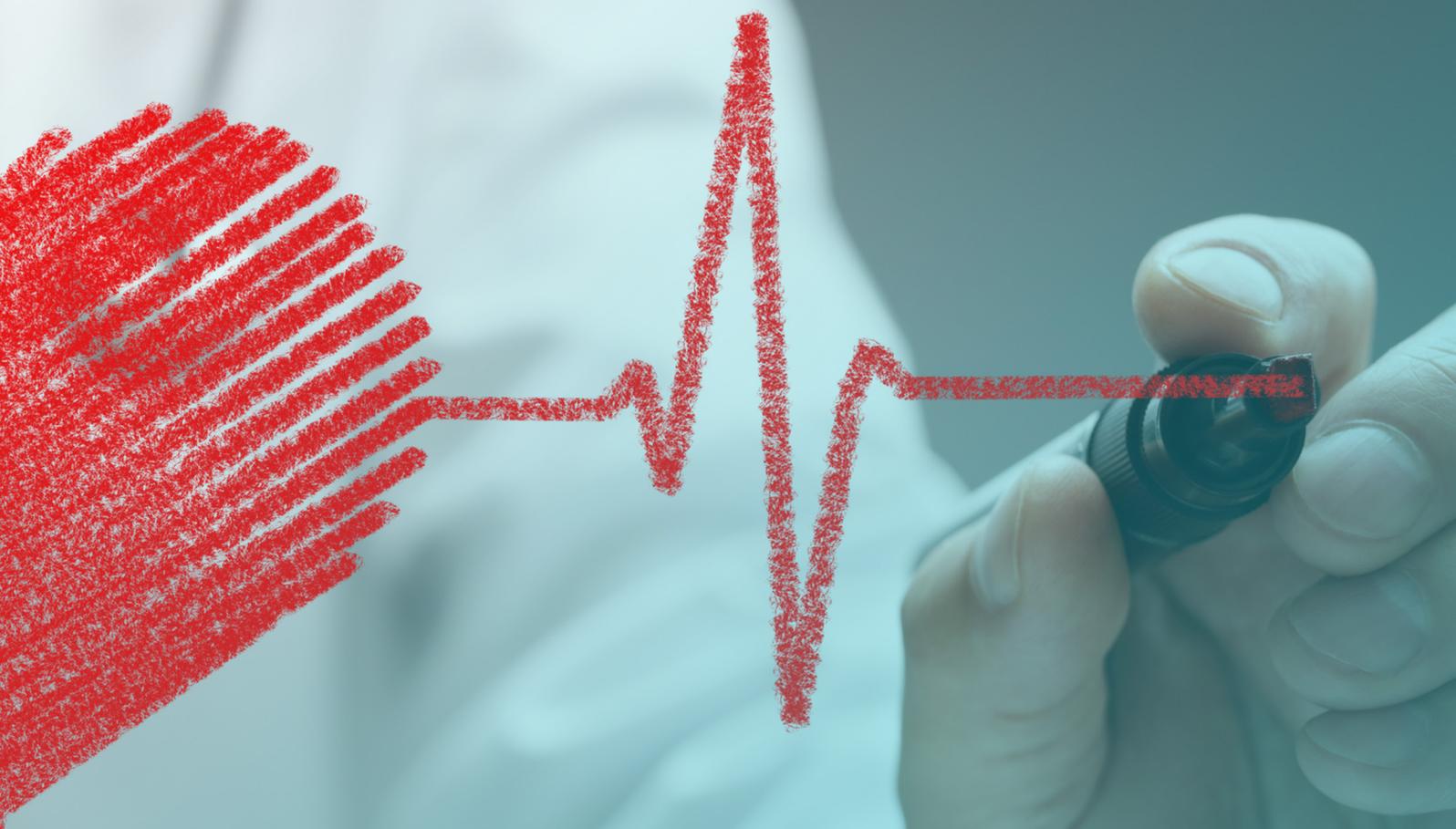


Bases Conceituais da **Saúde 6**

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)



Atena
Editora
Ano 2019

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais da Saúde

6

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

B299 Bases conceituais da saúde 6 [recurso eletrônico] / Organizadora
Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
– (Bases Conceituais da Saúde; v. 6)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-137-4

DOI 10.22533/at.ed.374191502

1. Bioética. 2. Política de saúde. I. Costa, Elisa Miranda. II. Série.
CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A bioética é considerada como um novo território do conhecimento, inicialmente seu foco de preocupação foi direcionado preferencialmente para os campos da relação profissional-paciente e pesquisa. Com o passar dos anos, esse horizonte de atuação foi gradualmente ampliado, alcançou uma relação consistente com as áreas social e sanitária.

A velocidade das descobertas, de certa forma, ‘roubou’ das sociedades humanas contemporâneas o tempo necessário e indispensável para o amadurecimento moral das respostas frente às ‘novidades’. Portanto, a bioética surge como um novo instrumento metodológico com o objetivo de proporcionar reflexões e respostas possíveis diante desses dilemas.

Os conflitos gerados entre a evolução do mundo, o progresso tecnológico e os direitos humanos estão cada vez mais frequentes. A discussão bioética pode contribuir na procura por respostas equilibradas frente aos conflitos atuais e aos das próximas décadas, isso requer abordagens pluralistas e transdisciplinares a partir da realidade concreta.

A bioética brasileira apresentou desenvolvimento tardio, porém passou a ser incorporada objetivamente na construção sanitárias no país e no próprio funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com esse contexto e objetivando a melhor sistematização e compreensão da bioética, nesse volume serão abordadas questões relacionadas ao desenvolvimento tecnológico e científico e aos processos evolutivos e sociais.

Elisa Miranda Costa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

BIOSSEGURANÇA NA AVALIAÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS DOS TRANSGÊNICOS

Adolf Hitler Cardoso de Araújo
Maria do Socorro Rocha Melo Peixoto
Bartolomeu Garcia de Souza Medeiros
Valeska Silva Lucena

DOI 10.22533/at.ed.3741915021

CAPÍTULO 2 12

SÍNTESE E AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE ANTIMICROBIANA DO 1,2,4-OXADIAZOL 3,5-DISSUBSTITUÍDO

Rodrigo Ribeiro Alves Caiana
Érick Caique Santos Costa
Maria Verônica de Sales Barbosa
Giselle Barbosa Bezerra
Francirenildo Andrade Santos
Jaqueline Ferreira Ramos
Danilo Lima Dantas
Juliano Carlo Rufino de Freitas

DOI 10.22533/at.ed.3741915022

CAPÍTULO 3 24

OS PRINCIPAIS FÁRMACOS UTILIZADOS COMO ADULTERANTES EM AMOSTRAS DE COCAÍNA

Hemerson Iury Ferreira Magalhães
Ericson Alves Silva Filho
Gleice Rayanne da Silva
Marianna Vieira Sobral
Aníbal de Freitas Santos Júnior
Breno Alves Auad Moreira
Rony Anderson Rezende Costa
Bruno Coelho Cavalcanti
Cecília Rocha da Silva
Hélio Vitoriano Nobre Júnior
José Roberto Oliveira Ferreira
Ricardo Rodrigues Lucas

DOI 10.22533/at.ed.3741915023

CAPÍTULO 4 35

ANÁLISE BIOENERGÉTICA: UM PANORAMA DOS ESTUDOS PUBLICADOS NA ATUALIDADE

Any Caroliny Alves de Souza
Ana Carolina Pereira Eugênio
Camila Diniz de Carvalho Souza
Jorge Francisco Sandro Souza Silva
Yasmin Karla de Araújo Oliveira
Alexandre Franca Barreto

DOI 10.22533/at.ed.3741915024

CAPÍTULO 5 54

ANÁLISE DE DIMENSIONAMENTO DE EQUIPAMENTOS E NÚMERO DE REFEIÇÕES EM UM RESTAURANTE COMERCIAL ÁRABE NA CIDADE DE BELÉM-PA, 2017

Fernando Filho Silva Damasceno

Elizane Leão Batista

Amanda Joyce Caldo de Souza

Andreia Pereira Silva

Rodolfo Silva de Freitas

Herison Diego Abreu de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.3741915025

CAPÍTULO 6 63

ANÁLISE DE NOTIFICAÇÕES DE QUEIXA TÉCNICA E EVENTO ADVERSO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL SENTINELA

Ana Laura de Cabral Sobreira

Danillo Alencar Roseno

Laura Christina Freitas

Roseana Souza Pedrosa

Adriana Amorim de Farias Leal

DOI 10.22533/at.ed.3741915026

CAPÍTULO 7 76

ANÁLISE DO GRAU DE COMPLETUDE DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DA LEISHMANIOSE VISCERAL, DE RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE PETROLINA (PE), NO PERÍODO DE 2011 A 2016

Maiara Leite Barberino

Larissa de Sá Carvalho

Lorena Maria Souza Rosas

Herydiane Rodrigues Correia Wanderley

Natália Matos Barbosa Amarante

Marcelo Domingues de Faria

DOI 10.22533/at.ed.3741915027

CAPÍTULO 8 85

AVALIAÇÃO DO POTENCIAL BIOTECNOLÓGICO DE MICRO- ORGANISMOS ISOLADOS DE AMOSTRAS ALIMENTARES E PRODUÇÃO DE ENZIMAS HIDROLÍTICAS

Emília Mendes da Silva Santos

Ariosto Afonso de Moraes

Isabela Regina Alvares da Silva Lira

Diogo Guimarães

Juliana Moura de Luna

DOI 10.22533/at.ed.3741915028

CAPÍTULO 9 93

BATATA YACON COMO INGREDIENTE NA ELABORAÇÃO DE PÃO PARA DIABÉTICOS: ASPECTOS FUNCIONAIS E NUTRICIONAIS

Adalgisa Gabriela dos Santos Guimarães

Ana Beatriz Praia

Nelson Rosa Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.3741915029

CAPÍTULO 10 103

BIOEDUCA: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O USO DE TECNOLOGIAS EDUCATIVAS NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DE GRADUANDOS EM BIOMEDICINA

Lumara Silvia Santana Ferreira
Wellenice da Silva Barroso
Amanda Mendes Silva
Lailson Parente Lustosa Júnior
Etiane Prestes Batirola Alves

DOI 10.22533/at.ed.37419150210

CAPÍTULO 11 111

CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMIDOR DE QUEIJO DE COALHO NO INTERIOR DE PERNAMBUCO

Dayane de Melo Barros
Danielle Feijó de Moura
Tamiris Alves Rocha
Silvio Assis de Oliveira Ferreira
Roberta Albuquerque Bento da Fonte
Erilane de Castro Lima Machado
Ranilson de Souza Bezerra

DOI 10.22533/at.ed.37419150211

CAPÍTULO 12 121

CONFERÊNCIA DO CARRO DE EMERGÊNCIA: A RELEVÂNCIA FRENTE À UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA (CTI) - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Raquel Silva Nogueira
Manuela Furtado Veloso de Oliveira
Aldeyse Teixeira de Lima
Mikaelly Almeida Amorim Oliveira
Aline Bento Neves
Gabriela De Nazaré e Silva Dias
Erlon Gabriel Rego de Andrade
Leide da Conceição do Espírito Santo Monteiro
Irineia Bezerril de Oliveira da Silva
Nubia Cristina Pereira Garcia
Lilian Thais Dias Santos Monteiro

DOI 10.22533/at.ed.37419150212

CAPÍTULO 13 128

ELETRIOESTIMULAÇÃO DE ALTA VOLTAGEM NO REPARO TECIDUAL DE LESÃO POR PRESSÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lilian Ramine Ramos de Souza Matos
Karoliny Teixeira Santos
Larycia Vicente Rodrigues
Cristina Maria Félix Crispiniano
Eduardo Rafael de Sousa Neto
Maria Conceição Matias da Silva
Márcia Bento Moreira

DOI 10.22533/at.ed.37419150213

CAPÍTULO 14 135

EPIGENÉTICA

Renata Mendes de Freitas
Mário Campos Júnior

DOI 10.22533/at.ed.37419150214

CAPÍTULO 15	144
EQUIDADE COMO MARCO ÉTICO INSERIDO NA DIMENSÃO SOCIAL DA BIOÉTICA	
<i>Marcelo Moreira Corgozinho</i>	
<i>Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.37419150215	
CAPÍTULO 16	157
MANIPULAÇÃO GENÉTICA: AVANÇOS E BIOÉTICA	
<i>Layslla Caroline Araújo Almeida</i>	
<i>Renata Maria Vieira Nogueira</i>	
<i>Valeska Silva Lucena</i>	
<i>Maria Do Socorro Rocha Melo Peixoto</i>	
DOI 10.22533/at.ed.37419150216	
CAPÍTULO 17	166
MARCADOR DE DANO OXIDATIVO CELULAR EM DIFERENTES GRUPOS ETÁRIOS EM RIBEIRINHOS DO ESTADO DO PARÁ	
<i>Aline Barreto Sá</i>	
<i>Bruna Emanuelle Sanches Borges</i>	
<i>Claudia Simone Oliveira Baltazar</i>	
<i>Maria da Conceição Nascimento Pinheiro</i>	
DOI 10.22533/at.ed.37419150217	
CAPÍTULO 18	174
MODIFICAÇÃO ESTRUTURAL NO EUGENOL: SÍNTESE, CARACTERIZAÇÃO E ATIVIDADE TOXICOLÓGICA FRENTE À ARTEMIA SALINA LEACH	
<i>Josefa Aqueline da Cunha Lima</i>	
<i>Herbert Igor Rodrigues de Medeiros</i>	
<i>Jadson de Farias Silva</i>	
<i>Romário Jonas de Oliveira</i>	
<i>Cosme Silva Santos</i>	
<i>Juliano Carlo Rufino de Freitas</i>	
DOI 10.22533/at.ed.37419150218	
CAPÍTULO 19	184
O ENSINO DA BIOÉTICA NA EDUCAÇÃO SUPERIOR NA ÁREA DE SAÚDE	
<i>Waldemar Antônio das Neves Júnior</i>	
<i>Sergio Rego</i>	
<i>Laís Záu Serpa de Araújo</i>	
DOI 10.22533/at.ed.37419150219	
CAPÍTULO 20	196
PRÉ-ECLÂMPSIA: USO DO ÁCIDO ACETILSALICÍLICO NA PREVENÇÃO	
<i>Jaciara Aparecida Dias Santos</i>	
<i>Sammantha Maryanne Soares Brito</i>	
DOI 10.22533/at.ed.37419150220	

CAPÍTULO 21 198

SÍNTESE E AVALIAÇÃO DO PERFIL TOXICOLÓGICO, FARMACODINÂMICO E FARMACOCINÉTICO DO BENZIL 4,6-DI-O-ACETIL-2,3-DIDESOXI-A-D-ERITRO-HEX-2-ENOPIRANOSÍDEO EMPREGANDO MÉTODOS *IN SILICO*

Rodrigo Ribeiro Alves Caiana
Rayane de Oliveira Silva
Romário Jonas de Oliveira
Cosme Silva Santos
João Rufino de Freitas Filho
Juliano Carlo Rufino de Freitas

DOI 10.22533/at.ed.37419150221

CAPÍTULO 22 211

USO DE ÁCIDOS GRAXOS POLI-INSATURADOS ÔMEGA-3 COMO SUBSTITUTOS DE MEDICAMENTOS ANTI-INFLAMATÓRIOS EM DOENÇAS CRÔNICAS

Geovana Alves Cleef de Souza
Roseane Aires de Oliveira
Rafaela da Silva Filgueira
Esther Pereira Matos Carneiro
Thamires Ferreira Dantas
Williana Gomes da Silva
Ercicleide Gomes Teixeira
Edna Maria Nascimento da Paz
Anabelle Moraes de Jaimes
Dinara Maria da Silva Xavier
Adriana Paula Braz de Souza

DOI 10.22533/at.ed.37419150222

CAPÍTULO 23 223

SÍNDROME DE DELEÇÃO 22Q13.3 E CROMOSSOMO EM ANEL

Acácia Fernandes Lacerda de Carvalho
Esmeralda Santos Alves
Paula Brito Corrêa
Neulice França Correia Barros
Joanna Goes Castro Meira
Angelina Xavier Acosta

DOI 10.22533/at.ed.37419150223

CAPÍTULO 24 227

REALOCAÇÃO DE TRABALHADORES E BIOÉTICA: PERSPECTIVAS NA GESTÃO DE PESSOAS

Rosana Maria Barreto Colichi
Renata Oliveira Castilho
Martha Angelica Benicá Rodrigues Negrisoni

DOI 10.22533/at.ed.37419150224

CAPÍTULO 25 231

AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE DE INDIVÍDUOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA NO SUDOESTE BAIANO

Andrei Teixeira Almeida
Vitória da Conquista / BA.
Yuri Pereira Muniz
Cláudio Lima Souza
Laize Tomazi

DOI 10.22533/at.ed.37419150225

SOBRE A ORGANIZADORA..... 247

EQUIDADE COMO MARCO ÉTICO INSERIDO NA DIMENSÃO SOCIAL DA BIOÉTICA

Marcelo Moreira Corgozinho

Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Bioética. Brasília, DF, Brasil.

Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira

Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Bioética. Brasília, DF, Brasil.

RESUMO: Este texto tem como objetivo contribuir com a aplicação da equidade, enquanto marco ético, na reflexão bioética em temáticas de saúde pública. O conceito 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 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 dentre um dos objetivos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: “*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; Bioética.

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. The conceptual foundation of equity is based on Aristotelian thought, which distinguishes justice equity at the time this is splited 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 e 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 strengthen as ethical landmark in decision taking and allocation of public funds associated with social justice.

KEYWORDS: Equity; Vulnerability; Bioethics.

1 | INTRODUÇÃO

A globalização trouxe 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 sustentar seus sistemas de saúde, uma vez que o comércio internacional, dentre outras variáveis, afetam seu poder de assegurar o acesso a insumos essenciais à saúde (Carvalho; Albuquerque, 2015). Nessa perspectiva, 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).

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 e col., 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).

Desse modo, 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. A partir de fundamentação epistemológica contida na DUBDH e a perspectiva social da bioética, este texto tem como objetivo contribuir com a aplicação da equidade, enquanto marco ético, na reflexão bioética acerca de questões relacionadas à alocação de recursos sanitários.

EQUIDADE

O conceito 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. 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 que 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 é comum a todos, mesmo com a ausência de associação entre os indivíduos. Para exemplificar, cita-se 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 que as leis escritas mudavam frequentemente. Nesse sentido, Aristóteles concorda que se as leis escritas não contribuírem para a resolução de um caso específico, fariam com que fosse preciso recorrer à lei natural e à equidade, como sendo 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 é o princípio mais importante da justiça natural, e tem como base “aqueles que são iguais devem ser tratados de modo igual em circunstâncias similares” (Fonseca, 2013).

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 lei posta, 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 os 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-la 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, 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 (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 a 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, 2003^b). 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 E SAÚDE PÚBLICA

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).

Trata-se de um termo polissêmico e confundido por vezes com a igualdade, na atualidade é tratado como a desigualdade injusta entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias, tendo assim necessidades diferenciadas (Mattos, 2009). 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 que 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 destes 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 relacionados 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 dos gestores e, sobretudo, das 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 implementação 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 E VULNERABILIDADE EM SAÚDE

A análise das disparidades em saúde é a forma de medir o progresso para a igualdade na saúde (Braveman, 2014). Dada às fortes ligações entre pobreza e saúde, um compromisso com a saúde implica necessariamente na redução 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, 2014; Braveman, 2003; Braveman; Gruskin, 2003^a).

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; dentre 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 muito abaixo do considerado aceitável, pois a vulnerabilidade humana gerada pelas disparidades em saúde encontra-se em evidência em algumas regiões do país. Em 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 da 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 negações dos direitos mínimos dos cidadãos (Braveman; Gruskin, 2003^a). 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, 2003^a; Anand, 2002; Whitehead, 1992; Garrafa e col., 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 considera o básico para as necessidades humanas (Correa, 2011). O fundamental entre tais avaliações é que um trata das diferenças biológicas que podem explicar as variações observadas no estado de saúde, enquanto que o outro trata das variações no estado de saúde causadas por fatores decorrentes da interação com 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, dentre outros (Almeida, 2010).

A vulnerabilidade como princípio obrigaria o reconhecimento de que todas as pessoas são vulneráveis em essência e podem ser feridas por outro, exigindo-se respeito para a abstenção de qualquer prejuízo a 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, conseqüentemente, atingidas pelas iniquidades em saúde. Esta 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 PRESENTE NA DIMENSÃO SOCIAL DA BIOÉTICA

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 e no Brasil (Garrafa e col., 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 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 à inserção da equidade na DUBDH, destaca-se que a equidade encontra-se no preâmbulo do documento, como a seguir transcrito: “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 e, ainda, foi incluída dentre 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. Nesse texto será adotado o conceito de equidade em saúde consagrado na literatura, que nesta perspectiva sempre remeterá à noção da alocação de recursos públicos norteadas em favor dos grupos vulneráveis, reconhecendo que a diminuição das desigualdades injustas resulta de fatores que estão fora do controle individual (Garrafa e col., 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 afligem 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 e col., 1999). A equidade em saúde representa um critério moral de imparcialidade dos gestores na alocação de recursos públicos, que implica o debate ético acerca da liberdade, das capacidades, das oportunidades dos indivíduos, tendo em conta a análise do contexto em que vivem (Welch e col., 2013).

A DUBDH, em seu art. 10, trata do princípio da igualdade, justiça e equidade, constituindo 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 espaço de tempo e que resultem nas melhores consequências – Utilitarismo – , com exceções pontuais a serem discutidas, como exemplo, 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, 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, 2003^b; 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 abertos a todos sob condições de igualdade equitativa de oportunidades; e, 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. Entende que a justiça é uma 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 esta razão não permite que os sacrifícios impostos a uns 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 desejam incentivar (Porto, 2002).

A desigualdade justa opõe-se à noção utilitarista de que justiça na alocação de recursos seja determinada por suas consequências sobre a soma das utilidades que resulta em maior número de utilidades individuais. Em síntese, considera como sendo 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 atenção a justiça como equidade devido à sua dimensão contratualista ser fruto do consenso social original e, assim, esta 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 destas políticas, multiplicando os atores envolvidos, os espaços e oportunidades de interação entre eles e instrumentando 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 alvo especial das intervenções (Paim, 2010). Entretanto, a equidade não deve ser entendida como uma “prioridade equivocada”, no sentido tão somente 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 em que a igualdade agride e,

portanto, naquilo que a justiça deve realizar. A equidade se constitui como corretora da situação de igualdade, na medida em que a adoção deste recurso se revele imperfeita diante dos objetivos da promoção da justiça (Paim, 2010; Paim, 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

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 serem 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 que a diminuição das injustiças é o caminho para a equidade em saúde.

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).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. D. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade, **Revista Bioética**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 537-48, 2010.

ANAND, S. The concern for equity in health. *J. Epidemiol Communit Health*, v. 56, p. 485-7, 2002.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. São Paulo: Martin Claret, 2002.

ARISTÓTELES. **Retórica**. Obras completas de Aristóteles. 2ª edição revista. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda, 2005.

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. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *J. Health Popul Nutr*, v. 21, n. 3, p. 181-192, 2003.
- BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Poverty, equity, human rights and health. **Bull World Health Organ**, v. 81, n. 7, p. 539-545, 2003^a.
- BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Defining equity in health. **J Epidemiol Community Health**, v. 57, p. 254-258, 2003^b.
- CARVALHO, R. R. P.; ALBUQUERQUE A. Desigualdade, bioética e Direitos Humanos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 227-37, 2015.
- CHANG, W. C. The meaning and goals of equity in health. **J Epidemiol Community Health**, 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. 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.
- FORTES, P. A. C. A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 1, p. 47-50, 2010.
- GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da Bioética. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 122-32, 2005.
- GARRAFA, V.; COSTA, S. I. F.; OSELKA, G. A bioética no século XXI. **Revista Bioética**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 207-12, 1999.
- GARRAFA, V.; PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. **Bioethics**, v. 17, n. 5-6, p. 399-416, 2003.
- 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.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. **Revista Bioética**, Brasília, 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 e Educação**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 771-780, 2009.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA-UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Tradução sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília, Brasília, 2005.
- 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**, v. 12, n. 2, 2010 [on-line]. Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br/cursos/saudepopnegra/recomendacaoLuisEduardo.pdf>> Acesso em 20 de junho de 2015.

PELLEGRINI 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. (Orgs.), **Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde**. Brasília: IPEA, 2002. Disponível em: <<http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/CAP5.pdf>> Acesso 20 de junho 2015.

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

REES, G. Equity in medical care: an Aristotelian defense of imperfect rules. **American Medical Association Journal of Ethics**, 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. (Orgs.). **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**, Paraná, n. 128, p. 88-92, 2012.

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. **Rev Panam Salud Publica**, 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.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-137-4

