



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.  
Associação Paulista de Saúde Pública.

Corgozinho, Marcelo Moreira; Oliveira, Aline Albuquerque Sant'Anna de  
Equidade em saúde como marco ético da bioética  
Saúde e Sociedade, vol. 25, núm. 2, 2016, Abril-Junho, pp. 431-441  
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902016153764

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263848014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em 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

# **Equidade em saúde como marco ético da bioética**

## **Health equity as an ethical landmark in bioethics**

**Marcelo Moreira Corgozinho**

Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde.  
Programa de Pós-Graduação em Bioética. Brasília, DF, Brasil.  
E-mail: mmcorgozinho@gmail.com

**Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira**

Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde.  
Programa de Pós-Graduação em Bioética. Brasília, DF, Brasil.  
E-mail: alineaoliveira@hotmail.com

### **Resumo**

Este texto tem como objetivo contribuir com a aplicação da equidade, enquanto marco ético, na reflexão bioética em temáticas de saúde pública. Foram seguidos os seguintes passos metodológicos: descrição da origem conceitual da equidade; sua aplicação na esfera da saúde pública e, por último, análise da equidade como marco ético inserido na dimensão social da bioética. A raiz conceitual de equidade fundamenta-se no pensamento aristotélico, o qual distingue equidade de justiça no momento em que esta se divide em justo legal e justo natural, compreendidos na noção de justiça política. Na esfera da saúde pública, a noção de equidade parte do pressuposto de que os indivíduos são diferentes e, portanto, merecem tratamento diferenciado, consentâneo com as suas vulnerabilidades. A bioética latino-americana tem como orientação a redução das iniquidades ou disparidades sociais, sendo um de seus frutos a inclusão da equidade entre um dos objetivos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH): “Promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos”. Assim, a equidade ganha força como marco ético no processo decisório da alocação de recursos públicos, associada à noção de justiça social.

**Palavras-chave:** Equidade; Vulnerabilidade; Dimensão Social; Bioética.

### **Correspondência**

Marcelo Moreira Corgozinho

Rua das Pitangueiras, lote 10, apto 1503, Residencial Metropolitan,  
Águas Claras, Brasília, DF, Brasil. CEP 71938-540.

## Abstract

The aim of this paper is to contribute for the application of equity as an ethical landmark in bioethics reflection on public health issues. Methodology was done as follow: description of the conceptual origin of equity, its application in public health, and equity analysis as ethical landmark inserted into social dimension of bioethics. The conceptual foundation of equity is based on Aristotelian thought, which distinguishes justice equity at the time it is divided into legal rights and natural rights, including concepts of politics justice. In public health, the notion of equity assumes that individuals are different, therefore, they deserve different treatment according to their vulnerabilities. Latin American bioethics has as principle the reduction of inequities and social disparities, as described in Universal Declaration of Bioethics and Human Rights “To promote equitable access to medical, scientific and technological developments”. Thus, equity is strengthened as ethical landmark in decision taking and allocation of public funds associated with social justice.

**Keywords:** Equity; Vulnerability; Social Dimension; Bioethics.

## Introdução

A inclusão de temas sociais nas pautas de discussão da bioética, consolidada mediante a adoção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) em 2005 pela UNESCO, acarretou o aprofundamento da inserção de questões de justiça distributiva em saúde na esfera bioética (Garrafa, 2005). Nessa perspectiva, a bioética lança luz sobre as situações persistentes, ou seja, as desigualdades em saúde ainda presentes nas sociedades contemporâneas (Garrafa; Porto, 2003).

A desigualdade em saúde é atribuída a diferentes determinantes que podem corresponder a um conjunto de fatores interligados às condições de saúde e ao adoecimento, tais como os que definem o padrão de morbimortalidade dos diferentes grupos sociais e as diferenças na distribuição, organização e utilização dos recursos em saúde. A existência das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde consiste num dos principais pontos de atenção das investigações acadêmicas e dos próprios provedores dos serviços de saúde (Viana; Fausto; Lima, 2003).

A vulnerabilidade gerada pela desigualdade leva à suscetibilidade de agravos à saúde (Sánchez; Bertolozzi, 2007). Sendo assim, a priorização de recursos sanitários deve significar atenção especial aos grupos vulneráveis, o que implica na introdução do conceito de equidade, que reconhece as diferenças entre os indivíduos e emite o comando no sentido de serem tratados de forma diferenciada para reduzir as desigualdades existentes (Fortes, 2008).

A eleição de grupos vulneráveis é central na elaboração de políticas públicas que pretendam alocar ou alterar a alocação de recursos de modo mais equitativo. Logo, políticas de alocação de recursos que se pretendam mais equitativas devem ser avaliadas, no primeiro momento, pela seleção das necessidades de populações vulneráveis (Sánchez; Bertolozzi, 2007). Sendo assim, a bioética, enquanto campo do saber apto a fornecer instrumentos teóricos ao formulador de políticas em saúde, pode, por meio da equidade, problematizar as escolhas governamentais quando se tratar da alocação de recursos sanitários.

Desse modo, tendo como base a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e a

perspectiva social da bioética, este artigo tem como objetivo contribuir com a aplicação da equidade enquanto marco ético, na reflexão bioética acerca de questões relacionadas à alocação de recursos sanitários. Para a construção deste texto, foram seguidos os seguintes passos metodológicos: descrição da origem conceitual da equidade, sua perspectiva na esfera das políticas públicas de saúde e, por último, analisar a equidade como marco ético inserido na dimensão social da bioética.

## Raiz conceitual da equidade

Araiz da equidade fundamenta-se no pensamento aristotélico, o qual distingue equidade de justiça no momento em que esta se divide em justo legal e justo natural, compreendidos na noção de justiça política. A justiça política é em parte natural e em parte legal. A parte natural é aquela que tem a mesma força em todos os lugares, enquanto a legal é o que está estabelecido em normas escritas, que rege a vida de uma comunidade particular (Aristóteles, 2002).

A lei universal, natural ou lei da natureza são todas as normas não escritas que supostamente podem ser reconhecidas em todo lugar, pois existe uma justiça natural e uma injustiça que são comuns a todos, mesmo com a ausência de associação entre os indivíduos. Para exemplificar, cita-se a passagem em que é feita menção à obra “Retórica” de Aristóteles, em referência à lei de Empédocles e sua interdição de matar qualquer ser vivente, sendo entendida como justa para alguns e não justa para outros, uma vez que ela seria válida para todos (Fonseca, 2013; Aristóteles, 2005).

Em outra passagem, Antígona se sentiu injustiçada a partir de um conflito com a lei particular, no caso, o decreto imposto por Creonte, que a proibia de sepultar seu irmão. Com isso, Antígona apelou para a lei natural e para a equidade como sendo a análise mais justa, pois considerou a equidade e a lei natural como imutáveis, enquanto as leis escritas mudavam frequentemente. Nesse sentido, Aristóteles concorda que, se as leis escritas não contribuírem para a resolução de um caso específico, fariam que fosse preciso recorrer à lei natural e à equidade como o mais justo (Fonseca, 2013; Aristóteles, 2005).

Por outro lado, Aristóteles defendia a limitação da aplicação da justiça natural aos escravos, concordando com a escravidão, conforme visto no trecho: “Deus tem deixado todos os homens livres, a natureza não tem feito nenhum homem escravo, mas nem todos são iguais por natureza” (Fonseca, 2013). Mesmo com críticas, considera-se que o pensamento aristotélico contribuiu significativamente com o desenvolvimento conceitual da equidade, conforme segue: “A equidade, que é o princípio mais importante da justiça natural, tem como base o seguinte: ‘aqueles que são iguais devem ser tratados de modo igual em circunstâncias similares’ (Fonseca, 2013, p. 176).

O equitativo torna-se superior a uma espécie de justiça legal, embora não seja superior à justiça absoluta, e sim ao equívoco de se conceder caráter absoluto às normas. A natureza do equitativo é uma correção da lei quando esta é deficiente em razão da sua universalidade (Aristóteles, 2002). Nesse sentido, a equidade define-se como uma forma de justiça que vai além da leiposta, ou seja, é o ponto em que se busca uma proporção que permite aos envolvidos terem aquilo que lhes é proporcional em relação a determinado bem (Teixeira, 2012).

A equidade vem a ser a norma que o legislador teria prescrito para o caso singular, pois existem situações sobre as quais não se pode estatuir convenientemente por meio de disposições genéricas (Aristóteles, 2002). Em todas as questões em que é inevitável regulamentar de maneira geral, a lei se restringe aos casos mais ordinários. Portanto, quando a lei dispõe de maneira genérica, e nos casos particulares há algo excepcional, é indispensável corrigi-la (Teixeira, 2012).

A equidade traz ao caso concreto a possibilidade de corrigir eventuais equívocos cometidos pelo legislador, além de considerá-lo como um elemento subsidiário à noção de justiça, mas que termina por lhe atribuir dinamismo quando o intérprete se encontra diante de um caso concreto cuja solução não foi prevista pela norma (Teixeira, 2012). Representa aquele sentido de justiça que se separa da lei para atender às circunstâncias concretas que, se não levadas em consideração, cometer-se-ia as injustiças. Se Aristóteles desenvolveu a concepção

de justo conforme a lei, não lhe passou despercebido que a lei é norma geral, o que exige que, no ato da interpretação e aplicação da norma, a equidade seja manuseada pelo intérprete como arte de retificação da rigorosa justiça legal (Silva; Zenni, 2008).

Desse modo, o conceito de equidade ilumina a ação de modo que sejam corrigidas as injustiças decorrentes do sentido “legalmente estabelecido” ou “justo estabelecido” referido por Aristóteles (2002). Entende-se que uma lei seja geral e abstrata, mas reconhece-se a existência de circunstâncias sobre as quais não é possível tratamento universal. Assim, frente à generalização da norma, constata-se a necessidade do reconhecimento de retificações para um sistema que não consegue prescrever antecipadamente para todas as contingências possíveis (Rees, 2008).

Verifica-se que o termo “equidade”, quando visto sob a perspectiva aristotélica, aponta para o ajuste feito pelo aplicador da lei no caso concreto, visando à adaptação da norma em relação às suas especificidades e à efetivação da justiça. Na esfera da saúde pública, a concepção de equidade confere ênfase à distribuição de recursos e outros processos que conduzem a um tipo particular de desigualdade em saúde relacionada a grupos vulneráveis. Ou seja, a iniquidade consiste em uma injusta desigualdade em saúde (Braveman; Gruskin, 2003a).

Entretanto, para as políticas públicas de saúde, o princípio ético da equidade deve orientar as práticas de priorização na alocação dos recursos públicos, de modo a reduzir as desigualdades existentes (Mattos, 2009).

## Equidade em saúde

No Brasil, pode-se asseverar que, atualmente, a equidade vem sendo tratada como uma das principais referências para a avaliação e reorientação do Sistema Único de Saúde (Paim, 2006). Mesmo sendo um termo polissêmico e confundido por vezes com igualdade, na atualidade, é tratado como a desigualdade injusta entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias, tendo assim necessidades diferenciadas (Mattos, 2009).

O conceito de equidade em saúde foi formulado por Margaret Whitehead, no consagrado texto “The

concepts and principles of equity in health”, por meio da adoção do parâmetro de justiça igualitária de John Rawls, a saber: “Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (Whitehead, 1992).

Equidade em saúde implica que, idealmente, todos os indivíduos devam ter uma oportunidade justa de atingir o seu potencial de saúde e, de forma pragmática, ninguém deveria estar em desvantagem para alcançá-lo. Revela, assim, a preocupação com a criação de igualdade de oportunidades no âmbito do acesso à saúde (Chang, 2002; Whitehead, 1992).

Segundo Travassos e Castro (2008), a equidade pode ser analisada como vertical e horizontal. A equidade vertical é entendida como desigualdade entre desiguais, ou seja, uma regra de distribuição desigual para indivíduos que estão em situações diferenciadas. A equidade horizontal, por sua vez, corresponde à igualdade entre iguais, ou seja, uma regra de distribuição igualitária entre pessoas que estão em igualdade de condições.

As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de disparidades existentes na sociedade, enquanto as desigualdades sociais relacionadas ao acesso e à utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso à saúde. As modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as disparidades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais (Travassos; Castro, 2008).

O uso de serviços é preponderantemente determinado pelo paciente, o primeiro contato com o serviço. A utilização dos serviços controlada pelo paciente dependerá de suas próprias características e das barreiras estruturais do sistema de saúde. Além disso, uma questão que limita o acesso aos serviços são os desafios enfrentados pelas políticas

públicas, desde a elaboração até sua implantação (Travassos; Castro, 2008).

Quanto às barreiras de acesso aos serviços de saúde, a mais importante seria a disponibilidade de serviços e os recursos humanos. Porém, a mera disponibilidade desses recursos não garante o acesso, pois ainda podem existir vários obstáculos aos pacientes - barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, epidemiológicas, informacionais, culturais, entre outras - que expressam características da oferta que, de modo relacionado, atuam obstruindo a capacidade dos indivíduos de utilizarem os serviços (Travassos; Castro, 2008). Entretanto, tanto os critérios de repasse financeiro quanto os epidemiológicos são apenas bases argumentativas para um processo de negociação política que implique a representação de interesses entre os gestores e, sobretudo, as pessoas e grupos afetados pelas políticas (Paim, 2006).

Entre os princípios norteadores dos sistemas de saúde, a equidade é o que tem alcançado maior nível de consenso, ainda que, em muitos casos, sua validade se encontre restringida exclusivamente à definição formal de um direito, e na realidade não seja assegurado seu efetivo exercício. Pode-se afirmar que o seu alcance se encontra determinado pelos conceitos de justiça social adotados pelas sociedades, e que sua realização depende, como condição necessária, ainda que não suficiente, da distribuição de recursos financeiros (Porto, 2002). A ideia central é que políticas públicas de saúde sejam direcionadas às regiões menos desenvolvidas, tendo como meta a redução das situações que contribuem com a vulnerabilidade humana.

## **Equidade em saúde e vulnerabilidade humana**

A igualdade na saúde é o objetivo que motiva os esforços para eliminar as disparidades ou iniquidades entre grupos de pessoas menos privilegiadas. A disparidade em saúde é a forma de medir o progresso para a igualdade na saúde (Braveman, 2014). Dadas as fortes ligações entre pobreza e saúde, um compromisso com a saúde implica necessariamente na redução das desigualdades sociais. Os efeitos

prejudiciais relacionados à pobreza socioeconômica ainda são agravados pela desigualdade relacionada com sexo; raça; etnia; região geográfica; intergrupos (como as pessoas que vivem com deficiência ou com HIV) ou outros fatores associados com a posição social (Braveman, 2003, 2014; Braveman; Gruskin, 2003b).

Alguns indicadores podem ser utilizados para identificar o nível socioeconômico e as disparidades ou desigualdades regionais, sendo destaque o grau de alfabetização; a renda média; as taxas de desemprego; a porcentagem de habitações ligadas a redes de saneamento básico e o volume de ingressos; entre outros. Além disso, sabe-se que o nível de educação de uma população guarda relação direta com seu estado de saúde, bem como a correlação significativa entre a educação dos pais e a saúde de seus filhos (Porto, 2002).

Tem-se constatado, a partir dos sistemas de informação em saúde, a redução das desigualdades nos valores alocados pelos gestores nas regiões brasileiras, aumento da cobertura de imunizações em crianças, além da ampliação do acesso à assistência em todos os níveis de atenção à saúde (Paim, 2006). Mesmo assim, ainda é muito abaixo do considerado aceitável, pois a vulnerabilidade humana gerada pelas disparidades em saúde encontra-se em evidência em algumas regiões do País. Um estudo realizado em 2012, por exemplo, relacionou a cobertura assistencial (leitos e população) e o produto interno bruto, e como resultado, observou-se que a cobertura assistencial diminui proporcionalmente conforme o valor de cada região. Como o Norte e o Nordeste são as regiões de maior vulnerabilidade social, ao mesmo tempo possuem as menores coberturas assistenciais em terapia intensiva do País (Corgozinho; Primo, 2012).

Dessa forma, verifica-se que, para analisar quaisquer semelhanças ou diferenças no estado de saúde e julgá-las como equitativas ou não, é necessário ir além do estado de saúde dos indivíduos e analisar também os seus fatores determinantes e condicionantes de saúde (Chang, 2002). Os determinantes em saúde incluem tanto fatores adjacentes quanto aqueles de contato direto com o indivíduo suscetível à doença. Como exemplo, a doença diarreica por

meio da ingestão de parasitas em água contaminada é causada pelo contato direto; por outro lado, os fatores determinantes da ingestão de agentes patogênicos na água incluem a pobreza e a falta de políticas que assegurem o abastecimento de água potável (Braveman, 2003).

A inação ou o fracasso do governo para responder às condições que criam e agravam a pobreza, a marginalização e as iniquidades refletem ou estão intimamente ligadas com a violação ou negação dos direitos mínimos dos cidadãos (Braveman; Gruskin, 2003b). Tais desigualdades afetam diretamente o bem-estar dos indivíduos (Anand, 2002) e, mesmo assim, parece existir uma estrutura social organizada de forma a aceitar as desigualdades em saúde, uma vez que a literatura empírica demonstra que as grandes disparidades na renda produzem as desigualdades na saúde (Correa, 2011; Braveman; Gruskin, 2003b; Anand, 2002; Whitehead, 1992; Garrafa et al., 1997).

Para análise do tema da fragilidade promovida pelas situações de desigualdades, é possível propor dois níveis de apreciação da vulnerabilidade, sendo o primeiro relativo à condição humana de fragilidade, que possibilita o acontecimento da enfermidade e a própria finitude da vida; e um segundo, relativo à ausência do que se considera o básico para as necessidades humanas (Correa, 2011). O fundamental entre tais avaliações é que uma trata das diferenças biológicas que podem explicar as variações observadas no estado de saúde, enquanto a outra trata das variações no estado de saúde causadas por fatores decorrentes da interação com o meio ambiente, social e político, passíveis de intervenção humana (Chang, 2002). Desse modo, alguns indivíduos são mais vulneráveis que outros em relação direta com as suas condições de vida, tais como: condições de moradia, alimentação, trabalho, raça, gênero, classe, entre outros (Almeida, 2010).

A vulnerabilidade como princípio obrigaría o reconhecimento de que todas as pessoas são vulneráveis em essência e podem ser feridas por outro indivíduo, exigindo-se respeito para a abstenção de qualquer prejuízo à sua autodeterminação. A autonomia e a vulnerabilidade são pilares que funcionam em articulação, devendo a autonomia ser

pensada em função da vulnerabilidade como componente indispensável, sendo esta entendida como pedido de apoio ou de suporte. Nessa perspectiva dicotômica, a vulnerabilidade pode ser entendida como uma categoria necessária para que a própria autonomia se possa consubstanciar em grupos particularmente vulnerados (Almeida, 2010).

A vulnerabilidade social tem seu significado voltado ao contexto de desproteção, de pessoas ou populações excluídas socialmente e, consequentemente, atingidas pelas iniquidades em saúde. Essa é a perspectiva sobre vulnerabilidade que prepondera no contexto bioético latino-americano, que, ao incorporar a dimensão social em sua análise, ampliou a percepção da pessoa em sua totalidade, na qual estão articuladas as dimensões social e cultural (Garrafa, 2005). A expansão da inclusão do contexto social nas discussões da bioética ganhou força com sua inserção na DUBDH, adotada pela UNESCO em outubro de 2005.

## **Equidade em saúde inserida na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)**

A globalização trouxe um profundo impacto à saúde das populações do planeta, com consequentes repercussões na saúde pública mundial. A globalização econômica lesa a capacidade dos países menos desenvolvidos de sustentarem seu sistema de saúde, uma vez que o comércio internacional, as normas de propriedade intelectual, entre outras variáveis, afetam seu poder de assegurar o acesso a insumos essenciais à saúde (Carvalho; Albuquerque, 2015).

A distância existente entre os excluídos e os incluídos na sociedade mundial é paradoxalmente maior que há vinte anos. Enquanto os japoneses, por exemplo, apresentam uma expectativa média de vida de 80 anos, em alguns países africanos, como Serra Leoa ou Burkina Faso, a média alcança os 40. Um brasileiro pobre nascido na periferia de Recife, cidade situada na árida e sofrida região Nordeste do país, vive aproximadamente 15 anos menos que um pobre nascido na mesma situação na periferia de Curitiba ou Porto Alegre, no Sul beneficiado pelas chuvas e pela

natureza. Assim, o uso justo dos benefícios está muito longe de ser alcançado no planeta (Garrafa et al., 1999).

O tema da justiça social em saúde e sua relação com a bioética foi impulsionado após a inserção dos princípios da equidade e da justiça na DUBDH, fato que muda significativamente a agenda da bioética do século XXI. A partir da DUBDH, apontou-se o caráter social da bioética e ampliaram-se definitivamente suas discussões para além da temática biomédica e biotecnológica. Quanto ao texto da declaração, verifica-se que ela se estrutura em seis partes: preâmbulo, disposições gerais, princípios, aplicação dos princípios, promoção da declaração e disposições finais, contendo, ao todo, 28 artigos. Ressalta-se que o Brasil teve papel decisivo na ampliação do texto da declaração, com a inserção dos campos social e ambiental (Garrafa, 2005; Unesco, 2005).

Especificamente no que toca a inserção da equidade na DUBDH, destaca-se que a equidade encontra-se no preâmbulo do documento, como a seguir transscrito: “Considerando o desejo de desenvolver novos enfoques relacionados à responsabilidade social de modo a assegurar que o progresso da ciência e da tecnologia contribua para a justiça, a equidade e para o interesse da humanidade”. Em seu art. 10, enquanto integrante de um de seus princípios, foi incluída entre um dos objetivos da DUBDH: “Promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, assim como a maior difusão possível e o rápido compartilhamento de conhecimento relativo a tais desenvolvimentos, com particular atenção às necessidades de países em desenvolvimento” (Garrafa, 2005; Unesco, 2005).

Em pesquisa realizada por Fortes (2010), observou-se, entre bioeticistas, a existência de uma diversidade de interpretações sobre o conceito de equidade no sistema de saúde, sendo correto inferir uma dificuldade na definição do que seria realmente um sistema equânime. Neste texto, será adotado o conceito de equidade em saúde consagrado na literatura, que, nessa perspectiva, sempre remeterá à noção da alocação de recursos públicos norteada em favor dos grupos vulneráveis, reconhecendo que a diminuição das desigualdades injustas resulta de fatores que estão fora do controle individual (Garrafa et al., 1999).

As prioridades devem ser direcionadas aos grupos sociais menos favorecidos que experimentam a desigualdade injusta de oportunidades para uma vida saudável. É verdade que as doenças e suas consequências afigem todos os grupos sociais, mas não seria ético sugerir que o processo de elaboração de políticas públicas representasse os interesses de todos os grupos sociais de forma igualitária, a despeito das suas condições concretas de vida (Braveman, 2003).

Assim, o reconhecimento de necessidades injustas entre indivíduos torna-se um marco ético que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos públicos (Garrafa et al., 1999). A equidade em saúde representa um critério moral de imparcialidade dos gestores na alocação de recursos públicos, o que implica o debate ético acerca da liberdade, das capacidades, das oportunidades e dos indivíduos, tendo em conta a análise do contexto em que vivem (Welch; Petticrew; Tugwell, 2013).

A DUBDH, em seu art. 10, trata do princípio da igualdade, justiça e equidade, constituindo-se em um instrumento que se dirige às políticas públicas voltadas ao combate da desigualdade: “A igualdade fundamental de todos os seres humanos em dignidade e em direitos deve ser respeitada para que eles sejam tratados de forma justa e equitativa” (Unesco, 2005). Tratando-se do princípio da equidade e de sua relação com as desigualdades regionais, pode-se sustentar que a DUBDH ampara obrigações distributivas por parte do Estado por meio da prescrição de obrigações morais direcionadas para corrigir as desigualdades decorrentes da iniquidade (Carvalho; Albuquerque, 2015).

A bioética latino-americana defende que, no campo público e coletivo, a priorização de políticas deve privilegiar o maior número de pessoas pelo maior período e deve resultar nas melhores consequências - utilitarismo -, com exceções pontuais a serem discutidas, como os contextos de desigualdade social. A proposta em pauta representa a quebra do paradigma de utilidade aplicado à busca da equidade entre os segmentos da sociedade, o que resulta na proposta de igualdade para a vida cotidiana dos seres humanos (Garrafa; Porto, 2003; Garrafa; Porto, 2002).

A equidade em saúde é um conceito ético fundado no princípio da justiça distributiva de John Rawls. Nessa perspectiva, a teoria da justiça desenvolvida deve ser compreendida no contexto atual da evolução do pensamento liberal (Braveman; Gruskin, 2003a; Anand, 2002; Whitehead, 1992). Rawls (2002) apresenta dois princípios de justiça, a saber: cada pessoa tem igual direito a um esquema plenamente adequado de liberdades básicas iguais que seja compatível com as liberdades que são para todos; e as desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições: i) devem estar associadas a cargos e posições abertas a todos, sob condições de igualdade equitativa de oportunidades; ii) devem ser para o maior benefício dos membros da sociedade que têm menos vantagens.

Assim, o autor desenvolve um critério que caracteriza a “desigualdade justa” ou “discriminação positiva” inerente à equidade quando o tratamento desigual é benéfico aos indivíduos. Ele entende que a justiça é a principal virtude primária das instituições sociais, fruto da cooperação humana, que deve pretender a realização de benefícios mútuos.

Cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que nem mesmo o bem-estar da sociedade como um todo pode ignorar. Por essa razão, ela não permite que os sacrifícios impostos a poucos tenham menos valor que o total maior das vantagens partilhadas por muitos (Rawls, 2002). Para selecionar os critérios distributivos e as variáveis que serão usadas na sua operacionalização, deve-se inicialmente definir as populações que se pretende favorecer e os resultados que se deseja incentivar (Porto, 2002).

A desigualdade justa opõe-se à noção utilitarista de que a justiça na alocação de recursos seja determinada por suas consequências sobre a soma das utilidades, o que resulta em maior número de utilidades individuais. Em síntese, ela considera como uma alocação justa de recursos aquela que possui maior capacidade de aumentar o nível de utilidade dos indivíduos, ou seja, política voltada a atingir o maior número de pessoas possível em condições de vulnerabilidade social. Além disso, chama a atenção a justiça como equidade, devido à sua dimensão contratualista ser fruto do consenso social original e, assim, essa escolha não advém de um único indivíduo (Rawls, 2002).

Em suma, a equidade deve ser considerada como um conceito ético normativo que a diferencia da igualdade. Assim, advoga-se, neste texto, que a equidade deve ser usada como um instrumento normativo confiável para medir eventuais diferenças ou desigualdades injustas no estado de saúde de indivíduos ou grupos (Chang, 2002).

No que se refere à ética da responsabilidade pública, um aspecto que não deve ser deixado de lado na reflexão sanitária é aquele que diz respeito à definição das prioridades nos investimentos do Estado, incluindo o estudo da destinação, alocação, distribuição e controle dos recursos financeiros dirigidos ao setor. Atualmente, com o elevado custo dos meios de diagnóstico e a natural sofisticação tecnológica decorrente do progresso científico, os recursos aplicados em saúde tornaram-se insuficientes mesmo nos países ricos, e a discussão sobre “prioridades” começaram a adquirir conotações éticas crescentemente dramáticas (Garrafa, 1997).

Além disso, para que as políticas de saúde se consolidem como medidas voltadas para a promoção da equidade, é necessário o fortalecimento do processo democrático de definição dessas políticas, multiplicando os atores envolvidos, os espaços e oportunidades de interação entre eles, instruindo sua participação com o acesso equitativo a informações e conhecimentos pertinentes (Pellegrini Filho, 2004).

A equidade possibilita a discussão ética sobre a distribuição de recursos escassos em saúde, destacando um grupo vulnerável que seja alvo especial das intervenções (Paim; Silva, 2010). Entretanto, a equidade não deve ser entendida como uma “prioridade equivocada”, no sentido tão somente de objetivar o incremento do cuidado com o ambiente, estilo de vida, educação e os sistemas de sistemas, mas também promover uma movimentação incessante rumo ao desenvolvimento social com a redução da pobreza (Chang, 2002).

Assim, a noção de equidade se associa de modo diverso à igualdade e, sobretudo, à justiça, no sentido de propiciar a correção daquilo que a igualdade agride e, portanto, daquilo que a justiça deve realizar. A equidade se constitui como corretora da situação de igualdade, na medida em que a adoção desse

recurso se revele imperfeita diante dos objetivos da promoção da justiça (Paim, 2010; 2006).

Contudo, a DUBDH pode ser considerada como uma expressão normativa da bioética, por fornecer instrumentos éticos na elaboração de políticas públicas, principalmente no enfrentamento das questões relacionadas às desigualdades relativas a grupos vulneráveis (Carvalho; Albuquerque, 2015).

## Considerações finais

Ao compreender a equidade e justiça como conceitos que possuem uma forte identidade entre si, a equidade é tratada, neste artigo, como marco ético na análise e prescrição de temáticas bioéticas em saúde pública. As iniquidades em saúde são desigualdades injustas e evitáveis (Whitehead, 1992).

Observou-se que as situações de desigualdade econômica, a vulnerabilidade social e as iniquidades em saúde estão intimamente interligadas, o que merece análise contextualizada para o estabelecimento de prioridades na alocação de recursos públicos. Equidade em saúde, portanto, foca-se no aumento das oportunidades, prioritariamente, para populações vulneráveis, com a intenção de alcançarem o seu potencial de saúde. Como tais oportunidades tendem a ser menos disponíveis para os mais vulneráveis, é esperado que prescrições éticas em prol da justiça social tenham como regra a ampliação da atenção aos indivíduos mais frágeis da sociedade.

A bioética, preocupada com as disparidades injustas em saúde, conclama com emergência o princípio ético da equidade previsto na DUBDH. A adoção de abordagens políticas que simplesmente enfatizam a equidade como mero “efeito estético” não assegura a movimentação sistemática contra as iniquidades e a vulnerabilidade social. Há consenso na literatura de que a diminuição das injustiças é o caminho para a equidade em saúde.

## Referências

- ALMEIDA, L. D. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. *Bioética*, Brasília, v. 18, n. 3, p. 537-548, 2010.
- ANAND, S. The concern for equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, London, v. 56, p. 485-487, 2002.
- ARISTÓTELES. Ética a Nicômaco. São Paulo: Martin Claret, 2002.
- ARISTÓTELES. *Retórica: obras completas de Aristóteles*. 2. ed. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda, 2005.
- BRAVEMAN, P. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *Journal of Health, Population and Nutrition*, Dhaka, v. 21, n. 3, p. 181-192, 2003.
- BRAVEMAN, P. What is health equity: and how does a life-course approach take us further toward it? *Maternal and Child Health Journal*, v. 18, n. 2, p. 366-372, 2014.
- BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, London, v. 57, p. 254-258, 2003a.
- BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin World Health Organization*, Geneva, v. 81, n. 7, p. 539-545, 2003b.
- CARVALHO, R. R. P.; ALBUQUERQUE, A. Desigualdade, bioética e direitos humanos. *Bioética*, Brasília, DF, v. 23, n. 2, p. 227-237, 2015.
- CHANG, W. C. The meaning and goals of equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, London, v. 56, n. 7, p. 488-491, 2002.
- CORREA, F. J. L. Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina: retos para la bioética. *Acta Bioethica*, Santiago, v. 17, n. 1, p. 19-29, 2011.
- CORGOZINHO, M. M.; PRIMO, W. Q. S. P. Análise bioética sobre o acesso dos usuários às unidades de terapia intensiva no Brasil. *Saúde*

*em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 215-224, 2012.

FONSECA, T. S. Aristóteles e o direito natural na retórica. *Kínesis*, Santa Maria, v. 5, n. 9, 167-190, 2013.

FORTES, P. A. C. A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 47-50, 2010.

FORTES, P. A. C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 696-701, 2008.

GARRAFA, V.; COSTA, S. I. F.; OSELKA, G. A bioética no século XXI. *Bioética*, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 207-212, 1999.

GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 122-132, 2005.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 26, n. 26, p. 6-15, 2002.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, Cardiff, v. 17, n. 5-6, p. 399-416, 2003.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética*, Brasília, DF, v. 5, p. 27-33, 1997.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde e a humanização das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 771-780, 2009.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 2006, v.15, n.2, p. 34-46.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. I Boletim do Instituto de Saúde. *Instituto de Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br/cursos/saudepopnegra/>

recomendacaoLuisEduardo.pdf> Acesso em: 20 jun. 2015.

PELEGRINI FILHO, A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 339-350, 2004.

PORTO, S. M. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília, DF: IPEA, 2002. Disponível em: <<http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/CAP5.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2015.

RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

REES, G. Equity in medical care: an Aristotelian defense of imperfect rules. *American Medical Association Journal of Ethics*, Chicago, v. 10, n. 5, p. 320-323, 2008.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007.

SILVA, E. L.; ZENNI, L. S. V. Aspectos gerais da lógica do razoável como arte da interpretação jurídica. *Revista Jurídica Cesumar*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 117-129, 2008.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008.

TEIXEIRA, A. V. A equidade na filosofia do direito: apontamentos sobre sua origem aristotélica. *Espaço Acadêmico*, Maringá, n. 128, p. 88-92, 2012.

UNESCO - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Tradução sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Brasília, DF: 2005.

VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. *Em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

WELCH, V.; PETTICREW, M.; TUGWELL, P. et al. Prisma-equity 2012 extension: reporting guidelines for systematic reviews with a focus

on health equity. *Pan American Journal of Public Health*, Washington, D.C., v. 9, n. 10, p. 60-67, 2013.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

---

#### Contribuição dos autores

Corgozinho foi o responsável pela concepção, revisão e redação. Oliveira fez a revisão crítica e contribuiu com a redação.

Recebido: 01/09/2015

Reformulado: 02/11/2015

Aprovado: 17/11/2015