



Revista Bioética
ISSN: 1983-8042
ISSN: 1983-8034
Conselho Federal de Medicina

Barchifontaine, Christian de Paul de; Trindade, Marcos Aurélio
Bioética, saúde e realidade brasileira
Revista Bioética, vol. 27, núm. 3, 2019, Julho-Setembro, pp. 439-445
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273327>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570648008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

PESQUISA

Bioética, saúde e realidade brasileira

Christian de Paul de Barchifontaine¹, Marcos Aurélio Trindade¹

1. Departamento de Bioética, Centro Universitário São Camilo, São Paulo/SP, Brasil.

Resumo

Este artigo propõe abordagem social, crítica, ativa, humanista, justa e eficaz no combate às desigualdades do sistema de saúde. Busca-se discutir formas de sanar os problemas da assistência no país a partir de análise sociológica que considera questões de classe. A saúde é aqui discutida como direito inalienável de todo cidadão, com base nos princípios da inclusão, universalidade, integralidade e equidade, propondo metas para uma bioética que rompa com as causas de desequilíbrio na assistência. São enfatizados o bem comum e a ética da vida, ressaltando a importância da solidariedade e da busca da igualdade entre os seres humanos.

Palavras-chave: Bioética. Saúde. Equidade em saúde-Sociedade civil. Participação da comunidade. Direitos humanos.

Resumen**Bioética, salud y realidad brasileña**

Este artículo propone un abordaje de tipo social, crítico, activo, humanista, justo y eficaz para combatir las desigualdades del sistema de salud. Se busca discutir formas de subsanar los problemas de la asistencia en el país a partir de un análisis sociológico que considere las cuestiones de clase. La salud es aquí abordada como un derecho inalienable de todo ciudadano, en base a los principios de inclusión, universalidad, integralidad y equidad, proponiendo metas para una bioética que rompa con las causas de desequilibrio en la asistencia. Se destacan el bien común y la ética de la vida, resaltando la importancia de la solidaridad y de la búsqueda de la igualdad entre los seres humanos.

Palabras clave: Bioética. Salud. Equidad en salud-Sociedad civil. Participación de la comunidad. Derechos humanos.

Abstract**Bioethics, health and the Brazilian reality**

This article proposes a social, critical, active, humanistic, fair and effective approach to combat health system inequalities. In the Brazilian scenario. It seeks to discuss improvements to remedy the problems of this scenario from a sociological analysis with regard to social class issues. Health is addressed as an inalienable right of every citizen and justifying its inclusion, be it in the principles of universality, completeness and equity, proposing goals for a bioethics that thinks of sustainable developments, breaking away from everything that causes the imbalance in health assistance. The common good and the ethics of life are emphasized, highlighting the importance of solidarity and the pursuit of equality among human beings.

Keywords: Bioethics. Health. Health equity-Civil society. Community participation. Human rights.

Goldim¹ afirma que o termo “bioética” (*bio + ethik*, indicando a união entre biologia e ética) foi utilizado pela primeira vez pelo teólogo alemão Fritz Jahr, em 1927, em artigo para a revista *Kosmos*. A palavra compreende obrigações de caráter ético do ser humano, denotando campo do conhecimento que reflete sobre vida e morte a partir de debates sobre temas como extensão da existência humana, morte digna, eutanásia, interrupção da vida assistida, mistanásia, cacotanásia e ortotanásia¹.

A bioética tem encontrado eco em discussões teológicas e filosóficas, adquirindo caráter multidisciplinar ao estender seus debates para áreas do direito, ciências sociais, antropologia, psicologia etc. Nas ciências da saúde, o campo centrou seu foco nas condutas da equipe médica e no relacionamento médico-paciente. Posteriormente, questões relativas à bioética foram assimiladas também por políticas públicas, na economia e no entendimento sociológico da exclusão social¹.

Kovács² destaca que o desenvolvimento da bioética como ramo do saber científico tem se fundamento no tripé denominado por Pessini e Barchifontaine de “trindade bioética”, calcada nos ideais de autonomia, beneficência e justiça. A autonomia é definida por Ramos³ como o direito do ser humano de se autogovernar, exercendo o papel de protagonista quanto a saúde e enfermidades. Já a beneficência se associa à promoção do bem-estar e ao fim de sofrimentos desnecessários, enquanto o princípio da justiça se embasa na equidade, reconhecendo que todos os cidadãos devem ter suas demandas de saúde atendidas. O cumprimento desses preceitos traz à tona temas complexos, como a eutanásia³.

Parizi⁴ aponta que a bioética preconiza a ética aplicada à análise dos fenômenos e das condições de vida de todos os seres, inclusive do ambiente que habitamos, tendo como horizonte a responsabilidade com as gerações atuais e futuras. Estudos da bioética baseiam-se em valores morais e éticos, que precisam ser considerados no desenvolvimento das nações, em respeito à dimensão social nas discussões sobre saúde pública. A bioética cumpre então o papel de fundamentar políticas públicas voltadas à saúde, estabelecendo normas para instituições, profissionais, procedimentos de cuidado e tomada de decisão⁴.

Para Carvalho, a bioética tem como base a transparência das informações, o reconhecimento dos interesses diversos, o respeito às divergências, a mediação de conflitos, a formulação e reformulação de acordos, considerando que muitas verdades são transitórias (...) [em razão] das

desigualdades, da diversidade e da complexidade da vida contemporânea⁵.

A Constituição brasileira⁶ estabelece a saúde como direito social. No entanto, no cenário atual, falta compromisso do Estado com o desenvolvimento do cuidado humanizado, de forma que o acesso universal a tal direito possa superar desigualdades. Dessa forma, a bioética de intervenção busca demonstrar a importância de investimentos e ações governamentais que priorizem a assistência à saúde das classes socialmente menos favorecidas. Para tanto, assume preceitos utilitários e solidários, tendo em vista o benefício de toda a sociedade⁶. Este artigo discute as desigualdades do sistema de saúde brasileiro a partir dessa bioética voltada aos mais desfavorecidos: classes sociais de menor poder econômico e grupos mantidos na marginalidade (analfabetos, LGBT e acometidos por doenças mentais, para citar alguns exemplos). Na discussão, são abordados os princípios de equidade e solidariedade com base no disposto na Constituição Federal de 1988⁶. Nessa perspectiva, a solidariedade vincula Estado, indivíduos, famílias, grupos e comunidades na busca por melhorias nas políticas de saúde garantidas a toda população, conforme recomenda a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*⁷.

Garrafa e Porto⁸ indicam que, no Brasil e nos demais países da América Latina, desde os anos 1990, o princípio da equidade tem fundamentado discussões de natureza social e a medição de conflitos na assistência à saúde. Os autores apontam que, por responder a questões relativas ao atual cenário de globalização, a vertente crítica chamada de “bioética de intervenção” contribui para estabelecer o princípio da equidade como base das políticas de saúde e diminuir desigualdades geradas pelo modo de produção hegemônico.

Outro ponto importante foi identificar elementos singulares no horizonte da bioética, alicerçados no cenário complexo da realidade socioeconômica, política e histórica de uma nação afetada por fatores globais que não podem ser deixados de lado. Tratar de temas como equidade de direitos e sentido da cidadania responde não apenas à necessidade científica, mas configura também objetos de pesquisa especialmente desafiadores, que ampliam ainda mais a interdisciplinaridade da bioética.

Método

Trata-se de pesquisa exploratória⁹ que, a partir de determinada população ou fenômeno, identifica

relações entre variáveis. Embora constituam iniciativas em novos campos do conhecimento, muitas investigações do tipo usam técnicas específicas para coletar informações. Aqui foram considerados, por exemplo, índices de desigualdade social no setor de saúde brasileiro.

A técnica de levantamento de dados utilizada foi a pesquisa bibliográfica, que reúne, analisa e discute informações a partir de documentos já publicados. No caso, periódicos indexados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), além de livros sobre bioética.

No modo como aborda o problema proposto, a pesquisa pode ser classificada como qualitativa⁹, pois busca significados a partir da percepção dos fenômenos, considerando o contexto e as questões filosóficas e sociais envolvidas. Nesse sentido, foram analisados textos de autores que estabelecem bioética ativa para tratar de aspectos da desigualdade social, tendo como foco a realidade do país e o poder da justiça como ponte para o futuro da saúde.

A investigação qualitativa pretende ir além da aparência dos fenômenos, dedicando-se a temas como origem da bioética, humanização na saúde, luta pelos direitos humanos e relação entre classes sociais. Tal abordagem parte da observação e se desenvolve do significado particular para o geral¹⁰, permitindo aprofundar questões relacionadas à bioética e à saúde pública.

Desigualdade social e saúde

Cotta e colaboradores¹¹ afirmam que a condição de saúde dos indivíduos se relaciona diretamente a trajetória de vida e contexto, considerando variáveis econômicas, políticas e tecnológicas que permeiam o tecido social. No mesmo sentido, Barata¹² ressalta que condições estruturais da desigualdade social também condicionam perfis epidemiológicos. Portanto, certas formas de organização social tendem a gerar contextos mais ou menos saudáveis, sendo fundamental considerar a sociedade como um todo para compreender a situação da saúde.

O produto interno bruto brasileiro é o nono do mundo e primeiro da América Latina, de acordo com o Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais¹³. Já no ranking do índice de desenvolvimento humano (IDH), o Brasil fica atrás de países vizinhos, como Argentina e Chile, estagnado em 0,755¹⁴.

Segundo Campello e colaboradores¹⁵, apesar da desigualdade de renda, que se agravou por consequência histórica da opressão demarcada pela ditadura militar, houve melhorias e políticas sociais nos governos de 2002 a 2015. Dados mais recentes demonstram que, em 2015, o coeficiente Gini diminuiu de 59,3 para 49,0, ou seja, houve diminuição significativa na disparidade de renda em comparação a outras nações menos desenvolvidas, embora ainda seja grande o nível de desigualdade absoluta, que a Agenda 2030 das Nações Unidas busca sanar¹⁵.

Quanto à educação, que de fato é a chave para melhorar nosso índice de desenvolvimento, Campello e colaboradores¹⁵ apontam que o ensino superior continua sendo elitizado no país. Os ricos detêm educação de qualidade, e os pobres sofrem para tê-la, embora seja dever do Estado desenvolver melhorias para sanar esses infortúnios.

Também na saúde os reflexos da desigualdade social se fazem sentir: *o crescimento desordenado das cidades, a falta de saneamento básico e água de qualidade, as condições de moradia e de trabalho, a alimentação, a educação, questões étnicas/raciais, aspectos vistos até agora (...) enquanto dimensões da desigualdade, são fortes Determinantes Sociais de Saúde*¹⁶.

Mas, graças a políticas sociais de saúde, os problemas na área diminuíram entre 2002 e 2015. A cobertura populacional em atenção básica, que era de 31,8% no ano de 2002, passou a ser de 63,2% em 2015. Houve, portanto, melhorias, principalmente em regiões antes mais vulneráveis, como Norte e Nordeste. Campello e colaboradores¹⁵ apontam diversos programas que contribuíram para corrigir o atraso social:

*Iniciativas como o Programa Mais Médicos, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), os Consultórios na Rua, as Unidades Básicas Fluviais de Saúde, as Unidades Móveis de Saúde Bucal, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, entre outras, somaram-se à expansão da rede e ao aumento dos atendimentos no Sistema Único de Saúde*¹⁷.

No entanto, os fatores estudados estatisticamente ainda indicam desigualdade na saúde brasileira, o que pode ser explicado pelo expressivo grau de concentração de renda e iniquidades no que se refere à inclusão econômica e social de grande parte da população. Por isso, não se pode calar diante desses desvios, buscando sempre formas de reivindicar a justiça social. Essa desigualdade, presente no Brasil

e em vários países da África e da América Latina, tem causas históricas e culturais que remontam à colonização, cujo modelo de extração pura e simples de riquezas ignorava a partilha dos benefícios.

Essa situação é agravada pela globalização, que leva países colonizados a nova forma de dependência das grandes potências. Além da perversa distribuição da riqueza entre nações, a imposição de modelos de vida e comportamento dos países ricos também contribui para a exclusão de parcelas da população altamente discriminadas, privando-as de formação educacional de qualidade, melhores condições de trabalho, renda e possibilidade de consumo. Todo esse cenário converge para a crescente limitação de direitos sociais e humanos^{18,19}.

Os direitos sociais dos menos favorecidos não são considerados prioridade²⁰. Daí que empobrecimento e enfermidade, como apontam Magalhães, Burlandy e Senna²¹, acabem se retroalimentando, em verdadeiro ciclo sem fim. É conhecida, portanto, a correlação entre pobreza e outras variáveis que criam opressão e sofrimento: enfermidade, analfabetismo, violência, saneamento básico precário e dificuldade de acesso a serviços de saúde.

Cabe notar que, apesar de as demandas mais delicadas e complexas (transplantes, captação e distribuição de órgãos, medicamentos de alto custo etc.) serem quase completamente cobertas pelo sistema de saúde, o acesso a esses serviços é muito mais difícil para a população carente, que, diferentemente das camadas sociais mais abastadas, não conta com atendimento particular. A má distribuição de renda, fruto da falta de compromisso do Estado, contribui para a prestação de serviços cada vez mais precários, problemas de infraestrutura, falta de insumos, equipamentos e medicamentos, condições indignas de trabalho e baixos salários, com absenteísmo e sobrecarga dos profissionais, tornando a assistência à saúde ainda mais problemática.

Incidem ainda sobre a saúde problemas como desemprego e baixa qualidade da alimentação, entre tantos outros fatores que conformam a exclusão social de parcela significativa da população. Essa relação é confirmada pelo estudo de Bagrichevsky e colaboradores²², que demonstra como índices de maior vulnerabilidade em saúde estão na base da pirâmide social.

Pessini e Barchifontaine²³ ponderam no livro “Reflexão ao redor da desigualdade na saúde” que, diante da situação da saúde no Brasil, é difícil desenvolver a bioética (ética da vida) em todos os níveis, para todos os cidadãos, levando em conta os

três princípios básicos. De fato, como levar a ideia de autonomia e de integridade a quem nunca teve autonomia sequer para saciar a fome? É constrangedor falar em integridade do corpo a alguém cuja desnutrição e doenças da pobreza já desrespeitaram sua dignidade ao extremo. Terá sentido o discurso do princípio da beneficência para quem não se beneficia de nada?

É confortante saber que o trabalho do médico resulta em alguma forma de benefício para o doente. Mas se o doente sequer consegue ver um médico, como trazer para o seu dia a dia a proteção do princípio de beneficência? Qualquer país que respeita seu próprio povo o faz por meio da justiça: todos devem ter igual acesso aos benefícios da medicina. Os recursos para a saúde devem ser distribuídos por esse princípio, a fim de que as pessoas que mais sofrem com a desigualdade sejam beneficiadas²³. No Brasil, e na América Latina como um todo, não seria o clamor por justiça na vida de milhões de injustiçados sociais mais convincente que a formulação teórica da bioética calcada no princípio de autonomia?

Hoje entende-se que é mais importante transferir informações e educar a população para a saúde do que somente prestar-lhe assistência. Com efeito, o cidadão, informado e educado, torna-se seu próprio agente de saúde, consciente de que esta é um direito, e não um favor, como tem pregado distorcidamente o senso comum no país. Trata-se de mudança política e cultural, por isso difícil, mas que, se concretizada, proporcionará um relevante avanço em saúde e qualidade de vida.

Produzidas historicamente, as iniquidades manifestam-se de forma mais acentuada em países cuja colonização esteve calcada na dominação dos povos nativos e no escravismo. Nos estratos sociais mais vulneráveis (negros, pardos e indígenas, sobretudo os que habitam regiões rurais), as desigualdades são ainda mais persistentes. Esse processo assimétrico trouxe prejuízos no acesso à educação e na dimensão econômica, gerando vulnerabilidade social que atravessa gerações.

De acordo com Costa e Lionço²⁴, para enfrentar essas adversidades é importante identificar e definir as demandas do setor da saúde, fazendo jus ao princípio da equidade. O Sistema Único de Saúde (SUS) deve promover aperfeiçoamento constante dos profissionais para suprir as necessidades de atendimento à saúde da população, considerando o profundo empobrecimento econômico e a disparidade social que infelizmente permeiam o cotidiano brasileiro.

Solidariedade na bioética

De acordo com Pessini, a solidariedade, *como um conceito, um valor e uma ideia, teve um importante papel nos campos da sociologia e da filosofia social desde o final do século XIX, mas praticamente foi ignorada no âmbito da bioética até os primeiros anos deste século*²⁵. A dificuldade com o conceito pode ser explicada pelo aculturamento: a bioética nasce nos Estados Unidos sob ótica individualista, diante dos progressos da tecnologia e da ciência, assumindo caráter principalista, baseado na autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. No entanto, na América Latina, a perspectiva bioética tende a ser humanista e comunitária, mais interessada na realidade socioeconômica.

O questionamento do modelo principalista por parte de pesquisadores do Sul (África, Ásia e América Latina), além da ênfase a tratamentos mais humanizados e baseados em juízos de valor sociopolíticos, levou a categoria da solidariedade ao centro das preocupações da bioética atual. Vários autores e publicações acadêmicas de abordagem comunitária auxiliaram muito este movimento.

Pessini e Barchifontaine²⁶ indicam que, malgrado a escassez de emprego do termo “solidariedade” em bioética, observa-se paulatina mudança desse cenário com a inserção do conceito em encontros de especialistas. Nesse contexto, “solidariedade” representa respeito à pessoa humana e compreensão da situação em que se encontra o indivíduo, comunidade ou coletividade no que diz respeito à justiça, autonomia, normatização jurídica etc. Essa mudança se relaciona a questionamentos sociais e coletivos que evidenciam a necessidade de ir além da perspectiva puramente individual, abordando desafios sociais, inclusive no horizonte de fenômenos globais.

A partir de princípios, a bioética prioriza o respeito à autonomia do indivíduo e a proteção de sua privacidade²⁶. Considerando o princípio da precaução, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura indica que, além de preservar direitos e responder às necessidades do indivíduo na prática clínica e na pesquisa, deve-se dar especial atenção às políticas públicas voltadas à saúde, visando os anseios da comunidade.

A solidariedade na literatura bioética surge associada à perspectiva da saúde pública, que discute o conceito como humanitário e coletivo, capaz de justificar a responsabilidade das autoridades estatais de assegurar assistência para a população²⁶. Nessa perspectiva, a concepção também se relaciona à noção de justiça e equidade, em aspectos

como acesso pleno aos serviços e destinação adequada dos recursos. Considerando a dimensão global, a ideia reforça a necessidade de garantir assistência em saúde para populações economicamente menos favorecidas e nações mais pobres.

Há novas áreas de questionamento em bioética, sendo o conceito de solidariedade relevante nesse movimento, uma vez que vem ao encontro das preocupações sociais. Se esses temas outrora ocupavam posição marginal, atualmente migraram para o centro do debate, mobilizando comunidades acadêmicas e agentes de políticas públicas em saúde, tanto da sociedade civil como dos governos²⁷.

A centralidade da solidariedade na bioética traz à tona temas que transcendem a perspectiva individual, com questões sociopolíticas que incluem obrigações e vínculos de responsabilidade com o outro. Perante a chamada “globalização”, que se processa sem perspectiva de inclusão social, cumpre destacar a solidariedade, que estimula o respeito aos direitos humanos.

Bioética social e política de saúde

Giovanni Berlinguer²⁸ distingue bioética cotidiana e de fronteira. O objetivo é aproximar esse campo do conhecimento da experiência do dia a dia, uma vez que atualmente a atenção ainda permanece muito concentrada em casos extremos de intervenção sobre a vida que, antes do recente desenvolvimento das ciências biomédicas, eram impraticáveis ou mesmo impensáveis (reprodução assistida, transplantes de órgãos, sobrevivência artificial, mutações genéticas, criação de novas espécies).

É antiga a reflexão moral sobre nascimento, relação entre gêneros, tratamento dos doentes, morte, aborto, miscigenação étnica e interdependência entre humanos e outros seres. Hoje, esses temas orientam de modo mais ou menos consciente decisões individuais ou sociais e até conquistas avançadas da ciência. Assim, há aspectos da bioética com longínquas raízes, como há ideias e valores que permitem a razão e o comportamento humano cotidianamente e que merecem atenção investigativa pela perspectiva dos menos favorecidos.

A reflexão sobre políticas de saúde no Brasil²⁸ a partir da bioética cotidiana pode contribuir para melhorar o atendimento. Isso implica a compreensão do termo “saúde”, que não pode ser definido apenas como ausência de doença, pois é antes de tudo resultado de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade e acesso à assistência²⁵.

Em suma, a saúde é produto de condições objetivas de existência, resultando de circunstâncias e relações que os humanos estabelecem entre si e com a natureza por meio do trabalho.

Promover a saúde significa garantir direitos e intervir em estruturas econômicas que perpetuam desigualdades na distribuição de bens e serviços. Políticas nessa área devem implementar estratégias que corrijam desequilíbrios sociais. Ao examinar a situação da saúde no Brasil, encontram-se diversos problemas que derivam das condições de vida da população – desigualdades geradas pela má distribuição de riquezas e oportunidades.

No Brasil, alguns poucos indivíduos têm muitos direitos, enquanto muitos não têm quase nenhum. O mesmo ocorre com a distribuição de renda e recursos públicos. Há grande disparidade entre regiões e cidades brasileiras: a mortalidade infantil, por exemplo, é muito maior na região Nordeste, em comparação com a Sul e Sudeste. Os indivíduos com maiores salários vivem mais do que aqueles que ganham apenas um salário-mínimo.

A crise econômica, a recessão e o crescimento negativo do país, associados à tendência tecnoestrutural de diminuição da oferta de emprego, vêm reduzindo cada vez mais o mercado formal de trabalho, levando as pessoas à informalidade até mesmo em áreas metropolitanas. Quanto à saúde, todos sabem que o setor não vai bem. A mortalidade infantil ainda é alta. Os jornais e a televisão noticiam diariamente o caos da assistência médica: hospitais lotados, filas de espera e aumento, sobretudo para idosos, da mensalidade dos convênios, que não cobrem o tratamento de várias doenças. São constantes as greves de trabalhadores da saúde por melhores salários e condições dignas de

trabalho. Por fim, aumentam os casos de doenças antes controladas, como dengue, tuberculose, difteria, meningite, sífilis etc.

Em plena vigência da Constituição de 1988, que garante o direito universal à saúde, constata-se que o conceito ampliado de cuidado não foi incorporado na cultura política por meio de práticas governamentais e sociais. A solidariedade deveria estar no núcleo das políticas públicas, refletindo a preocupação da bioética em garantir os direitos de cidadania a toda e qualquer pessoa. Em sua discussão sobre a autonomia, privilegiando os valores e a dignidade humana, a bioética pode contribuir com a busca por melhorias nas condições de saúde.

Considerações finais

A preocupação com a dignidade da vida, que subjaz aos argumentos deste artigo, passa pela busca da igualdade social, o que na prática se conquista pela solidariedade. Assim, procurou-se definir o que se entende por bioética, com abordagem válida para o Brasil e a América Latina: a abordagem da bioética cotidiana, que valoriza a vida digna. A partir dessa perspectiva, analisou-se a relação entre desigualdade social e saúde.

Feito o diagnóstico, propôs-se então “o remédio”: aperfeiçoar o SUS, colocando em prática seus ideais a fim de amenizar o sofrimento do povo. Nesse processo, conclui-se que devem ser aplicados os princípios da bioética cotidiana, com foco na solidariedade e no diálogo com os responsáveis pela saúde pública, de modo que tenhamos políticas elaboradas com base no consenso de que a saúde (assim como a educação) deve ser prioridade.

Referências

1. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. Rev HCPA [Internet]. 2006 [acesso 31 jul 2019];26(2):86-92. Disponível: <https://bit.ly/2G5j0rQ>
2. Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. Psicol USP [Internet]. 2003 [acesso 1º abr 2018];14(2):115-67. Disponível: <https://bit.ly/2rV7Zj>
3. Ramos DLP. Fundamentos e princípios de bioética. Notandum. 2002;5(9):37-47.
4. Parizi R. O conflito público-privado na saúde pública. In: Siqueira JE, Zoboli E, Sanches M, Pessini L, organizadores. Bioética clínica: memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética, III Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética [Internet]. Brasília: CFM; 2016 [acesso 1º jul 2018]. p. 21-35. p. 29. Disponível: <https://bit.ly/2l6MVz>
5. Carvalho RRP. A saúde suplementar no Brasil em perspectiva bioética [tese] [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013 [acesso 15 ago 2019]. p. 97. Disponível: <https://bit.ly/2XofYcX>
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2016 [acesso 10 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2CxpgHa>
7. Rippel JA, Medeiros CA, Maluf F. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e Resolução CNS 466/2012: análise comparativa. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 2 ago 2019];24(3):603-12. DOI: 10.1590/1983-80422016243160

8. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: Garrafa V, Pessini L, organizadores. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Loyola; 2003. p. 35-44.
9. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5^a ed. São Paulo: Atlas; 1999.
10. Fonseca JJS. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2002.
11. Cotta RMM, Gomes AP, Maia TR, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2007 [acesso 24 jun 2019];31(3):278-86. Disponível: <https://bit.ly/2IF0gSz>
12. Barata RB. O tratamento desigual no atendimento de saúde. Recife: Editora Fiocruz; 2008.
13. As 15 maiores economias do mundo. Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais [Internet]. 2017 [acesso 31 jul 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2PbP8gA>
14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Ranking IDH Global 2014 [Internet]. 2015 [acesso 31 jul 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2qxrhvN>
15. Campello T, Gentili P, Rodrigues M, Hoewell GR. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [acesso 31 jul 2019];42(3):54-66. Disponível: <https://bit.ly/2Z6W5Uz>
16. Campello T, Gentili P, Rodrigues M, Hoewell GR. Op. cit. p. 62.
17. Campello T, Gentili P, Rodrigues M, Hoewell GR. Op. cit. p. 63.
18. Wanderley MB. Sistema de informação em gestão social. *Estud Av* [Internet]. 2006 [acesso 24 jun 2019];20(56):149-58. Disponível: <https://bit.ly/2x71qQn>
19. Marsiglia RMG, Silveira C, Carneiro N Jr. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde Soc* [Internet]. 2005 [acesso 1º abr 2018];14(2):69-76. Disponível: <https://bit.ly/2L0zhmc>
20. Prata PR. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1994 [acesso 1º abr 2018];10(3):387-91. Disponível: <https://bit.ly/2WSvbP4>
21. Magalhães R, Burlandy L, Senna MCM. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [acesso 1º abr 2018];12(6):1415-21. DOI: 10.1590/S1413-81232007000600002
22. Bagrichevsky M, Santos VJ Jr, Estevão A, Vasconcellos-Silva PR. Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. *Saúde Soc* [Internet]. 2013 [acesso 17 jun 2019];22(2):497-510. DOI: 10.1590/S0104-12902013000200019
23. Pessini L, Barchifontaine CP. Reflexão ao redor da desigualdade na saúde. São Paulo: Loyola; 2014. p. 197-8.
24. Costa AM, Lionço T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? *Saúde Soc* [Internet]. 2006 [acesso 17 jun 2019];15(2):47-55. DOI: 10.1590/S0104-12902006000200006
25. Pessini L. Elementos para uma bioética global: solidariedade, vulnerabilidade e precaução. *Thaumazein* [Internet]. 2017 [acesso 1º abr 2018];10(19):75-85. p. 77. Disponível: <https://bit.ly/2x2sb8B>
26. Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. Bioética e longevidade humana. São Paulo: Loyola; 2006.
27. Brauner MC. Novas tecnologias reprodutivas e projeto parental: contribuição para o debate no direito brasileiro [Internet]. 2003 [acesso 1º abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2KrW2jm>
28. Berlinguer G. Bioética cotidiana e de fronteira. In: Fleury S, organizadora. Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992. p. 143-56.

Participação dos autores

Christian de Paul de Barchifontaine orientou o projeto, ajudando a fundamentá-lo em conteúdos aprofundados sobre o tema. Marcos Aurélio Trindade realizou a pesquisa junto com o orientador.

Correspondência

Christian de Paul Barchifontaine – Centro Universitário São Camilo. Rua Barão do Bananal, 803, Pompeia CEP 05024-000. São Paulo/SP, Brasil.

Christian de Paul de Barchifontaine – PhD – cpb@saocamilo-sp.br

 0000-0002-0049-6371

Marcos Aurélio Trindade – Graduado – marcos.trindade2014@gmail.com

 0000-0003-1847-5066

