

BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO E MACROALOCAÇÃO DE RECURSOS SANITÁRIOS

Aline Albuquerque S. de Oliveira*

RESUMO: A bioética brasileira atravessa um momento de reflexão. Malgrado as contribuições dos teóricos do modelo principialista, constata-se a sua deficiência para problematizar questões singulares de países “periféricos”. Em razão dessa incapacidade, vem sendo construída uma *bioética de intervenção*, e a alocação de recursos sanitários apresenta-se como uma das problemáticas mais urgentes no âmbito dessa “nova bioética”. Com o objetivo de contribuir para os aportes teóricos dessa concepção de bioética e de enfrentar a temática acerca da política de recursos sanitários, o presente trabalho tem como finalidade problematizar a questão da escassez de recursos sanitários. Assim, propomo-nos a refletir sobre a forma como a destinação de recursos públicos para a saúde revela escolhas sociais e sobre a necessidade de a bioética posicionar-se, por meio de considerações éticas, frente ao gasto em saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: bioética, alocação de recursos, escolha social.

INTRODUÇÃO

Atualmente, na bioética, predominantemente no Ocidente, existem duas vertentes distintas: por um lado, tem-se o denominado *principialismo* ou “fundamentalismo dos princípios éticos”, segundo Tealdi (2003, p.35-55); de outro, há as demais correntes que se distanciam de uma bioética fundamentada sobre os princípios éticos introduzidos pelo *Relatório Belmont*. Algumas dessas correntes (Holm, 1995, p. 332) têm apresentado críticas em relação à bioética *principialista*, principalmente no que tange à sua tendência em perceber a realidade de forma simplista e desconexa de particularidades culturais. Notadamente nos países latino-americanos, verifica-se a busca paulatina de ferramentas e aportes teóricos que

* Advogada da União no Ministério da Saúde; Professora e pesquisadora do UniCEUB; Mestre em Direito, Especialista em Bioética. E-mail: aline.oliveira@saude.gov.br

possibilitem a fundamentação de uma bioética associada a contextos culturais e realidades socioeconômicas. Para exemplificar, no Brasil, temos a contribuição de Garrafa (2003, p. 50) e Porto (2003, p. 36), e de outros que trabalham na construção de uma bioética comprometida com questões singulares dos países periféricos. Conforme Garrafa, há uma bioética das situações persistentes, ou seja, aquela que traz como objeto de análise e reflexão problemas que há muito são desafios para tais países.

Assim, a bioética das situações persistentes clama por uma inflexão sócio-política, afastando-se dos conceitos padronizados e descontextualizados introduzidos por Beauchamp e Childress. A bioética de intervenção insere-se nesse contexto como uma ferramenta capaz, dentro das limitações decorrentes de sua pouca idade, de enfrentar essas questões, principalmente no que diz respeito à alocação de recursos sanitários. Como se sabe, a escassez de recursos em saúde é um dos maiores problemas para as políticas públicas nesse campo, sendo quase sempre apontado como o fator de limitação da concreção do direito fundamental à saúde. Dessa forma, ao se falar de prestação pública em saúde as autoridades governamentais recorrem, como forma de tornar relativa sua responsabilidade social, à idéia já corriqueira de que não há recursos.

A partir da problemática em torno da alocação de recursos, pretendemos, no presente trabalho, focar três pontos específicos: 1) na construção de uma bioética que considere problemas brasileiros, a necessidade de se redimensionar a questão, envolvendo a alocação de recursos e a responsabilidade do Estado; 2) a discussão acerca da análise pela bioética da macroalocação de recursos; 3) a contribuição teórica de Sen, Barros *et al.* e Pochmann, por meio do conceito de “oportunidades sociais” para o enfrentamento do problema da macroalocação de recursos.

O presente artigo tem como objetivo contribuir para a formatação de uma bioética comprometida com os contextos históricos e culturais, dissociada da idéia de que princípios éticos são suficientes para lidar com a diversidade das problemáticas que exigem a preocupação dos bioeticistas. Dessa forma, não se tem a pretensão de aprofundar as conseqüências econômicas de tais posicionamentos éticos, sendo suficiente, para este trabalho, a demonstração da relevância de se demonstrar a necessidade da bioética problematizar determinadas assertivas categóricas acerca da escassez de recursos em saúde.

A ALOCAÇÃO DE RECURSOS NA BIOÉTICA COMO PROBLEMA FUNDAMENTAL

O problema da saúde pública¹ nos países periféricos está diretamente relacionado à questão em torno da alocação de recursos. Dessa forma, na construção de uma bioética contextualizada, vale dizer, que não parta de pressupostos teóricos importados e dissociados da realidade brasileira, a problemática apontada apresenta-se como ponto central que necessita ser satisfatoriamente desenvolvido.

Conforme Garrafa (2002, p. 17), a situação atual de desigualdade econômica e social entre países centrais e periféricos² incita os teóricos da bioética a construir um referencial menos analítico e mais interventivo, o qual é denominado de “bioética de intervenção”, também sendo chamado de “bioética forte” ou de “bioética dura” (*hard bioethics*). Nesse sentido, a “bioética de intervenção” é apresentada como uma vertente que se posiciona, de forma declarada, na direção da defesa dos direitos individuais e sociais daqueles que se encontram excluídos dos benefícios decorrentes do processo de desenvolvimento mundial (Garrafa, Porto, 2003, p. 35).

Assim sendo, “bioética de intervenção” significa a adoção de aportes teóricos que visem não somente a interferência em dilemas éticos, mas também o enfrentamento de questões que usualmente seriam qualificadas como de natureza política, com o fim de auxiliar no combate às desigualdades socioeconômicas. A partir da perspectiva de uma “bioética de intervenção”, considera-se que a alocação de recursos sanitários se revela como uma das questões éticas mais instigantes e necessárias.

Conforme Fortes (2003, p. 103), a relevância da reflexão ética acerca da alocação de recursos em saúde pública já foi reconhecida pelo ex-presidente da Associação Internacional de Bioética, Daniel Wikler. Comunga do mesmo posicionamento a bioeticista Neves, ao asseverar que “a problemática da ‘alocação dos recursos em saúde’ é uma das mais recentes e, simultaneamente, das mais urgentes desenvolvidas no âmbito da bioética” (Neves, 2006, p. 32). A referência aos dois bioeticistas serve para corroborar o entendimento de que, hoje, não se pode deixar de considerar tal temática na formulação de uma bioética interventiva.

Com efeito, ao se tratar de “bioética de intervenção”, a importância da temática acerca de recursos sanitários torna-se patente. A partir do brilhante trabalho de Barros, Henriques e

¹ Sendo entendida como “a arte e a ciência de promover, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e da coletividade, e obter um ambiente saudável, através de ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade” (Fortes, 2003, p.14).

² “O ‘central’, no caso, refere-se aos países do mundo em que os problemas básicos com saúde, educação, alimentação, moradia e transporte já estão resolvidos e/ou bem encaminhados quanto a sua solução. Os ‘periféricos’, por outro lado, são aqueles que os organismos internacionais costumam chamar de ‘em desenvolvimento’, nos quais a maioria da população continua lutando por condições mínimas de sobrevivência e dignidade e, principalmente, em que o poder e a renda concentram-se nas mãos de um número cada vez menos representativo de pessoas” (Garrafa e Porto, 2003, p. 36).

Mendonça (2001), constata-se que o Brasil é um país extremamente desigual, com uma herança histórica de injustiça social, e que parcela significativa da população sofre privações relacionadas a condições mínimas de existência digna. Conforme dados apresentados pelo artigo citado, aproximadamente 14 % da população brasileira vive em famílias com renda inferior à linha de indigência, e 34 %, em famílias com renda inferior à linha de pobreza³.

Contudo, o dado mais alarmante é que o Brasil, em termos comparativos, está situado entre o terço mais rico dos países do mundo, não podendo, dessa forma, ser considerado um país pobre. Por outro lado, o grau de pobreza no Brasil é consideravelmente superior à média dos países com renda *per capita* similar à brasileira. Assim, conclui-se que o problema gravíssimo da pobreza está muito mais relacionado à má distribuição de recursos do que à sua ausência. Portanto, se o grau de desigualdade de renda no Brasil fosse similar ao da média dos países com renda *per capita* equivalente teríamos o índice de pobreza no patamar de 8 %, substancialmente distinto dos 34 % verificado (Barros, Henriques, Mendonça, 2001, p. 2).

Diante da realidade singular de nosso país, é forçosa uma bioética que analise e enfrente a questão da desigualdade, produzindo conhecimento teórico capaz de intervir e provocar alterações concretas no quadro apresentado. De acordo com esse entendimento, a diferença principal da “bioética de intervenção”, em relação às demais concepções, é o seu comprometimento com a justiça, estabelecido a partir de teorias contextualizadas⁴, na busca da redução das iniquidades. E a diminuição da desigualdade perpassa, necessariamente, a redistribuição de recursos; dessa forma, a alocação de recursos sanitários deve ter como ponto de partida fático a posição do Brasil no quadro da relação entre nível de pobreza e renda *per capita*.

A análise pela bioética da macroalocação de recursos sanitários

Consoante o entendimento de Kottow (2000, p. 67), a alocação de recursos, em saúde, pode dar-se em três níveis. A macroalocação é determinada no âmbito da política governamental ampla, haverá uma relação entre os recursos nacionais disponíveis e a opção da conjuntura política vigente quanto à alocação daqueles recursos na área sanitária. Na

³ A concepção de pobreza adotada por Barros *et al.* concentra-se sobre a perspectiva da renda, na medida em que o trabalho desenvolvido por esses autores possui como finalidade a demonstração de que a pobreza no Brasil é um problema relacionado à distribuição de recursos e não à sua escassez.

⁴ “Visando não cair nos freqüentes erros cometidos por um discurso inadequado à nossa realidade social, gostaria de tomar o tema designado ‘Bioética e política de alocação de recursos’ a partir da convicção de que devemos elaborar uma Bioética própria e condizente com a realidade do subcontinente em que vivemos e a partir do qual pensamos. A começar pelo nível político, a Bioética desenvolvida nos países com vastas populações que vivem na pobreza tem, necessariamente, de se apropriar de um conceito autóctone de justiça” (Kottow, 2000, p. 70).

mesodistribuição de recursos, há a repartição entre grupos de indivíduos que apresentam características em comum, como para grupos etários, comunidades situadas em determinada região do país e portadores de certa patologia. A microdistribuição refere-se à atividade médica particularizada, é o agente sanitário que atuará de forma a atender a demanda, objetivando a compatibilização com os recursos que lhe foram disponibilizados.

Expõe Kottow (2000, p. 69) que as três esferas de distribuição de recursos são objetos de estudo da bioética, entretanto, confessa que, nas macro e mesodecisões, sua influência é mínima, na medida em que a bioética não tem o poder de interferir nas decisões políticas. A despeito de tal observação, o mesmo bioeticista afirma:

não pode haver repouso bioético enquanto não sejam estabelecidas certas premissas em torno da atenção médica da cidadania, atenção médica que deve adquirir um caráter permanente, independente de flutuações econômicas e avatares políticos (Kottow, 2000, p. 74).

Dessa forma, observa-se que, não obstante se considerar a posição frágil da bioética diante de decisões políticas, não há que se deixar de lado sua capacidade de intervenção nestas. Admite-se que o papel da bioética, ao se tratar de macroalocação de recursos, ainda está sendo paulatinamente construído, até porque é um problema muito mais grave em países periféricos, não tendo sido suficientemente tratado por teóricos da bioética provenientes dos países centrais.

Não há como a bioética deixar de atentar para o fato de que o Brasil, de acordo com pesquisa da Organização Mundial de Saúde – dados de 2001 –, está entre os países latino-americanos que menos investem em saúde, superando apenas o Paraguai e a República Dominicana (*Correio Braziliense*, 2003, p. 16). O Brasil gasta com saúde, em dólares, por pessoa, U\$ 238, ao passo que a Argentina gasta U\$ 603, a Costa Rica, U\$ 385, o Chile, U\$ 348, o México, U\$ 241 e a Venezuela, U\$ 240. Segundo a mesma pesquisa, em 2001, dos R\$ 91 bilhões gastos em saúde, apenas R\$ 37,9 bilhões vieram dos cofres públicos. A questão acerca dos gastos sociais não pode ser debatida apenas por técnicos do governo ou economistas. Há uma problemática ética que perpassa as opções governamentais, a qual precisa ser enfrentada pelos bioeticistas, mesmo porque a modificação da política de gastos em saúde passa pela “aceitação da saúde enquanto um valor ético-social a ser preservado, defendido e priorizado diante de outros valores e bens” (Fortes, 2003, p. 105).

Na visão de Sen (1998), a economia teve duas origens diferentes, uma denominada por ele de “ética” e outra de “engenharia”. Na primeira, cujos referenciais remontam a Aristóteles, ele considera que o estudo da economia, embora ligado à busca da riqueza, se relaciona com

questões mais profundas que giram ao redor das noções de “bem para o homem” e de “como devemos viver”. A segunda origem não admite considerações éticas de sentido profundo, vinculando-se a uma variedade de problemas práticos. Ao fazer essa distinção, Sen aponta que a economia moderna se tornou empobrecida em razão do distanciamento entre economia e ética, na medida em que a economia pode tornar-se mais produtiva se der mais atenção aos componentes éticos que influenciam e atuam sobre o comportamento humano.

A relação entre economia e ética, sob a perspectiva de Sen, é essencial para a formação de um entendimento acerca da política de gastos em saúde que revelem a opção ética exercida pelos governos, deixando de lado a visão purista e asséptica de um planejamento econômico dissociado dos valores inerentes aos gastos públicos.

Dessa forma, no presente trabalho, pretende-se apenas ressaltar que cabe à “bioética de intervenção” o estudo aprofundado da macroalocação de recursos em saúde, sem aceitar, passivamente, as dificuldades intrínsecas ao seu desenvolvimento teórico e, notadamente, as relacionadas à sua possibilidade de interferência nas decisões políticas. Assim, com base na realidade dos dados alarmantes da Organização Mundial de Saúde quanto ao gasto público em saúde, bem como na visão desmistificadora da economia, trazendo-lhe considerações éticas, poder-se-á construir novas bases teóricas para lidar com a ausência do exercício concreto do direito à assistência médica pelos socialmente excluídos.

A relativização do argumento em torno da escassez de recursos

Não se tem a intenção de desconsiderar a efetiva ausência da escassez de recursos. A falta de recursos em saúde é uma realidade tanto nos países periféricos quanto nos centrais, principalmente se levarmos em conta as novas tecnologias. Entretanto, no presente trabalho, não estamos considerando a aplicação de recursos, em saúde, em fármacos de difícil acesso ou em aparelhos de última geração, mas, sim, em saúde básica, entendida no sentido de que “há um básico de atenção médica que deve ser acessível para toda a população, incluindo patologia de urgência e toda doença que possa considerar-se susceptível e necessária de tratamento médico” (Kottow, 2000, p. 72).

Assim, deve-se tornar relativa a assertiva categórica acerca de escassez de recursos sanitários. Se de fato, no Brasil, há falta de recursos em saúde, há uma implicação ética nessa afirmação que precisa ser analisada, vale dizer, no âmbito da macroalocação de recursos estão sendo feitas opções valorativas que, evidentemente, colocam a saúde básica em posição de

inferioridade privilegiando outras espécies de gastos públicos⁵. Para fundamentar tais assertivas, apresentam-se as contribuições de Sen, no campo das “oportunidades sociais”, e dos trabalhos de Barros *et al.* e Pochmann. Portanto, na verdade, ao se tratar de saúde básica, o cerne da problemática não está na escassez, mas, sim, na questão ética sobre a responsabilidade do Estado⁶. No entanto, importa admitir que não é fecundo o campo da Bioética no trato desse tema, e há importantes avanços a serem feitos.

De acordo com Sen (2002, p. 34), a análise do desenvolvimento deve ser feita, considerando-se as liberdades substantivas desfrutadas efetivamente pelos membros de uma dada sociedade. A relevância da liberdade é tanto mais importante para o indivíduo quanto para o processo de desenvolvimento social, há uma relação de mão dupla entre os dois processos, pois as liberdades dependem de determinantes sociais e econômicos e, por outro lado, podem atuar diretamente como meio para o desenvolvimento da sociedade. São considerados cinco tipos distintos de liberdade: liberdades políticas, facilidades econômicas, oportunidades sociais, garantias de transparência e segurança protetora. Cada tipo de liberdade inter-relaciona-se e provoca a necessidade de uma promoção global.

Então, para Sen, a análise do desenvolvimento social e da pobreza está focada na “qualidade de vida” e nas liberdades substantivas. Dessa forma, a pobreza também é encarada como uma privação de capacidades (*capabilities* das pessoas de levar o tipo de vida que elas valorizam) elementares – e não apenas como baixa renda.

Dentro dessa perspectiva, verificam-se situações de pobreza em países consideravelmente ricos, eis que morte prematura, subnutrição significativa, morbidez persistente e outras deficiências são qualificadas como manifestação de privação de capacidades e, por conseqüência, de pobreza. Por exemplo, nos Estados Unidos, os afro-americanos, enquanto grupo, não têm chance maior de chegar a idades avançadas do que pessoas nascidas em países mais pobres como China, Jamaica e Costa Rica (Sen, 2002, p. 37). Em relação ao Brasil, é mostrado que, apesar da inferioridade substancial de renda relativa aos habitantes de Kerala, China ou Sri Lanka, estes apresentam índices de expectativa de vida imensamente mais elevados (Sen, 2002, p. 64).

⁵ “O orçamento vai buscar fora de si o seu objetivo, eis que visa a permitir a implementação de políticas públicas e a atualização dos programas e do planejamento governamental. Apesar de não ser fundante de valores, o orçamento se move no ambiente axiológico, eis que profundamente marcado pelos valores éticos e jurídicos que impregnam as próprias políticas públicas” (Torres, 1995, p. 85).

⁶ “No caso brasileiro, é imprescindível que essa discussão (ética) passe a ser incorporada ao próprio funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à responsabilidade social do Estado, à definição de prioridades com relação à alocação e distribuição de recursos...” (Garrafa, 2003, p. 51).

Assim, Sen procura deslocar a análise da pobreza da questão específica da renda para a questão das capacidades, propondo um novo sistema de avaliação (Sen, 2002, p. 34). Da análise realizada, importa para o presente trabalho, a conclusão de que nem sempre o mau desempenho do Brasil em índices relativos ao nível de expectativa de vida da população reflete diretamente a pobreza do país, em termos de renda *per capita*.

Como ressalta Sen, a possibilidade de financiar oportunidades sociais – políticas epidemiológicas, serviços de saúde, facilidades educacionais – é surpreendentemente possível em países pobres. Como exemplo, o Estado indiano de Kerala, apesar de apresentar nível de renda *per capita* baixo, alcançou índices elevados de expectativa de vida, baixa fecundidade e alto nível de alfabetização. O sucesso das políticas públicas desenvolvidas por Estados considerados pobres, em termos de renda *per capita*, revela flagrantemente que um país não precisa esperar alcançar níveis exemplares de riqueza para “lançar-se na rápida expansão da educação básica e dos serviços de saúde” (Sen, 2002, p. 66).

A realização e a execução de um programa adequado de oportunidades sociais estão muito mais relacionadas a opções valorativas do que à riqueza do país. O argumento da necessidade de recursos posterga investimentos sociais e a superação de situações de total ausência de vida digna. Com base na abordagem de Sen, observa-se que a resolução de questões, na esfera dos serviços públicos em saúde, não pode fechar-se e, principalmente, calar-se diante do discurso que apregoa a falta de opção governamental, decorrente da escassez de recursos. Nesse aspecto, o comprometimento social, que engloba razões de ordem ética, importa muito mais do que a simplicidade de se atribuir a atual situação sanitária brasileira à pobreza do país. Como exemplifica Sen (2002, p. 154), a “rápida disseminação da alfabetização na história dos países hoje ricos (no Ocidente, no Japão e no restante da Ásia) baseou-se no baixo custo da educação pública combinado a seus benefícios públicos compartilhados”.

No trabalho de Barros, Henriques e Mendonça, embora o sistema avaliativo seja distinto do aplicado por Sen, ou seja, fundamenta-se na renda, resta evidenciada, da mesma forma, a importância relativa da escassez de recursos quanto à pobreza brasileira – “a origem da pobreza brasileira não está na escassez, absoluta ou relativa, de recursos”(Barros, Henriques e Mendonça, 2001, p. 8). A determinação da pobreza, no Brasil, está vinculada à desigualdade na distribuição de renda, portanto, a equidade social é o elemento chave para uma estratégia de diminuição da exclusão social. Nessa linha, o Brasil “não pode ser considerado um país pobre, e a origem dessa pobreza, não residindo na escassez de recursos, deve ser investigada em outra esfera” (Barros, Henriques e Mendonça, 2001, p. 4).

O trabalho de Pochmann, intitulado *Desigualdade de renda e gastos sociais no Brasil: algumas evidências para o debate*, revela que o Brasil se encontra extremamente distante da realização de gastos sociais de forma que universalize políticas públicas com qualidade. É apontada a interface entre despesas com juros e o investimento nas políticas públicas, mostrando que, entre 2001 e 2002, o serviço da dívida pública (gastos com juros) foi elevado em 32%, ao passo que o gasto social direto, em 13%. Em relação aos gastos sociais não-contributivos – nos quais não existe contribuição direta pelo beneficiado – houve uma elevação em termos relativos, a participação no PIB foi, apenas, de 6,2% para 6,4% (Pochmann, 2003, p. 4).

Ao se verificar o gasto social do Brasil, comparativamente com outros países, corroboram-se os pensamentos já desenvolvidos por Sen e Barros, Henriques e Mendonça, vale dizer, não há compromisso em promover gastos sociais. Por outro lado, “fica claro que o gasto social no Brasil pode e deve aumentar em quantidade, a partir da expansão do acesso às políticas universais, como de saúde e de educação” (Pochmann, 2003, p. 11).

Diante das abordagens acima, conclui-se que a bioética não pode simplesmente acatar o argumento da escassez de recursos em saúde. Primeiramente, porque o Brasil não é um país pobre, em termos de renda *per capita*; em segundo lugar, porque, mesmo que o fosse, as políticas de oportunidades sociais não estão diretamente vinculadas à riqueza do Estado, mas, sim, a valores que revelam o comprometimento governamental e social com tais questões.

Considerações finais

A macroalocação de recursos deve ser um dos principais temas da “bioética de intervenção”. Rechaça-la sob a alegação de que estão em cena decisões políticas demonstra certo conformismo quanto à atuação estatal reprodutora de injustiça social. Em última análise, a decisão de grandes questões da bioética implica posicionamentos e pressão sobre organismos internacionais e sobre políticas governamentais.

A ética estatal, em meados do século XX, de acordo com Berlinguere, referia-se à justiça e ao acesso dos pacientes aos seus direitos – principais finalidades das políticas de bem-estar da Europa – atualmente, a ética, da maior parte dos Estados do ocidente, foi alterada para racionamento dos serviços de saúde. Diante dessa nova perspectiva, é tarefa de uma bioética implicada com a realidade brasileira recusar a imposição do argumento, que se quer conclusivo, acerca do racionamento de recursos, e construir sustentações teóricas que reforcem a ética com o referencial de assistência universal em saúde.

O racionamento de assistência médica – medida para limitar o consumo – pode consolidar ou aumentar as desigualdades. Atualmente, os serviços de saúde pública e a assistência à saúde para todos estão sendo apresentados como inviáveis e como obstáculos para o equilíbrio orçamentário. Assim, conforme Berlinguere (1999, p.59), observa-se que o paradigma da saúde foi subvertido com a aceitação da impossibilidade financeira da universalização de recursos.

Procurou-se demonstrar, dentro das limitações deste trabalho, que a bioética não pode ficar refém das assertivas quanto à escassez de recursos sanitários. Recursos existem, pelo menos para oferecer condições sanitárias mínimas que possibilitem uma existência digna para a população brasileira. A destinação de recursos para saúde é feita por meio de lei orçamentária anual e, como aponta Torres (1995, p. 85), a “lei orçamentária serve de instrumento para a afirmação da liberdade, para a consecução da justiça e para a garantia e a segurança dos direitos fundamentais”.

O orçamento para saúde observa preceitos axiológicos, definidos pelos valores éticos e jurídicos que fundamentam as políticas públicas (Torres, 1995, p. 85). Dessa forma, a concepção de que orçamento é simplesmente produto de ingerências políticas não se coaduna com sua natureza instrumental diante do dever do Estado de implementar políticas públicas. Assim, deve-se buscar posturas éticas que fundamentem a garantia à assistência à saúde para toda a população brasileira. O fato do orçamento da seguridade social ser objeto de poder político não significa que inexistam limites éticos para sua determinação. Estes podem ser considerados da mesma maneira como se observam os limites éticos da aplicação de tecnologia em seres humanos ou em qualquer outra forma de vida. Os limites éticos devem ser colocados independentemente de se admitir o poderio das grandes empresas de biotecnologia e sua liberdade de atuação.

Na verdade, seja no campo público ou no privado, a bioética – enquanto ética global da vida – sempre se depara com entes dotados de ampla liberdade de atuação. Mas a existência de uma esfera de agir não mitiga a necessidade de se estabelecerem limites éticos. Portanto, a bioética deve preparar-se, teoricamente, para intervir na macroalocação de recursos, observando o elenco de prioridades comprometidas com uma *bioética dos direitos humanos* (Tealdi, 2003, p. 1).

Referências bibliográficas

- BARROS, Ricardo; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosana. *A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2001.
- BERLINGUERE, Giovanni. Equidade, seletividade e assistência à saúde. *Lua Nova*. n. 47, 1999, p. 59-71.
- Correio Braziliense*, 2003, p.13.
- FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Como priorizar recursos escassos em países em desenvolvimento. *In: Bioética, poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003. p.12-23.
- GARRAFA, Volnei. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. *In: Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola, 2003. p. 45-56.
- _____. Bioética e manipulação da vida. *In: O homem-máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. p.212-226.
- _____ e PORTO, Dora. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *In: Bioética, poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003. p. 35-44.
- HOLM, Soren. Not just autonomy – the principles of American biomedical ethics. *Journal of medical ethics*. 1995, n. 21, p. 332-338.
- KOTTOW, Michel. Bioética e política de recursos em saúde. *In: A bioética no século XXI*. Brasília: Universidade de Brasília, 2000. p. 67-75.
- NEVES, Maria do Céu Patrão. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. *Revista de Bioética*. Disponível em: <http://www.cfm.org.br>.
- POCHMANN, Márcio. *Desigualdade de renda e gastos sociais; algumas evidências para o debate*. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, 2003.
- SEN, Amartya. *Sobre ética e economia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- _____. *Desenvolvimento com liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- TEALDI, Juan Carlos. Los derechos de los pacientes desde una bioética de los derechos humanos. *In: Derechos fundamentales de los pacientes*. Buenos Aires: Ad-HOC, 2003. p. 35-55.
- TORRES, Ricardo Lobo. *O orçamento na Constituição*. Rio de Janeiro: Renovar, 1995.