

Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

de Carvalho Fortes, Paulo Antonio
Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global
Saúde e Sociedade, vol. 24, núm. 1, abril-junio, 2015, pp. 152-161
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263650015>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global

Reflecting on ethical values of global health

Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: pacfusp@usp.br

Resumo

Desde as últimas décadas do século passado vem sendo construído o campo da saúde global, enfocando questões de saúde suprateritoriais, que extrapolam as fronteiras nacionais, assim como seus determinantes e suas possíveis soluções. Este ensaio objetiva refletir sobre os valores éticos envolvidos na saúde global: justiça social, equidade e solidariedade. Procedeu-se à revisão de artigos científicos e documentos de agências multilaterais. Identificou-se a defesa da saúde global como um bem universal público, analisando os valores da justiça e da equidade com enfoque na alocação e distribuição de recursos, com tendência a priorizar os mais desfavorecidos. São apresentados conceitos de solidariedade, buscando compreender se há a responsabilidade moral de ser solidário com pessoas de outros países, o que justificaria a cooperação internacional na saúde.

Palavras-chave: Solidariedade; Equidade; Ética institucional; Justiça social; Saúde Global.

Correspondência

Av. Dr. Arnaldo, 715. São Paulo, SP, Brasil. CEP 01246-904.

Abstract

The field of Global Health has been under construction since the last decades of the past century. It focuses on health issues that extrapolate national borders, as well as their determinants and possible solutions. Global health conceptions carry ethical values. This essay aims to reflect on values involved in global health: social justice, equity and solidarity. To this end, we reviewed scientific papers and multilateral agencies' documents. We identified the defense of global health as a universal public good, and we analyzed justice and equity values with a focus on the allocation and distribution of resources, within a tendency to prioritize the most disadvantaged ones. Solidarity concepts are presented in an attempt to explain whether there is a moral responsibility for being supportive of people from other countries, which would justify international cooperation in health.

Keywords: Solidarity; Equity; Institutional Ethics; Social Justice; Global Health.

Construindo o campo da Saúde Global

Estamos inseridos em uma nova ordem mundial. Com os atuais meios de comunicação, de informação e de deslocamento planetário, as fronteiras nacionais passaram a ser permeáveis e passíveis de serem ultrapassadas continuamente. A globalização integra e conecta comunidades e organizações em “novas combinações de espaço-tempo” (Hall, 2011, p. 67)

A globalização, ainda, traz novas dimensões espaciais, temporais e cognitivas, modificando nossa percepção das distâncias e das barreiras aos contatos globais; também altera a percepção temporal, conectando a vida cotidiana com acontecimentos ocorrentes em outras partes do planeta. E modifica a percepção cognitiva, como vemos e entendemos a nós mesmos e ao mundo que nos cerca (Alarcos, 2005; Bozorgmehr, 2010).

Questões de saúde podem afetar diversos países e/ou regiões do planeta. Podem atingir pessoas somente em algumas regiões, mas com potencial e probabilidade de se espalharem por muitas regiões em tempo reduzido, como foi o início da pandemia do H1N1 - influenza pandêmica. Também podem ocorrer em locais específicos, porém a solução requer ação de outros países, tendo em vista serem transnacionais os determinantes, como ocorre no caso de modificações climáticas, da migração de profissionais de saúde, de padrões alimentares não adaptados a culturas nacionais. Os problemas de saúde ainda podem ser limitados a certas regiões, mesmo que a pesquisa e a busca de soluções possam ser úteis para outras, como no caso do controle de doenças infectocontagiosas por imunização ou outras medidas sanitárias, como a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras (Manciaux; Fliedner, 2005).

Também há evidências de que o aumento das trocas comerciais entre os países esteja relacionado com o aumento das doenças crônicas, como a diabetes e a obesidade, em países de baixo ou médio poder econômico, em virtude da difusão de estilos de vida e hábitos não saudáveis e de produtos danosos à saúde (Monteiro, Cannon, 2012; Labonté, Mohindra; Lencucha, 2011).

Assim, desde as últimas décadas do século passado, vem sendo construído o campo da Saúde Global, com caráter multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo o conhecimento, o ensino, a pesquisa e a prática, enfocando questões e problemas de saúde suprateritoriais, que extrapolam as fronteiras nacionais, assim como seus determinantes e as possíveis soluções, necessitando da intervenção e de acordos entre diversos atores sociais, incluindo países e governos, agências e instituições internacionais públicas e privadas (Fortes et al., 2012; Kickbusch; Berger, 2010; Koplan et al., 2009).

Enquanto disciplina emergente, a saúde global tem como importantes precedentes a saúde pública e a saúde internacional. Com a saúde pública, compartilha o foco na coletividade, a interdisciplinaridade e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde humana. Já a saúde internacional, termo cunhado em 1913, pela Fundação Rockefeller, nos Estados Unidos da América (EUA), caracteriza-se fundamentalmente por ações desenvolvidas para a prevenção e controle de doenças infectocontagiosas, o combate à desnutrição, à mortalidade materna e infantil, e atividades de assistência técnica, principalmente aos países denominados menos desenvolvidos (Koplan et al. 2009). Segundo Franco-Giraldo e Álvarez-Dardet (2009), a saúde internacional clássica se fundamentava em bases médicas e biológicas e em relações assistencialistas, provenientes de países desenvolvidos, destinadas aos países menos desenvolvidos.

Tais concepções vêm a ser gradualmente substituídas, nas décadas finais do século XX, com a “consolidação” da saúde global, termo e conceito complexo e polissêmico. Diversos fenômenos sociais contribuíram para a transição da saúde internacional à saúde global, entre eles: o papel cada vez maior da percepção da importância da saúde nas agendas do desenvolvimento econômico, na segurança mundial, na paz e na democracia; a crescente transferência internacional de riscos e oportunidades relacionados à saúde, ocasionada pela globalização; o pluralismo de atores sociais públicos e privados, atuando em parcerias; a perda do predomínio da Organização Mundial da Saúde (OMS) em decisões sobre a saúde da coletividade e o predomínio do Banco Mundial na área de investimentos para o setor; os

avanços rápidos das tecnologias médicas; o ativismo por condições de acesso à saúde e direitos; e a luta de setores da comunidade por maior participação nos processos decisórios (Frenk, Gomez-Dantés, 2007).

A saúde global vem se desenvolvendo paralelamente às forças globais que vinculam a vida cotidiana das pessoas a fatos que ocorrem em outras partes do planeta. Essa noção baliza tomadas de posição como as demonstradas pelos ministros de diversos países reunidos em Oslo, Noruega, em 2007, quando expressaram que a ação global é fundamental porque diversos problemas de saúde contemporâneos - tais como influenza, SARS, tuberculose resistente a drogas, malária, poliomielite e dengue - não respeitam as fronteiras nacionais e, portanto, para sua solução, se necessita do trabalho e da atuação conjunta das nações (WHO, 2007).

Ademais, a saúde global tem se preocupado com os impactos transnacionais da globalização sobre determinantes sociais e problemas de saúde que estão além do controle individual dos estados nacionais, que afetam diversas dimensões da vida humana, ou seja, problemas persistentes, emergentes e reemergentes, tais como: o acesso a cuidados de saúde e medicamentos essenciais, o aparecimento de novas moléstias pandêmicas, o ressurgimento ou recrudescimento de enfermidades infecciosas como a dengue e a febre amarela, a violência e suas consequências, a questão da saúde mental, e as consequências dos desastres socioambientais. Também trata das formas de comércio e investimento internacional e suas repercussões na saúde, dos problemas relacionados à migração de pessoas e profissionais de saúde, do turismo médico internacional e do marketing de produtos perigosos à saúde, como bebidas alcoólicas, alimentos não saudáveis e tabaco (Franco-Giraldo; Alvarez-Dardet, 2009; Kawachi; Wamala, 2007; Frenk; Gomez-Dantes, 2007).

Valores éticos da Saúde Global

Concepções e problemas relacionados à saúde global, assim como medidas para solucioná-los, por afetarem pessoas e/ou coletividades, são fundamentalmente de natureza ética, cabendo refletir sobre quais são os valores que estão envolvidos. Valores são componentes da vida cotidiana do ser humano e

das coletividades, sendo “impossível imaginar uma vida sem eles”. Cabe então respeitá-los e protegê-los para que se possa ter um bom e justo convívio social (Cortina, 2007).

São centrais na vida política dando suporte a políticas, programas, ações e comportamentos, tanto nas abordagens neoliberais, privilegiando segurança, liberdade individual, eficiência e custo-efetividade, quanto nas fundamentadas na justiça social, equidade e solidariedade (Steward; Keusch; Kleinman, 2010).

Diversos valores podem ser evocados quando da reflexão ética sobre as questões de saúde global, contudo, esta exposição limitar-se-á àqueles prevalentes nos discursos de autores do campo da saúde global: justiça social, equidade e solidariedade, valores estes que envolvem a ação coletiva, característica do campo da saúde global.

Saúde Global, justiça social e equidade

Para se refletir sobre justiça social e equidade, partimos do pressuposto de que as orientações dadas às ações de saúde global, realizadas pelos estados nacionais, organismos multilaterais, organizações não governamentais ou privadas, apresentam importantes diferenças se a saúde for ou não compreendida como sendo um bem público global (Rowson et al., 2012).

Ser um bem público global, noção que ainda traz embates teóricos e ideológicos, em nosso entender, significa que ninguém ou nenhuma coletividade deve ser excluída de sua posse ou de seu consumo, e que tal posse ou a utilização por uma pessoa, ou por um grupo, não deve impedir que outros indivíduos ou coletividades o usufruam, ou seja, não deve haver rivalidade na posse ou no consumo do bem. Assim se aceita que nenhuma pessoa, nenhum país, nenhuma região, nenhum agrupamento populacional devam ser excluídos e que todos possam se beneficiar desse bem público global - a saúde (ALASAG, 2013; Stewart; Keusch; Kleinman, 2010; Buss; Ferreira, 2010; Smith, 2003).

Pode se defender a saúde como um bem público global, sob a perspectiva da justiça social, da equidade e da ética. A justiça é um princípio secular de convívio

entre os seres humanos que traz a interface entre a ética individual e a ética coletiva. Como afirmou o filósofo francês Paul Ricoeur (1995), se o bom é intuitivo, o justo é construído nas relações humanas.

Conforme nos ensina a filósofa espanhola Adela Cortina (2005), deve-se considerar a justiça como sendo fundamento para o convívio entre as pessoas, base de uma ética dos mínimos, necessária em cada sociedade moralmente pluralista para que as pessoas possam atingir seu projeto individual, autônomo, de felicidade. A justiça traz a noção de obrigação mútua entre as pessoas, relacionando os indivíduos com o coletivo.

O termo justiça social é relativamente recente, do século XIX, e se confunde com a justiça distributiva. Principalmente durante o século XX, se dá um afastamento da noção da justiça meritória e se constrói o contemporâneo conceito de justiça distributiva, que demanda a intervenção sobre os campos econômico e social, ensejando garantir uma distribuição equitativa e suprimento de um determinado nível de interesses e recursos materiais a todas as pessoas. (Fleischacker, 2006)

O tema justiça social, tratado na saúde global, é de grande relevância em razão do aporte, alocação e distribuição de recursos humanos, técnicos e econômicos entre países e regiões, e se encontra no campo da justiça distributiva, relacionando os indivíduos com o coletivo e as autoridades políticas. Em diversas declarações e documentos internacionais sobre saúde global, o senso de justiça está relacionado intimamente com o valor da equidade.

Entendendo, como argumenta Amartya Sen (2011), que é importante não somente considerar as instituições como justas, mas sim que elas atuem para promover a justiça. Nesse sentido, podem-se citar alguns conhecidos autores que se debruçam sobre a temática, como Koplan et al. (2009) que defendem a saúde global como um campo de estudo, pesquisa e prática que prioriza a melhora da saúde e a busca da equidade para todos os povos do mundo. E também Kickbusch (2013), autora fortemente identificada com a OMS, que afirma ser o principal objetivo da saúde global o acesso equitativo à saúde em todas as regiões do mundo.

Ainda, outros autores, na mesma direção, argumentam ser o objetivo da saúde global a redução

das desigualdades e iniquidades sociais e sanitárias encontradas no mundo, propondo ao campo uma orientação baseada no valor da equidade (Fried, 2010; Macfarlane; Jacobs; Kaaya, 2008; McMichael; Beaglehole, 2003; Brundtland, 2001).

Sabe-se que equidade é um termo polissêmico, mas, como salienta Almeida (2002), a opção de uma definição a ser operacionalizada reflete os valores e as escolhas de uma sociedade. Entende-se que, diversamente do princípio da igualdade, a equidade trata de diferenças, como, por exemplo, das desigualdades sociais e sanitárias evitáveis e desnecessárias, na busca do que é justo.

Equidade pode ser compreendida como o esforço de tratar desigualmente os desiguais conforme suas necessidades. Essa interpretação tem bases diversificadas, defendendo que o tratamento dado às pessoas seja diferenciado quando está fundamentado nas necessidades de cada pessoa. Teorias igualitárias fundadas no atendimento das necessidades das pessoas aceitam que o Estado, mediante políticas públicas, deva garantir, com justiça, a distribuição de bens e serviços, e assim minimizar os efeitos das loterias biológica e social.

Como exemplo, as políticas de promoção da equidade do governo brasileiro na atualidade afirmam ser seu objetivo a diminuição das desigualdades persistentes, das vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão expostos e que resultam de determinantes sociais da saúde (Brasil, 2013).

Sem objetivar juízos de valor sobre os diversos conceitos de equidade, os discursos dos autores do campo da saúde global nos apontam uma forte tendência para o pressuposto da “justiça como equidade”, formulado por John Rawls (2003, 1997), nos anos 1970, defendendo a equidade como prioritária no desenvolvimento de uma teoria de justiça que, tratando desigualmente os desiguais, considera que se devam conduzir as ações justas para a priorização dos menos favorecidos da sociedade, dos que estejam em desvantagem social. O pensamento do filósofo defende um procedimento de natureza contratualista em que é justa a ação que tenha diferentes e desiguais consequências para os diversos atores sociais envolvidos em determinada situação apenas quando resultem em benefícios compensatórios para cada um e, particularmente, para os membros

menos favorecidos da sociedade, ou seja, os que estejam em desvantagem social.

Isso levaria, dentro do campo da saúde global, a se priorizar países, regiões ou grupos sociais considerados mais desfavorecidos, com maiores desvantagens sociais, econômicas e sanitárias. Daí, por exemplo, compreender-se que a região da África subsaariana, considerada a com os piores níveis sanitários do planeta, seja a que recebeu em 2010 a maior parte dos recursos financeiros internacionais para o desenvolvimento da atenção à saúde, correspondendo a 28,7% de todos os recursos despendidos no planeta (IHME, 2012).

Segundo o pensamento rawlsiano, observa-se que não é a magnitude da população que deve ser a orientadora das ações, mas sim as necessidades dos mais desfavorecidos. Assim, a saúde global orientada pela equidade deveria ser desenvolvida no sentido de eliminar ou, ao menos, reduzir ao mínimo possível, as desigualdades desnecessárias, evitáveis e injustas, que existem entre grupos humanos com diferentes níveis sociais. Como foi expresso pela Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, criada pela OMS em 2005, reduzir as desigualdades na saúde é um imperativo ético para os povos e governos (OMS, 2010).

Certo que a equidade pode se confrontar com o princípio da utilidade social, maximalista, prevenindo mais benefícios ao maior número de pessoas. O princípio da utilidade social, conforme formulado pelos filósofos ingleses Jeremy Bentham e John Stuart Mill, ainda no século XIX, estabelece que se deva buscar a maior felicidade de todos aqueles cujos interesses estão em jogo, sendo a justa e adequada finalidade da ação humana. Seu paradigma é o “maior bem estar para o maior número possível de pessoas”, ou seja, a maximização do bem-estar e/ou a minimização da dor, do desprazer ou do sofrimento da maioria (Bentham, 1974; Mill, 2000; Goodin, 2000).

Se aceitarmos que o objetivo é dar proteção às necessidades do coletivo, ou seja, maximalistas, mesmo que à custa de interesses individuais minoritários, validar-se-iam critérios como magnitude, força produtiva, transcendência, custo-benefício e não a equidade, o que seria contrário à aplicação de recursos em atividades custosas, com baixa cobertu-

ra populacional, o que não se denota explicitamente no discurso da saúde global.

Mas há os que tecem discordâncias, ainda que minoritárias, salientando ser a equidade uma noção significantemente carregada de conteúdo ideológico, e que isto pode afastar do campo da saúde global aqueles que não comungam desse valor (Rowson et al., 2012).

Solidariedade e cooperação técnica na Saúde Global

Uma das mais importantes e frequentes áreas de atuação da saúde global está relacionada a ações de solidariedade internacional - assistência ou cooperação. Solidariedade é, todavia, um termo também complexo e polissêmico, com correntes teóricas de orientações diversas, tendo como raiz etimológica a referência a um comportamento *in solidum*, ou seja, o “laço ou vínculo recíproco de pessoas ou coisas independentes; sentido moral que vincula o indivíduo à vida, aos interesses de um grupo social, duma nação, ou da humanidade.” (Ferreira, 2004).

Não se propondo a esgotar o tema, nem relacionar todas as correntes teóricas que tratam da solidariedade, a entendemos, quando evocada no campo da saúde global, como solidariedade social, de alcance coletivo, com uma preocupação que ultrapassa fronteiras, supraterritorial, como um valor fundamentado no vínculo do reconhecimento recíproco entre as pessoas, ou seja, pela necessidade das pessoas, enquanto seres sociais, de conviverem socialmente, tendo relações interdependentes.

Todavia, cabe questionar se há uma obrigação moral, uma exigência, que levaria a se fazer ou a se omitir de fazer algo, no caso ser solidário de forma autônoma. Ou, ainda, o que moveria um Estado, uma instituição multilateral pública ou privada a serem eticamente solidários? Por que organizações públicas ou privadas de âmbito internacional deveriam ser solidárias com os mais pobres, os mais vulneráveis, ou mais desfavorecidos? Como justificar e explicar a solidariedade e, por exemplo, a cooperação Sul-Sul, entre países em desenvolvimento? Ou, ainda como exemplificativo, por que o Brasil deveria investir em estabelecer uma fábrica de medicamentos antirretrovirais em Moçambique?

As respostas dadas por alguns comentadores se fundamentam na noção de que a solidariedade pode se valer de uma ética da proximidade. Orientar-se desta maneira significaria preocupar-se, cuidar de quem está próximo, com quem nos relacionamos, por razões afetivas e familiares, de grupo social, religioso ou por pertencimento a uma comunidade (Wilkinson, 2010; Furrow, 2007; Cortina, 2007).

Nessa linha de pensamento, Sandel (2012) expressa que, na concepção liberal, apesar de que não se deva cometer injustiças (considerando os vários significados possíveis do termo), não se está obrigado moralmente a fazer o bem. Contudo, o autor defende a tese de que a solidariedade seja a obrigação moral de atuar em relação àqueles com quem compartilhamos determinada história.

Outros autores, com concepções diversas ao modelo liberal, ainda que baseados em uma ética da proximidade, expressam que a solidariedade seria uma disposição de auxiliar a outrem no qual se reconhece similaridade, semelhança, identidade, ao menos em um aspecto biológico ou social, e para o qual se aportariam custos financeiros, sociais, emocionais ou outros. Isto pode ser percebido com facilidade em grupos de autoajuda e organizações de pacientes defensoras de recursos e atenção sanitária a agravos ou patologias específicas, como a AIDS (Illingworth; Parmett, 2012; Prainsack, Buyz, 2012).

Mas e com o distante, o estranho, o desconhecido ou aquele com quem não temos relacionamento direto, que não reconhecemos uma possibilidade de reciprocidade imediata, há obrigação moral de ser responsável por sua saúde? Como justificar a obrigação de assisti-los? Não se aplicaria uma ética de proximidade.

Em uma linha mais aproximada das concepções kantianas, poder-se-ia defender que é o pertencimento à humanidade, transcendendo as fronteiras nacionais, que nos faz iguais e próximos, que nos induz à solidariedade com o distante, com aquele que não se conhece, que somente se teve notícias de seus infortúnios, por exemplo, pelos meios de comunicação global, como aconteceu nos episódios recentes ocorridos no Haiti, país mais pobre da região do Caribe.

É que nossa identidade humana não é redutível às fronteiras nacionais, pois podemos ter identida-

de religiosa, de gênero, de raça, de profissão ou de convicções políticas. Esta noção nos auxiliaria a explicar os esforços, de agências públicas e privadas internacionais, como as organizações Médicos sem Fronteiras e Médicos do Mundo, em atuar em situações de catástrofes socioambientais, assim como na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de doenças denominadas negligenciadas, que não têm interesse comercial para as empresas farmacêuticas, tais como a malária, a dengue e a tuberculose.

A esse respeito, Sen (2011) nos diz que a identidade humana é talvez nossa identidade “mais básica” e afirma que os “imperativos que podem associar-se com nossa humanidade podem não ser mediados por nossa condição como povos e nações específicas”, mas sim fundamentalmente como seres humanos.

A isso, pode-se acrescentar o argumento de que é cada vez maior nossa interdependência enquanto seres humanos para vivermos em sociedade, seja ela econômica, política, social, ética ou religiosa, principalmente neste mundo globalizado, que diminui as distâncias. E que nossa condição humana e nossa condição de sujeitos ecológicos, que compartilhamos um só mundo, nos impelem a decidir, para mantermos a coesão social, por nos preocuparmos com e protegermos o outro, por conta de um vínculo que não é pessoal, mas pelo pertencimento à humanidade (Eckenwiler; Straehle; Chung, 2012).

Mas, também, se entende que a solidariedade tem como base a dignidade humana, um dos poucos valores comuns em nosso mundo de pluralismo filosófico, que expressa que todos os seres humanos possuem um valor único e incondicional, e cria uma obrigação moral de protegê-la. A dignidade humana envolveria as noções de vulnerabilidade e fragilidade que se correlacionariam com o princípio da equidade, na proteção dos mais vulneráveis, uma vez que a solidariedade se constitui no ponto de vista complementar ao tratamento igualitário (Conill; Cortina, 2012; Andorno, 2009; Cortina, 2007).

Cabe ainda refletir sobre o que argumenta Furrow (2007) quando afirma que se alguém é confrontado com situações reais em que seus interesses estão correndo risco, por que seria racional que os limitasse em nome do interesse de outros, principalmente em um momento histórico de crise econômica global afetando, sobretudo, os países desenvolvidos? Ou,

ainda, pode-se argumentar que as necessidades de um Estado nacional o conduzem forçosamente a agir mediante obrigações de caráter estratégico, maximizando os interesses de seus cidadãos, sua segurança nacional e sanitária, baseando-se principalmente em referenciais éticos de caráter utilitarista.

Não se pode negar a realidade que mostra a solidariedade internacional na saúde sendo afetada pela crise econômica dos países ricos, pelo que se verifica uma desaceleração, em relação à primeira década do século XXI, do aporte financeiro proveniente dos países ricos. Estudos recentes demonstram que, desde 2010, os governos de Alemanha, França, EUA e Canadá diminuíram os recursos alocados para os fundos de saúde global, dificultando o cumprimento da meta estabelecida na Declaração de Doha sobre o Financiamento para o Desenvolvimento, quando houve o compromisso do aporte de 0,7% dos respectivos PIBs dos mais ricos aos mais pobres até 2015. (IHME, 2012; Buss; Ferreira, 2010).

Por último, pode-se defender que as ações de solidariedade, relativas à cooperação técnica em saúde, realizadas entre países, organizações e instituições, devem ser dar de forma horizontal, onde não prevaleçam relações dominantes, tendo os agentes que serem observados para se evitar relações verticais de domínio de poder, de recursos ou de conhecimento, respeitando a cultura de todos os envolvidos. Conforme nos alertam Buss e Ferreira (2010), a cooperação solidária movida pela boa intenção com o outro não pode se converter em imposição da própria visão, ou seja, fazer o bem ao outro de acordo com sua própria noção do que seja o bem, não promovendo a autonomia e o empoderamento dos sujeitos implicados nas ações. Tratando o outro como sendo de igual valor, se diferenciaria a ação solidária da caritativa, que o considera em uma relação assimétrica (Prainsack; Buyz, 2012; Caponi 2000).

A mudança histórica do conceito de assistência à saúde para o de cooperação em saúde tenta atenuar a orientação paternalista, que havia dominado as relações entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, entre países centrais e países periféricos, como bem afirmaram Almeida et al. (2010). Agora, busca-se orientar em promover relações mais simétricas e compartilhadas entre cooperantes e cooperados, doadores e beneficiários, assistentes e

assistidos, partindo-se das realidades e prioridades locais e nacionais, buscando a autonomia e o empoderamento dos envolvidos. Constroem-se parcerias, reconhecendo os envolvidos como sujeitos e não como objetos de práticas e prescrições exógenas, resultando em aprendizado conjunto e compartilhamento de responsabilidades e resultados.

Entende-se que a cooperação técnica em saúde global deveria ser orientada para empoderar os cooperantes, conforme orientação dada por Andrade e Vaitzman (2002): “em um processo de ação social no qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas pela interação com outros indivíduos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção da capacidade social e pessoal e possibilitando a transformação de relações de poder”.

Para que isto possa ocorrer é necessária uma profunda mudança cultural para que, nos processos que envolvam grupos e países com diferentes condições sociais e econômicas, possam ocorrer relações marcadas pelo diálogo, em que todos os atores sociais são aceitos como interlocutores válidos, podendo chegar a consensos possíveis para uma ação cooperativa (Stewart; Keusch; Kleinman, 2010; Cortina, 2005).

Finalizando

Considerou-se que a saúde, como bem público global, tem a justiça social, a equidade e a solidariedade como seus valores éticos orientadores. Tais valores levantam questões a serem aprofundadas pela reflexão ética. Por exemplo, em um mundo em que o pluralismo moral é uma das características e que há pouca tolerância com ele, e no qual se percebe a tentativa de se obter consensos morais pela força, em que há ceticismo sobre ser possível uma avaliação completa da justiça, caberia levantar a questão se deveríamos suportar ações solidárias para quem é orientado por ideais racistas, antidemocráticos, segregadores de grupos, machistas etc. (Illingworth; Parmett, 2012; Sen, 2011; Engelhardt Jr, 2009; Wickler; Cash, 2003).

Ou seja, diversas questões e problemas éticos podem provir das políticas, medidas e práticas de saúde global. Por isso, cabe o alerta de Cortina

(2005), que argumenta que é preciso que os membros das sociedades pós-industriais estabeleçam um tipo de identidade na qual se reconheçam e que se sintam pertencentes, e que se preocupem com cada pessoa, cada grupo social, cada região, cada país, e assim se forme a convicção de que vale mantê-los e melhorá-los. Esse é um dos desafios para a saúde global no atual contexto político e social das amplas desigualdades vividas pelos diversos países, regiões e grupos sociais espalhados pelo planeta.

Se nos orientarmos pela justiça e pela equidade, deveríamos atentar outra vez para Amartya Sen (2011), quando afirmou: “perguntar como as coisas estão indo e se elas podem ser melhoradas é um elemento constante e imprescindível da busca da justiça”. E, sem querer evidenciar supostas neutralidades, pode-se concordar com Feito (2012) ao expressar que o ser humano e as instituições, quando da tomada de decisões de natureza ética, escolhendo entre alternativas possíveis, estão se posicionando sobre qual é a sociedade na qual querem viver e conviver, construindo uma responsabilidade moral de contribuir para a construção de uma sociedade global pacífica, justa e equitativa.

Referências

- ALARCOS, F. J. *Bioética global, justicia y teología moral*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas: Editorial Desclée de Brouwer, 2005.
- ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 23-36, 2002. Suplemento.
- ALMEIDA, C. et al. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 25-35, 2010.
- ANDORNO, R. A noção paradoxal de dignidade humana. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 17, n. 3, p. 435-449, 2009.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

- ALASAG - ALIANZA LATINOAMERICANA DE SALUD GLOBAL. *Presentación*. Panamá, 2011. Disponível em: <http://www.cohred.org/wp-content/uploads/2011/12/5.5_ALASAG.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2013.
- BENTHAM, J. *Uma introdução aos princípios da moral e da legislação*. São Paulo: Abril Cultural, 1974. Coleção Os Pensadores.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Políticas de promoção da equidade em saúde*. Brasília, DF, 2013.
- BOZORGMEHR, K. Rethinking the “global” in global health: a dialectic approach. *Globalization and Health*, London, v. 6, n. 19, p. 1-19, 2010.
- BRUNDTLAND, G. H. The future of the world’s health. In: KOOP, C. V.; PEARSON, C. E.; SCHWARZ, M. R. *Critical issues in global health*. San Francisco: Jossey-Bass, 2001. p. 3-11.
- BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 93-105, 2010.
- CAPONI, S. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- CONILL, J.; CORTINA, A. La fragilidad y la vulnerabilidad como partes constitutivas del ser humano. In: BECA, J. P.; ASTETE, C. *Bioética clínica*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2012. p. 117-127.
- CORTINA, A. *Cidadãos do mundo*. São Paulo: Loyola, 2005.
- CORTINA, A. *Ética de la razón cordial: educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Oviedo: Ediciones Nobel, 2007.
- ECKENWILER, L.; STRAEHLE, C.; CHUNG, R. Global solidarity, migration and global health inequity. *Bioethics*, Quezon City, v. 26, n. 7, p. 382-390, 2012.
- ENGELHARDT JR., T. H. *Bioética global*. São Paulo: Paulinas, 2009.
- FEITO, L. La responsabilidad como clave de la ética actual. In: BECA, J. P.; ASTETE, C. *Bioética clínica*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2012. p. 50-61.
- FERREIRA, A. B. H. *Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa*. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004.
- FLEISCHACKER, S. *Uma breve história da justiça distributiva*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FORTES, P. A. C. et al. Bioética e saúde global: um diálogo necessário. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 20, n. 2, p. 219-225, 2012.
- FRANCO-GIRALDO, A. F.; ALVAREZ-DARDET, C. Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza A. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 25, n. 6, p. 540-547, 2009.
- FRENK, J.; GOMEZ-DANTES, O. La globalización y la nueva salud pública. *Salud pública de México*, Cuernavaca, v. 49, n. 2, p. 156-164, 2007.
- FRIED, L. P. et al. Global health is public health. *Lancet*, London, v. 375, n. 9714, p. 535-537, 2010.
- FURROW, D. *Ética: conceitos-chave em filosofia*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- GOODIN, R. E. La utilidad y el bien. In: SINGER, P. (Ed.). *Compendio de ética*. Madrid: Alianza Editorial, 2000. p. 337-346.
- HALL, H. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2011.
- ILLINGWORTH, P.; PARMETT, W.E. Solidarity for global health. *Bioethics*, Quezon City, v. 26, n. 7, p. 2-6, 2012.
- IHME - INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. *Financing global health 2012: the end of the golden age?* Seattle, 2012.
- KAWACHI, I.; WAMALA, S. Globalization and health: challenges and prospects. In: _____. *Globalization and health*. New York: Oxford University Press, 2007. p. 3-15.
- KICKBUSCH, I. *Global health: a definition*. Cidade: Editora, 2013. Disponível em: <<http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/global-health.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2013.
- KICKBUSCH, I.; BERGER, C. Experiências e lições aprendidas no desenvolvimento de capacidades em diplomacia da saúde global. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 141-147, 2010.

- KOPLAN, J. P. et al. Towards a common definition of global health. *Lancet*, London, v. 373, n. 9679, p. 1993-1995, 2009.
- LABONTÉ, R.; MOHINDRA, K. S.; LENCUCHA, R. Framing international trade and chronic disease. *Globalization and Health*, London, v. 7, p. 21, jul. 2011.
- MACFARLANE, S. B.; JACOBS, M.; KAAYA, E. E. In the name of global health: trends in academic institutions. *Journal of Public Health Policy*, Basingstoke, v. 29, n. 4, p. 383-401, 2008.
- MANCIAUX, M.; FLIEDNER, T. M. World health: a mobilizing utopia? In: GUNN, S. W. A. et al. *Understanding the global dimensions of health*. New York: Springer Science: Business Media, 2005. p. 69-82.
- MCMICHAEL, T.; BEAGLEHOLE, R. The global context for public health. In: BEAGLEHOLE, R. *Global public health: a new era*. New York: Oxford University Press, 2003. p. 1-23.
- MILL, J. S. *O utilitarismo*. São Paulo: Iluminuras, 2000.
- MONTEIRO, C. A.; CANNON, G. The impact of transnational “Big Food” companies on the South: a view from Brazil. *PLoS Medicine*, San Francisco, v. 9, n. 7, p. 1-5, 2012.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Comissão para os determinantes sociais da saúde: redução das desigualdades no período de uma geração*. Genebra, 2010.
- PRAINSACK, B.; BUYZ, A. Solidarity in contemporary bioethics: towards a new approach. *Bioethica*, Quezon City, v. 26, n. 7, p. 343-350, 2012.
- RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- RAWLS, J. *Justiça como equidade: uma reformulação*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- RICOEUR, P. *O justo ou a essência da justiça*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.
- ROWSON, M. et al. Conceptualising global health: theoretical issues and their relevance for teaching. *Globalization and Health*, London, v. 8, p. 36, nov. 2012.
- SANDEL, M. J. *Justiça: o que é fazer a coisa certa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.
- SEN, A. *A ideia de justiça*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- SMITH, R. D. Global public goods and health. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneve, v. 81, n. 7, p. 475, 2003.
- STEWARD, K. A.; KEUSCH, G. T.; KLEINMAN, A. Values and moral experiences in global health: bridging the local and the global. *Global Public Health*, New York, v. 5, n. 2, p. 115-121, 2010.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Oslo Ministerial Declaration: global health: a pressing foreign policy issue of our time. *The Lancet*, London, v. 369, n. 9570, p. 1373-1378, 2007.
- WICKLER, D.; CASH, R. Ethical issues in global public health. In: BEAGLEHOLE, R. *Global public health: a new era*. New York: Oxford University Press, 2003. p. 226-242.
- WILKINSON, T. M. Community, public health and resource allocation. *Public Health Ethics*, Oxford, v. 3, n. 3, p. 267-271, 2010.

Recebido: 13/09/2013
 Reapresentado: 20/05/2014
 Aprovado: 16/06/2014