sobre a inclusão de pessoas na lista de espera considerando o estado do conhecimento científico, em particular, a urgência e a probabilidade de sucesso do transplante (BILLER-ANDORNO; ANDORNO, 2001). O princípio da justiça compensatória chegou a ser discutido, mas foi rejeitado pela sua natureza discriminatória. O princípio da igualdade não foi considerado adequado por não considerar as diferentes posições pré-existentes, o que poderia reforçar desigualdades prévias (BILLER-ANDORNO; ANDORNO, 2001). Essa situação é um bom exemplo de que a adoção de critérios igualitários, sem a intermediação de um princípio equitativo pode não ser aceitável pela sociedade.

Na França, a Lei nº 94-654, de 29 de julho de 1994, formulou princípios gerais sobre o transplante de órgãos (BILLER-ANDORNO; ANDORNO, 2001). Foi criada uma instituição para gerenciar a lista de espera nacional e para estabelecer os critérios de alocação, que seriam ratificados pelo Ministério da Saúde. O relatório de um comitê nacional, apresentado em julho de 1996, propôs a harmonização de protocolos existentes no nível nacional e uma melhor alocação geográfica de órgãos (BILLER-ANDORNO; ANDORNO, 2001). O governo francês modificou seus regulamentos em 1996, estabelecendo regras para órgãos diferentes e quatro estágios de distribuição - local, inter-regional, nacional e internacional (BILLER-ANDORNO; ANDORNO, 2001). Foi estabelecida prioridade em favor dos que estão em morte iminente, daqueles com poucas chances de encontrar outro órgão compatível e das crianças (BILLER-ANDORNO; ANDORNO, 2001). O direito de estrangeiros não residentes serem incluídos na lista de espera foi reconhecido (BILLER-ANDORNO; ANDORNO, 2001).

Também nos EUA foi utilizada uma combinação de princípios para alocação de órgãos. Segundo Robert Veatch (1998), a Lei de Transplante de Órgãos dos EUA de 1984 demandou a combinação dos princípios de equidade e de eficiência nos critérios de alocação de órgãos, cabendo à *United Network*

Bioética • Ética • Feminismo • Gênero • Direitos Humanos • Justiça • Desenvolvimento Social

for *Organ Sharing* (UNOS) a especificação da fórmula exata utilizada no processo de alocação.

No Brasil, a Lei dos Transplantes (Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997) e sua regulamentação prevêem a combinação dos seguintes princípios éticos: o de igualdade (ordem de inscrição), o da distribuição eficiente (a compatibilidade biológica e o privilégio do nível estadual de distribuição, para evitar perda de órgãos, que poderia ocorrer com a demora nos deslocamentos necessários a realização de transplantes) e o princípio da compaixão (iminência do óbito). Esses princípios éticos foram integrados a um princípio de equidade no nível nacional, expresso na possibilidade de aproveitamento de órgãos não utilizados em um estado de acordo com uma lista nacional.

Como se observa a partir das informações apresentadas, cada país adotou uma combinação particular de princípios éticos, de acordo com seu contexto e valores sociais, os quais orientam a alocação de órgãos, que se pretende equitativa. A determinação do peso relativo de cada princípio e das necessidades de priorização (como o caso das crianças) é uma tarefa que cabe a cada país decidir com transparência. Diante da variedade de combinações possíveis, percebe-se que os princípios éticos e os de justiça distributiva precisam ser integrados de modo a produzir um resultado equitativo.

A teoria de Rawls tem contribuição relevante a oferecer no que se refere à justiça dos procedimentos das instituições responsáveis pela distribuição dos órgãos; que devem garantir oportunidades iguais a todos que se apresentem nas mesmas condições e aplicar os critérios de alocação acordados pela sociedade e previstos na regulamentação. Entretanto, devido a sua concepção política, voltada para o funcionamento da estrutura básica da sociedade, essa teoria tem a limitação de não se destinar a solucionar problemas específicos de distribuição. Apesar disso, Veatch (1998) questionou se o princípio da diferença de Rawls justificaria a doação direta de órgãos a grupos sociais específicos num programa de transplante baseado em fila de espera.¹⁰ O conceito de equidade em saúde de Sen, por sua preocupação com a não discriminação social excluiria a doação direta num sistema de lista de espera, pois esse tipo de doação é tido como discriminatório.

O caráter mais substantivo da contribuição de Sen pode oferecer outros subsídios à complexa tarefa de alocar órgãos. Sua abordagem sistêmica, por exemplo, demanda que os critérios de alocação de órgãos sejam considerados à luz do contexto do sistema da saúde e da capacidade efetiva de os indivíduos terem acesso aos órgãos para transplante. Assim, para que o conjunto de critérios de alocação promova a equidade, o sistema de saúde precisa oferecer igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde

em geral, não apenas aos serviços de transplante. Desse modo serão evitadas desigualdades na prevenção e no tratamento de doenças que terminam por demandar transplante de órgãos e que colocam os menos privilegiados em situação de desvantagem.¹¹ Koch (2002) alertou para a necessidade de que as políticas públicas evitem a escassez artificial de órgãos, aquela produzida por decisões e alocações de recursos inadequadas, que poderiam ter sido evitadas de modo a reduzir o nível de escassez ao mínimo possível.

No caso do acesso específico aos serviços de transplante, a abordagem das capacidades de Sen dá suporte para que todos os inscritos nas listas de espera possuam real oportunidade de ser transplantados. Por exemplo, considerando um sistema de saúde público e universal, não se admitiria a existência de critérios de alocação no plano formal sem que os meios necessários para habilitação aos mesmos fossem acessíveis a todos. Logo, não seria equitativa a exigência de exames laboratoriais para habilitação ao transplante que não estivessem acessíveis a todos os inscritos nas filas de transplante, pois o resultado seria a desigualdade injusta (pela vantagem dos que tivessem acesso a tais exames por outras vias e pelo deslocamento dos menos privilegiados para as listas de “inativos”, prolongando seu tempo de espera). Certamente, a exigência dos exames não poderia ser abolida, em benefício dos próprios candidatos a transplante, mas o acesso aos mesmos teria que ser ampliado.

A abordagem da promoção das capacidades também demandaria uma distribuição geográfica homogênea de centros transplantadores e de centrais de transplante, além do estabelecimento de arranjos especiais de distribuição de órgãos para suprir carências de grupos populacionais com dificuldade de acesso em seus locais de residência (por exemplo, por meio do estabelecimento de listas de espera por nível de distribuição regional). Enfim, a remoção de barreiras que restrinjam a liberdade efetiva para desenvolver o potencial de saúde dos indivíduos.

Conclusões

Da análise empreendida, destaca-se que o conceito de equidade está relacionado a uma noção de justiça, a qual seria a principal responsável pela variação no significado da equidade ao longo do tempo. Entretanto, o arcabouço básico do conceito de equidade, fundamentado na clássica visão grega de justiça de tratar diferentemente pessoas diferentes (BROWN, 1991, p. 491), tem permanecido estável. A relação da equidade com a discussão sobre a igualdade e a desigualdade é, pois, indissociável. Com base na reflexão de Sen, percebe-se que os espaços para a demanda de igualdade são plurais e que é possível a percepção de diferentes

SérieAnis

Bioética • Ética • Feminismo • Gênero • Direitos Humanos • Justiça • Desenvolvimento Social

concepções de justiça fundamentadas em diferentes demandas por igualdade, que podem estar associadas a, ou até justificar, desigualdades em outros espaços.

Os princípios de justiça elaborados por Rawls gozam de razoável consenso entre os liberais, principalmente, com relação à defesa das liberdades individuais básicas e da justiça de procedimento das instituições da sociedade. Grande parte da divergência à teoria de Rawls diz respeito à distribuição de bens primários por meio do princípio da diferença. Embora a teoria promova a liberdade, a igualdade de oportunidades e a redução das desigualdades, não é clara a respeito do nível de satisfação dos bens primários. Saúde nem chega a ser explicitada como um bem primário (RAWLS, 2003). Embora o princípio da diferença admita compensações de maior vulto, como as medidas equitativas associadas ao Estado de bem-estar social, o fato de não apresentar requerimentos mínimos, pode justificar distribuições que aparentemente representem maior vantagem para os menos privilegiados, mas que na prática, pela sua insuficiência em promover capacidades, resultem na manutenção da estrutura de desigualdade social.

A crítica de Sen à focalização do princípio da diferença nos meios para conquistar a liberdade ao invés de na liberdade em si, inseriu a preocupação com a variabilidade interpessoal na capacidade de transformar os bens primários em resultados. Sen estabeleceu diferença entre os meios e a liberdade efetiva para conquistar o bem-estar (com possibilidade de escolha). Embora a mensuração das desigualdades de capacidades não seja metodologicamente simples, essa abordagem expandiu as possibilidades de utilização prática da teoria de Rawls. No caso da saúde, o conceito de equidade de Sen permitiu a vinculação com temas de equidade total e de justiça social, afastando-se da restrição de se analisar apenas indicadores de desigualdade em níveis de saúde e de distribuição de serviços de saúde.

Do conjunto de conceitos sobre equidade em saúde analisados, que fizeram menção a um princípio de justiça, percebe-se a predominância na utilização do princípio da oportunidade justa e o suporte à correção de desigualdades desnecessárias. Esse padrão é compatível com um princípio de justiça liberal, como o proposto por Rawls. Também se observam avanços teóricos contidos na proposta de Sen, relacionados ao desenvolvimento das capacidades individuais para se conquistar a saúde. Entretanto, para a orientação da implementação de sistemas de saúde equitativos ainda é preciso salientar nesses conceitos operacionais: o princípio de justiça associado, o caráter multidimensional da equidade em saúde e as suas relações com a equidade total e com a justiça social, de acordo com a visão sistêmica de Sen.

A respeito da aplicação da teoria de Rawls e de Sen ao processo de alocação de órgãos para transplante, salientou-se a necessidade de integração com princípios éticos aceitos pela sociedade. Na prática dos programas de transplante observa-se que cada país adota um conjunto de princípios éticos visando alcançar a equidade. Geralmente é utilizado o princípio da igualdade (ordem da fila de espera) associado a critérios de compaixão (morte iminente) e de distribuição eficiente (melhor resultado esperado de acordo com a gravidade e a necessidade de saúde). Em situações especiais são oferecidas prioridades, como no caso de seleção de crianças. O peso que cada princípio recebe no processo de alocação de órgãos varia em cada sociedade, mas uma vez expressos em seus regulamentos, precisam ser aplicados com imparcialidade e transparência para garantir a justiça nos procedimentos e a igual oportunidade.

Salienta-se, finalmente, que para a obtenção de um acesso equitativo aos órgãos, não basta apenas a existência de critérios formais de alocação e de justiça nos procedimentos, mas também atenção à efetiva liberdade para mobilizar os meios que permitam ao indivíduo uma oportunidade justa de acesso ao programa de transplante.

¹ Texto adaptado da dissertação de mestrado em política social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, intitulada: "Ameaças à equidade na distribuição de órgãos para transplante: uma análise dos critérios legais de acesso", apresentada por Fábio de Barros Correia Gomes em novembro de 2007, sob orientação da Prof. Dra. Debora Diniz.

² Graduado em medicina pela UFPE (1987); mestre em saúde pública pela Emory University / EUA (1991); mestre em política social pela UnB (2007); doutorando de ciência política do IUPERJ; consultor da Câmara dos Deputados na área de saúde pública desde 2003.

³ O uso da expressão "equidade" pode ser observado em vários versículos do Antigo e do Novo Testamento, por exemplo: Salmos 99:4, Provérbios 2:9, Atos 24:4, II Coríntios, 10:1 e Hebreus 1:8.

⁴ Dworkin (2005) concebeu um leilão igualitário em que o leiloeiro é o Estado e onde cada um tem ciência de sua situação na sociedade e busca a satisfação de suas necessidades e preferências com os recursos de que dispõe. Segundo o autor, o leilão finalizaria quando ninguém desejasse os recursos distribuídos aos demais. Seria alcançada uma situação de igualdade inicial, que permitiria aos indivíduos viverem conforme seus desejos, quer

SérieAnis

Bioética • Ética • Feminismo • Gênero • Direitos Humanos • Justiça • Desenvolvimento Social

desenvolvendo suas potencialidades, quer se dedicando a gostos extravagantes, mas assumindo responsabilidade pelo seu destino.

⁵ Um exemplo de demanda por igualdade de direitos é observado na abordagem adotada por Vera Telles (2001). No esforço de identificar as razões das desigualdades na sociedade brasileira, a autora apresentou argumentos relacionados à justiça social. Telles valorizou o conflito como elemento que qualifica a justiça “enquanto garantia de uma equidade que a desigualdade de posições sempre compromete” (TELLES, 2001, p. 30). Para a autora, a questão da justiça “constitui o próprio campo dos conflitos: é em torno da medida do justo e do injusto que a reivindicação por direitos é formulada, os embates se processam e se desdobram numa negociação possível” (TELLES, 2001, p. 30).

No caso da demanda por igualdade no campo das necessidades, pode-se citar a o conceito de necessidades básicas. Segundo Potyara Pereira, o básico é direito indisponível, inegociável e incondicional de todos e “quem não o tem por falhas do sistema socioeconômico terá que ser ressarcido desse déficit pelo próprio sistema” (PEREIRA, 2000, p. 35). As necessidades básicas contrapõem-se às necessidades mínimas, as quais se referem a “provisão de mínimos de satisfação de necessidades que, além de se assemelhar com o tradicional e manipulador exercício de caridade praticada pelos ricos para minorar os infortúnios dos mais pobres, reflete” (...) “uma irracionalidade política e ética” (...) “que pretendemos exorcizar: esperar o melhor dos pobres, oferecendo-lhe apenas o mínimo ou a pior proteção social” (PEREIRA, 2000, p.34).

⁶ Segundo Vita (1999), a teoria de Rawls é uma proposta para equilibrar valores políticos como a liberdade, a igualdade, a solidariedade e a eficiência.

⁷ Um propósito contingencial pode ser exemplificado pela utilização de critério de acesso a serviços de saúde como único componente de uma análise de equidade em saúde. Muitas vezes se têm restringido o conceito de equidade em saúde a questões de acesso a serviços, sem considerar as relações dentro do próprio sistema de saúde, com outros sistemas da política pública e com a sociedade.

⁸ É possível que um consenso em torno do conceito de iniquidade em saúde seja mais fácil de ser atingido por adeptos das mais variadas concepções de justiça. Diferenças desnecessárias, evitáveis e socialmente injustas em geral produzem consenso entre os que desejam uma sociedade mais justa em torno da rejeição dessa situação. Por exemplo, Sudhir Anand (2006) argumentou que temos menor tolerância à desigualdade em saúde que à desigualdade em renda, pois saúde é um bem especial, com valor intrínseco (para o nosso

bem-estar) e instrumental, enquanto a renda só possui valor instrumental. Por outro lado, uma abordagem direta da conceituação da equidade em saúde demanda a explicitação do princípio de justiça que o fundamenta e, nesse caso, as divergências seriam mais prováveis numa sociedade plural.

⁹ Critérios de utilidade social são pouco utilizados, mas é possível associá-los a critérios que priorizam a seleção de crianças.

¹⁰ Veatch (1998) levantou a hipótese de que o princípio da diferença justificaria a doação direta de órgãos, pois os indivíduos que estivessem no final da lista de espera seriam beneficiados e os que estivessem acima não seriam prejudicados, pois se não houvesse a doação direta não ocorreria doação nenhuma.

¹¹ Por exemplo, o acesso desigual à prevenção da insuficiência renal pode gerar um quadro em que os menos favorecidos possuam maior risco de necessitar de transplante e de enfrentar a escassez de órgãos.

Referências

ALMEIDA, Celia Maria de. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 18(Suplemento):23-36, 2002.

ANAND, Sudhir. The Concern for equity in health. In: Anand, S.; Peter, F.; Sen, A. (Org.). Public health, ethics, and equity, p. 15-20. Great Britain: Oxford University Press, 2006.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Relatório final da oficina de trabalho sobre equidade e saúde. Salvador, 2000. Disponível em: <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br/artigos/RELAT%20C3%93RIO%20FINAL%20-%20EQUIDADE.pdf>> Acesso em 15 nov. 2006.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Reformas y equidad social en América Latina y el Caribe: memorias de la primera fase del foro de equidad social. Washington, D.C., 2004.

BILLER-ANDORNO, Nikola; ANDORNO, Roberto. Justice and equity in transplantation medicine. J Int Bioethique; 12(3):33-44, 125-6, set., 2001.

BOBBIO, Norberto. Teoria Geral da Política – A Filosofia Política e as Lições dos Clássicos. 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2000.

_____. Igualdade e Liberdade. 5a Ed. Rio de Janeiro: Edouro, 2002.

SérieAnis

Bioética • Ética • Feminismo • Gênero • Direitos Humanos • Justiça • Desenvolvimento Social

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, 2007a. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004>. Acesso em 05 set. 2007.

BROWN, Henry Phelps. *Egalitarianism and the generation of inequality*. New York: Oxford University Press, 1991.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito da Câmara dos Deputados criada com a finalidade de investigar a atuação de organizações criminosas atuantes no tráfico de órgãos humanos. Brasília, 2004.

CHAPMAN, Jeremy; RUSS, Graeme. Geographic variance in access to renal transplantation in Australia. *Transplantation*. 76(9): 1403-1406, nov., 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. II Fórum de Transplantes do CFM. Transcrição fornecida pela Câmara Técnica de Transplantes do CFM. Brasília, 29 ago. 2007.

DWORKIN, Ronald. A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

ELKINS, David. Southern. *Yale Law & Policy Review*, vol. 24, p. 43-90, 2006.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Glossary. Disponível em:
<<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=E>> Acesso em 15 nov. 2006.

GUILLEN, Mark. History and Development of Equity. Disponível em:
<http://www.law.uvic.ca/mgillen/319/documents/History_000.pdf> Acesso em 08 dez. 2006.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR EQUITY IN HEALTH. Definitions. Disponível em:
<http://www.iseqh.org/workdef_en.htm> Acesso em 15 nov. 2006.

KOCH, Tom. *Scarce goods: justice, fairness and organ transplantation*. Westport: Praeger, 2002.

KYMLICKA, Will. *Filosofia política contemporânea*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MEDEIROS, Marcelo e DINIZ, Debora. Paradigmas de justiça distributiva em políticas sociais. Brasília, 2007. (no prelo)

MELTZER, David. Waiting for organ transplantation. *Transplant Proc*; 35(3):969-70, maio, 2003.

MIRANDA, B.; CANON, J.; CUENDE, N.; GARRIDO, G.; NAYA, M. T.; FERNANDEZ-ZINCKE, E. Disparities in access to liver transplantation in Spain. *Transplantation*. 76(9): 1398-1403, nov. 15, 2003.

MUSGROVE, Philip. Public spending on health care: how are different criteria related? The World Bank Institute. Washington, D.C. Revisado em fev. 1999. Disponível em:
<<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48482/m2s7musgrove.pdf>> Acesso em 15 out. 2007.

NOZICK, Robert. *Anarquia, estado e utopia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

ONISCU, Gabriel C.; SCHALKWIJK, Annemarie A.; JOHNSON, Rachel; BROWN, Helen; FORSYTHE, John. Equity of access to renal transplant waiting list and renal transplantation in Scotland: cohort study. *British Medical Journal (International edition)*. vol. 327, Iss. 7426; p. 1261. London, 2003.

ORGAN PROCUREMENT AND TRANSPLANTATION NETWORK. Data. Disponível em: <<http://www.optn.org>>. Acesso em 30 set. 2007a.

_____. Annual Report 2006. Disponível em:
<http://www.optn.org/AR2006/chapter_index.htm>. Acesso em 30 set. 2007.

ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES. El modelo Español. Disponível em:
<<http://www.ont.es>>. Acesso em 01 out. 2007.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. *Necessidades humanas: subsídios a crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.

PORTO, Sílvia Marta. Justiça social, equidade e necessidades em saúde. In: Piola, S.; Vianna, S. M. (Org.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, v. 149, 1995.

RAWLS, John. *Teorias de Justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

_____. *O Liberalismo Político*. Trad. Dinah de Abreu Azevedo. 2a. edição. São Paulo: Ática, 2000.

_____. *Justiça como Equidade: uma reformulação*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

RIBEIRO, Carlos Dimas Martins; SCHRAMM, Fermin Roland. Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 9, p. 1.945-1.953, set. 2006.

ROUDOT-THORAVAL, F.; ROMANO, P.; SPAAK, F.; HOUSSIN, D.; DURAND-ZALESKI, I. Geographic disparities in access to organ

SérieAnis

Bioética • Ética • Feminismo • Gênero • Direitos Humanos • Justiça • Desenvolvimento Social

transplant in France. *Transplantation*, 76(9):1385-1388, nov. 15, 2003.

RUDGE, Chris J.; FUGGLE, Susan; BURBIDGE, Kerri. Geographic disparities in access to organ transplantation in the United Kingdom. *Transplantation*. 76(9):1395-1398, nov. 15, 2003.

SANDEL, Michael. *Liberalism and Its Critics*. New York: New York University Press, 1984.

SELIGMAN, Edwin Robert Anderson. *Progressive Taxation in Theory and Practice*. 2nd ed. American Economic Association Quarterly, 3d series 9, nº 4, 1908.

SEN, Amartya. *Inequality Reexamined*. Oxford: Oxford University Press, 1995.

_____. Why health equity? In: Anand, S.; Peter, F.; Sen, A. (Org.). *Public health, ethics, and equity*. p. 21-33. Great Britain: Oxford University Press, 2006.

TELLES, Vera da Silva. *Pobreza e cidadania*. São Paulo: Editora 34, 2001.

VEATCH, Robert. Egalitarian and maximin theories of justice: directed donation of organs for transplant. *Journal of Medicine and Philosophy*. v. 23, nº 3, p. 456-476, 1998.

VITA, Álvaro de. *Justiça distributiva: a crítica de Sen a Rawls*. Dados, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 471-496, 1999.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity in health. *Int. J. Health Services*. v. 22, n.3, p.429-445, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Eleventh General Programme of Work, 2006-2015*. Documento A59/25. Geneva: WHO, 2006.

_____. WHO and Transplantation. Disponível em: <<http://www.who.int/transplantation/who/en/index.html>>. Acesso em 30 set. 2007a.

_____. Global Knowledge Base on Transplantation: activity and practices. Disponível em: <<http://www.who.int/transplantation/gkt/statistics/en/index.html>>. Acesso em 30 set. 2007b.

_____. Final report of the Knowledge Network on Health Systems: challenging inequity through health systems. WHO Commission on the Social Determinants of Health. June, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf>. Acesso em 19 out. 2007c.

Bibliotecária Responsável:
Kátia Soares Braga (CRB/DF 1522)

Editora Científica:
Debora Diniz

Editores Executivos:
Cristiano Guedes
Fabiana Paranhos

Conselho Editorial:
Alessandra Barros
Dirce Guilhem
Marilena Corrêa
Roger Raupp Rios
Sérgio Ibiapina Costa
Sílvia Yannoulas
Tatiana Lionço

Qualis Filosofia/Teologia/A Local/Capes
Qualis Saúde Coletiva/C Nacional/Capes

A *SérieAnis* é uma publicação seriada da Anis para divulgação de resultados de pesquisa sobre ética, bioética, direitos humanos, direitos reprodutivos, sexualidade, gênero, feminismo, deficiência, desigualdade, raça e justiça social. São publicados trabalhos originais, cujo objetivo é promover a discussão acadêmica.

Tiragem:
50 exemplares

Endereço:
Editora LetrasLivres
Caixa Postal 8011
CEP 70.673-970
Brasília-DF Brasil
+55 61 3343 1731
letraslivres@anis.org.br