

Razões de uma medicina para populações carentes

Reasons for a medicine for needy populations

Razones para una medicina para las poblaciones necesitadas

*Sergio Ibiapina Ferreira Costa**

RESUMO: A Bioética tem como um desafio atual fundamentar a utilização ou não de uma medicina para as populações carentes. As razões que levam à utilização de argumentos justificadores dos critérios de equidade e justiça tornam-se indispensáveis ao se pretender conhecer as parcelas da população situadas à margem dos bens mínimos de consumo. Cite-se a saúde no rol desses bens, pois os excluídos dificilmente conseguem alcançar o acesso quando dele precisa. A saúde, como um dos valores que integram os direitos humanos, não pode ficar à margem dos demais valores, tais como, a vida, a liberdade, a autonomia e o respeito à dignidade da pessoa. Nem sempre a medicina oferecida às populações carentes tem a obrigatoriedade de ser dotada de maior riqueza tecnológica. Essa parcela da população está por merecer mais informação, mediante educação acessível, do que propriamente a utilização de exames ou de prescrição. Os problemas estruturais que ocasionam injustiça devem ser equacionados e merecer maior atenção do Estado quanto à universalização ao acesso aos sistemas de saúde, quando necessário. Essa distorção somente será corrigida mediante a equidade e justiça, que se façam acompanhar de distribuição de renda às populações carentes.

PALAVRAS-CHAVE: Equidade. Direitos humanos. Medicina.

ABSTRACT: Bioethics has as a current challenge to give grounds for using or not a medicine for needy populations. The reasons that cause the use of arguments that justify the criteria of fairness and justice become indispensable if one intends to know the population segments that are devoid of the minimum consumption goods. Health is part of these goods, for excluded persons hardly ever have access to it when necessary. Health, as one of the values that is part of human rights, cannot be separated from the other values such as life, freedom, autonomy and respect for the dignity of the person. Medicine offered to needy populations not always has the obligation of being endowed with a greater technological wealth. This part of the population deserves more information, by means of a reasonable education, than the use of examinations or prescriptions of drugs. The structural problems that cause injustice must be equated and deserve more attention from the State regarding the universalization of the access to health systems, when it is necessary. This distortion will only be corrected by means of fairness and justice complemented by income distribution to the need populations.

KEYWORDS: Equity. Human rights. Medicine.

RESUMEN: La bioética tiene como desafío actual dar argumentos para usar o no una medicina para las poblaciones necesitadas. Las razones que llevan al uso de argumentos que justifican los criterios de la imparcialidad y la justicia llegan a ser imprescindibles si uno se propone conocer los segmentos de la población que son desprovistos de los mínimos bienes de consumo. La salud es parte de estos bienes, porque las personas excluidas tienen no siempre tienen acceso a ella cuando lo necesitan. La salud, como uno de los valores que son parte de los derechos humanos, no se puede separar de los otros valores tales como vida, libertad, autonomía y respecto por la dignidad de la persona. La medicina ofrecida a las poblaciones necesitadas no siempre tiene la obligación de ser dotada de una grande abundancia tecnológica. Esta parte de la población merece más información, por medio de una educación razonable, que el uso de exámenes o de prescripciones de drogas. Los problemas estructurales que causan injusticia se deben solucionar y merecen más atención del Estado respecto a la universalización del acceso a los sistemas de salud, cuando es necesario. Esta distorsión será corregida solamente por medio de la imparcialidad y de la justicia, complementadas por la distribución de ingresos a las poblaciones necesitadas.

PALABRAS LLAVE: Equidad. Derechos humanos. Medicina.

Introdução

Torna-se oportuna a discussão sobre as razões de uma medicina para populações carentes, assumida como mais um desafio da Bioética na atualidade, levando-se em conta a peculiar posição em que o

país está inserido, isto é, a condição de nação com expressivo número de pessoas marginalizadas. É fácil identificar o paradoxo que compromete parcelas significativas da população: ao mesmo tempo em que situada entre as dez primeiras economias do planeta, simultanea-

mente, o Brasil figura na incômoda circunstância de 69º em termos de condições sociais desfavoráveis, de acordo com o *ranking* mais recente do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD (Brasil,

* Médico. Professor de Bioética do Curso de Direito do Instituto Camillo Filho, Piauí. E-mail: costa.sic@webone.com.br

Pnud, 2006). Referida classificação afere os indicadores educacionais, a expectativa de vida ao nascer e a renda per capita dos diversos países. Seria temerário proceder qualquer análise sobre saúde, educação, trabalho, enfim, sobre a própria sobrevivência com um mínimo de dignidade, dissociando tal análise dessa realidade conjuntural que ora se atravessa. Afinal, qual seria o papel da Bioética se se excluísse do debate plural, seja na esfera individual ou coletiva, as condições de vida de uma legião de miseráveis que vivem à margem de qualquer progresso técnico-científico? Essa enorme parcela de necessitados está por merecer uma assistência sanitária que se caracterize por um modelo que a diferencie do padrão habitual? Se verdadeira a hipótese, quais seriam as razões?

Pobreza e saúde

Uma rápida incursão nos principais manuais de ensino médico leva a ser identificada uma fragmentação do indivíduo, em detrimento das particularidades que proporcionam um melhor conhecimento das doenças. Dessa forma, privilegia-se a enfermidade esquecendo-se ou minimizando-se o ente biológico portador dos males. Assim, muitas das mazelas caracterizadas como condições mórbidas são oriundas da falta de informação, da carência de saneamento básico, da desnutrição e de tantas outras situações sanáveis com pouquíssima tecnologia. De acordo com Berlinguer (1996, p. 15), “a humanidade dispõe tanto de conhecimento como de recursos produtivos aptos a vencer flagelos que sempre acompanharam nossa espécie, como a fome e muitas doenças mais letais, principalmente as infecciosas e carenciais; mas não consegue eliminá-las (e nem sequer tenta), sobretudo nas áreas mais populosas do mundo... [...]”

podemos dizer que a nossa época é a que viu na história tanto os maiores progressos com relação à saúde humana como o maior número de vítimas evitáveis”.

Vive-se um momento histórico de extrema sensibilidade ética no campo da saúde. Discute-se não somente as questões técnicas e científicas em saúde, mas o uso racional e responsável no emprego das inovações tecnológicas, capazes de facilitar o nascimento, curar o maior número de enfermidades e de retardar a morte. O que proporciona esperança na atualidade, ao se tentar equacionar os dramáticos conflitos éticos no quadro sanitário, é o de considerar que os valores morais não se constituem somente um mero modismo de uma sociedade hodierna, mas uma necessidade de se oferecer justiça com equidade. Pode-se afirmar que se trata de uma saudável reação de sobrevivência humana. “A ética surge, neste contexto, não como um simples exercício acadêmico de alguns privilegiados, mas como uma indignação frente a tudo aquilo que nega, manipula e torna a vida uma jornada maculada pelo sofrimento, pela desigualdade e pela conseqüente exclusão social.” (Costa, Pessini, 2004).

Frente a essa realidade, cresceu a consciência de que a vida humana, a ciência e a sociedade precisam ser vistas à luz de determinados valores morais. Se assim não for feito, corre-se o risco de naufragar no caos, desperdiçando a preciosa — e talvez única — chance de ser feliz na construção de um futuro promissor e de uma sociedade marcada pela paz, justiça e solidariedade. Não seria este o objetivo último da Bioética? Assim como o pluralismo religioso e político são direitos humanos, também se deve aceitar como um direito o pluralismo moral das pessoas, independentemente das novas situações determina-

das pelo avanço técnico-científico no campo das ciências bio-médicas. Temas como aborto, contracepção, política demográfica, eugenismo, eutanásia, emprego da tecnologia e alocação de recursos em saúde — só para citar alguns exemplos — passam cada vez mais a merecer destaques que extrapolam as fronteiras dos indivíduos diretamente envolvidos com essas questões, tornando-se objeto de debate e análise de toda a sociedade, mas, ao tempo, ignoram-se as diferentes modalidades de segregação social, sem que se procure, pelo menos, atenuá-las.

Apresenta-se a todos, portanto, uma empreitada educativa para além da mera provocação informativa das inovações técnico-científicas. “Educar eticamente não é limitar a discussão ao reducionismo do que é permitido ou proibido, certo ou errado, bom ou mau, o que deve ser dito ou silenciado. Educar eticamente é trabalhar para melhorar a qualidade da convivência humana e do exercício profissional, contribuindo para que ambos sejam marcados pelo respeito e pela atenção sem preconceitos aos mais fracos e vulneráveis da sociedade, assim como pela justiça, solidariedade e igualdade” (Costa, Pessini, 2004, p. 187-214).

A diferenciação entre justiça, igualdade e equidade foi realçada por Garrafa, Oselka, Diniz (1997), ao proporem: “a igualdade é a conseqüência desejada da equidade, sendo esta o ponto de partida para aquela. Somente através do reconhecimento das diferenças e das necessidades dos sujeitos sociais é que se pode alcançar a igualdade. A igualdade não é mais um ponto de partida ideológico que tendia a anular as diferenças. A igualdade é o ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos e onde o próximo passo é o reconhecimento da cidadania. A equidade,

ou seja, o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais, é o caminho da ética prática em face da realização dos direitos humanos universais, entre eles o direito à vida, representado neste contexto pela possibilidade de acesso à saúde”.

Adotando como paradigma os prodígios alcançados pela humanidade no século passado na área da tecnociência, alguns pensadores contemporâneos tentam, cautelosamente, projetar o cenário para as diversas áreas do conhecimento humano em um futuro não muito distante, arriscando-se a antever as conquistas que serão obtidas, em especial, na área da saúde.

O século XXI emergiu sob o advento de novas conquistas, muito embora com algumas situações consideradas como eticamente inaceitáveis. Assim, a civilização do século XX soube como oferecer o bem-estar social, ao produzir quantidade e qualidade de alimentos ricos em calorias e facilitar a aquisição de bens materiais para muitos, mas falhou por não saber distribuí-los de forma equânime. A desigualdade de bens de consumo e o *gap* observado na distribuição da riqueza no planeta podem ser melhor avaliados a partir dos dados que as agências internacionais de desenvolvimento vêm divulgando. Para demonstrar tal assertiva, basta assinalar que a concentração da riqueza no Brasil é tamanha que 10% dos lares mais ricos têm 70 vezes a renda dos 10% mais pobres.

No vasto campo da saúde pública, os sombrios indicadores continuam a preocupar os organismos internacionais, podendo-se tomar como parâmetro os altos índices de mortalidade infantil e materna, além do recrudescimento de enfermidades infecciosas até recentemente extintas nos países em desenvolvimento. No que tange à

mortalidade materna, particularmente no Brasil, as causas que justificam os óbitos dessas mulheres continuam sendo as mesmas do século XIX: morrem vitimadas por hemorragia, infecção e eclâmpsia. Ao mesmo tempo, as nossas crianças, até completarem um ano de idade, continuam sujeitas às infecções gastrointestinais, que se fazem acompanhar de desidratação, e acabam morrendo em decorrência da fome, da falta de higiene, da má educação ou, ainda, por injustiça no acesso ao sistema de atenção à saúde.

É possível afirmar que nem sempre é o cuidado médico o único responsável por instituir uma saúde de qualidade à população carente; torna-se indispensável a implementação de programas educacionais, de caráter interdisciplinar, capazes de mudar atitudes de pessoas esperançosas em melhorar a própria saúde e de proporcionar a verdadeira igualdade.

De posse desse conjunto de conquistas, admite-se que os dilemas morais da atualidade não devem ser tratados apenas na esfera pessoal, mas como uma preocupação coletiva. Tome-se, como exemplo, a violência exacerbada nas ruas e favelas, ou a violência no trânsito, somente para citar algumas condições mais alarmantes, ceifando a vida de número expressivo de pessoas, em realidade vítimas, que se encontram despreparadas para enfrentar essa realidade. Poder-se-ia estender o raciocínio ao acompanhar os noticiários que, em tempo real, retratam massacres, ataques terroristas, guerrilhas urbanas, em diversos países, em lutas pelo poder ou até por razões religiosas.

Em publicação das Nações Unidas, Fonkem (1999) assinala que um dos dilemas morais mais graves da atualidade é a erradicação da pobreza absoluta. São bilhões de seres humanos que vivem com um nível inaceitável de renda. Por isso mes-

mo, perderam a dignidade e, com ela, seus valores fundamentais: identidade, auto-estima, saúde, educação, cultura e respeito às normas. Talvez se possa encontrar, na sábia reflexão do poeta João Cabral de Melo Filho, a justificativa para essas verdades: [...] é difícil defender, só com palavras, a vida.

A pobreza, seja qual for a categoria dos grandes males sociais em que se queira enquadrá-la, sempre se constituirá em negação dos direitos humanos, o que permite caracterizá-la como iniquidade, quando da prestação de serviços sanitários, levando-se em consideração idade, raça e gênero, especialmente nos países desenvolvidos que marginalizam legiões de cidadãos considerados de segunda classe, por não possuírem uma apólice que lhes assegure atenção mínima aos cuidados de sua saúde.

Dessa forma, tem sido flagrante o desrespeito aos princípios contidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Os desfavorecidos de recursos mínimos de sobrevivência, e que se acham excluídos por não possuírem qualidade nem quantidade de alimentos, agasalhos e abrigo, conceitualmente, encontram-se na condição de pobreza absoluta. Assim como podem ser encontradas pessoas mais ricas que outras, também existirão os mais pobres em relação a outros. No entanto, os pobres se igualam pela insegurança e pela vulnerabilidade que os atinge de forma indelével. Por esse motivo, não há como falar-se de autonomia para essas pessoas, que dependem de terceiros para sobreviver. “A autonomia das pessoas passa, hoje, entre outras coisas, pelo saber tecnológico combinado com o poder político e econômico. Quem está despojado de poder se torna vulnerável. E a vulnerabilidade expõe as pessoas a grosseiros e sutis desrespeitos de sua autonomia” (Anjos, 2000).

Nessa situação encontram-se 20% dos habitantes do planeta, ou seja, 1,2 bilhões que ainda não se beneficiaram dos avanços conquistados pela ciência e pela tecnologia da civilização contemporânea. Tais números podem ser, na verdade, ampliados porque, ainda aqui, os métodos quantitativos da estatística enganam: ser pobre não é apenas ganhar menos do que uma soma arbitrariamente fixada; ser pobre, na visão de Santos (2000), é participar de uma situação estrutural, com uma posição relativa inferior dentro da sociedade. E essa condição se amplia para um número cada vez maior de pessoas. É doloroso afirmar que, a curto prazo, não se vislumbra qualquer perspectiva de mudança no cenário mundial para a promoção de justiça com equidade. É preciso, acima de tudo, coragem para reconhecer que o verdadeiro problema não está na carência dos países pobres, mas no excesso em que os ricos habitantes do Norte descansam, sabendo que o avanço científico não depende da concessão de suas vidas, mas de afrodescendentes, hispânicos e latino-americanos. Na realidade, são entes anônimos e emudecidos pela desigualdade (Diniz, Ibiapina, 2000).

Nas palavras de Anjos (2000, p. 49-65), “a Bioética não pode estar atenta apenas à saúde e ao bem-estar de indivíduos e se contentar com critérios para situações setorializadas, sem perceber que toda uma sociedade se encontra gravemente doente e reproduz a má qualidade de vida”.

Saúde e Direitos Humanos

O conceito de direitos humanos está vinculado à equidade, seja no contexto histórico, seja no plano filosófico. Embora a equidade seja reconhecida como conceito antigo, somente no último quartel do século XX passou a ser considerada

como um direito humano universal. Acrescenta Drane (2000) que “tanto a equidade como a liberdade têm raízes na filosofia grega e no Direito Romano. Assim, vários documentos políticos na modernidade promoveram a equidade como sinônimo de igualdade e a promoveram com a liberdade, a exemplo da Constituição dos Estados Unidos (1787); a Declaração Francesa dos Direitos do Homem (1789); a Declaração Americana de Direitos (1791); e a Declaração das Nações Unidas dos Direitos Humanos (1948)”. Na realidade, as manifestações que enfatizam o dever moral de cumprir alguns direitos não hierarquizados têm por desiderato proporcionar que os habitantes do planeta desfrutem de uma vida com dignidade em seus direitos. A igualdade, como um direito, traduz-se obrigatoriamente como um direito à saúde. Considerada um direito negativo, tem como significado a proteção contra riscos. Por esse motivo, os direitos à atenção sanitária iniciam-se como direitos morais, apoiados por argumentos éticos e por uma visão filosófica dos seres humanos.

No ordenamento jurídico brasileiro, o sistema de assistência à saúde, outrora excludente, mereceu maior atenção a partir da promulgação da Constituição Federal -1988 (Brasil. Constituição de República Federativa do Brasil, 2000), ao dispor, em seu art. 196, o papel do Estado, assegurando “a saúde como um direito de todos e um dever do Estado”, além de estabelecer o princípio da universalidade, ou seja, o de proporcionar o direito a todos os cidadãos à assistência à saúde, independentemente de estarem integrados, ou não, ao sistema de previdência social.

Após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), outros elementos normativos infraconstitucionais ensejaram a criação de um novo modelo sanitário que

proporcionasse “a universalidade, igualdade e integralidade com políticas pragmáticas de descentralização, focalização e a otimização de gastos públicos” (Siquiera-Batista, Schramm, 2005). Equacionar os grandes dilemas éticos no âmbito dos direitos humanos, com enfoque especial no campo da saúde, torna-se um desafio político do Estado, que não deve ficar alheio aos deveres que lhe são inerentes e, por isso mesmo, constituem-se em uma exigência da sociedade. Dallari (1998, p. 231-241), ao se referir sobre a indiferença do papel do Estado na defesa intransigente dos direitos humanos, assinala que “as injustiças acumuladas, as discriminações formalmente legalizadas, o uso dos órgãos do Estado para sustentação dos privilégios dos mais ricos e de seus serviços acarretaram sofrimentos, miséria, violências e inevitáveis revoltas, agravadas pelas disputas, sobretudo de natureza econômica, entre os participantes dos grupos sociais mais favorecidos, em âmbito nacional e internacional”.

Medicina para populações carentes

Assim como a medicina não pode ser considerada uma atividade desenvolvida exclusivamente por médicos, estes, por sua vez, nem sempre devem considerar suas atividades destinadas obrigatoriamente à saúde. O profissional sanitário considerado de maior utilidade para se responsabilizar pelo atendimento de populações carentes deve ser dotado, especialmente, de uma visão holística, que não se restrinja somente a empregar os conhecimentos de sua área estreita de atuação. Convém enfatizar que populações carentes não exigem o emprego de tecnologias refinadas, muito menos da presença de especialistas com formação refinada em

determinado campo da medicina. Na realidade, a resignada população carente necessita, prioritariamente, muito mais de informação do que de prescrição. Isso não quer dizer que, por estarem mais sujeitas às intempéries das enfermidades tropicais, das parasitoses intestinais, das doenças sexualmente transmissíveis, da escassez de uma alimentação balanceada, as pessoas possam ser excluídas do uso eventual de alguma modalidade de tratamento que envolva alta tecnologia, portanto, de alto custo.

Não é novidade afirmar que a situação sócio-econômica de determinado grupo populacional é um fator condicionante para a saúde. Essa máxima é válida em qualquer parte do planeta e para todos os seres humanos, desde aqueles que habitam os países mais ricos até os que se encontram segregados nos lugares mais inóspitos. Assim, não é difícil defender o princípio que os mais carentes sofrem muito mais quando na condição de enfermos, bem como morrem precocemente, vitimados pela mancha de miséria na que se acham submersos, em algumas situações determinadas pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Até meados do século passado, os egressos das escolas médicas eram dotados de conhecimentos capazes de enfrentar a faina diária em qualquer das quatro maiores áreas da medicina, quais sejam: ginecologia-obstetrícia; cirurgia geral; clínica geral e pediatria. Assim, era possível que o profissional que realizasse o parto de uma paciente, pudesse também acompanhar a evolução do nascituro até fases avançadas do seu desenvolvimento. Esse modelo de medicina, aplicado à época, foi capaz de estancar despesas supérfluas e quando mais nada era possível fazer em benefício do paciente, esse fato decorria muito mais por falência de conhe-

cimentos científicos dos profissionais, do que por inércia de quem se propunha a atender sem distinção sócio-econômica populações carentes com o mesmo denodo. O generalista, assim como ainda hoje são denominados os egressos de algumas escolas médicas, além de demonstrarem conhecimentos nas principais áreas da medicina, não se instalavam somente nos grandes centros urbanos. Muitos deles migravam para a zona rural, com o intuito de ganhar um pouco mais, livrando-se da concorrência dos pares, mas tendo como propósito o desejo de praticarem os conhecimentos teóricos aprendidos nas instituições que os formaram.

Convém enfatizar que a atenção básica à saúde da população brasileira foi inovada e aprimorada em meados da década passada, mediante a consolidação de estratégias estruturantes constituídas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pelo Programa de Saúde da Família (PSF). Essas ações foram adotadas, no Brasil, a partir de modelos bem sucedidos em outros países, tendo por metas: “priorizar a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua”. (Brasil. Senado Federal, 2005). É possível que esse venha a ser o modelo de medicina que melhor assista a população carente, com relação de custos e benefícios compatível com um país em desenvolvimento.

Callahan (2000) defende o modelo que ele convencionou chamar de “medicina sostenible”, ao considerar sua proposta, possível de se tornar economicamente equitativa e capaz de proporcionar aos países ricos e pobres o ensino de financiarem uma despesa que cresce de forma assustadora, proporcionalmente ao progresso da tecnociência. Desta forma, procura responder às seguintes indagações:

que tipo de sociedade poderá promover melhor uma boa medicina, e, ao mesmo tempo, que tipo de medicina poderá promover melhor uma boa sociedade?

Ao responder a ambas indagações, especialmente a última, Callahan, citado por Berlinguer (1996, p. 124-125), assinala que a melhor medicina para a sociedade é a que: “a) não estimula a sociedade à medicalização de seus problemas; b) não propõe à sociedade que se dê significado à vida mediante explicações médicas; c) não insiste na idéia de que o bem da medicina é igual ao bem da sociedade; d) não afirma que a saúde é o bem único e mais nobre.” Não satisfeito com as razões esposadas por Callahan, Berlinguer considera indispensável outras motivações capazes de complementar uma melhor medicina para a sociedade, acrescentando: “e) trata todo doente de forma igual, baseando-se exclusivamente na diversidade dos quadros clínicos; f) contribui com a prevenção, com os tratamentos e com a reabilitação na melhoria da capacidade dos indivíduos; g) estuda as condições nas quais se desenvolvem as doenças, aponta-as à sociedade e contribui para modificar os comportamentos e as situações insalubres, sem interferir nos deveres alheios ou nas livres escolhas pessoais”. Essa pactuação entre sociedade e medicina proporcionaria ao encontro dos anseios dos diferentes extratos sociais confiando a seus atores o emprego de uma vocação voltada para a beneficência, independentemente de prestar assistência a uma população carente ou não.

Conclusão

Ignorar as dificuldades a serem equacionadas no campo da saúde em pessoas carentes é manter-se na escuridão, escondendo-se do dever de oferecer uma assistência sanitária

ria compatível com as necessidades aos menos favorecidos. Com certeza, não se roga por um modelo de medicina especial para atender esses indivíduos, no entanto, é imprescindível o acesso igualitário a todos os recursos técnicos e científicos que se julgue indispensável.

Afinal, a miséria não se extermina somente com a assistência médico-sanitária, mas com distribuição de bens e justiça social. Basta tornar possível que a população carente tenha acesso a um copo d'água diretamente obtido de uma torneira e o beba, sem o temor de contrair

qualquer enfermidade. Afinal, os fatos evidenciam que uma vez inseridos num contexto que não prioriza a vida e a saúde para todos, arrastam considerável parcela de seres humanos ao patamar da vulnerabilidade e, conseqüentemente, à perda da dignidade.

REFERÊNCIAS

- Anjos MF. Bioética nas desigualdades sociais. In: Garrafa V, Costa SIF, organizadores. A bioética no século XXI. Brasília: UnB, 2000. p.49-65.
- Berlinguer G. Ética da saúde. São Paulo: Hucitec; 1996. p.15, 124-5.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000.
- Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). [capturado em: 13 nov. 2006]. Disponível em: www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade.
- Brasil. Senado Federal, Comissão de Assuntos Sociais. Visita da Delegação da Assembléia Nacional da República Socialista do Vietnã ao Presidente da Comissão de Assuntos Sociais. Estudo nº 41 2005. [capturado em: 23 out. 2006]. Disponível em: URL:http://www.senado.gov.br/web/comissoes/cas/es/ES_PolAssistSaudePopulCarente.pdf.
- Callahan D. La inevitable tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes. In: Stepke FL, editor. Segunda Reunión del Comité Asesor Internacional en Bioética, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2000 Mayo; Panamá, Panamá. [capturado em: 23 out. 2006]. Disponível em: URL:<http://www.paho.org/Spanish/BIO/cuidado.pdf>.
- Costa SIF, Pessini L. Ética e medicina no limiar de um novo tempo: alguns desafios emergentes. In: Lima Filho AA, Pozzoli L, organizadores. Ética no novo milênio: busca do sentido da vida. 3ª.ed. São Paulo: LTR; 2004. p. 187-214.
- Dallari DA. Bioética e direitos humanos. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, editor. Introdução à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 231-241.
- Diniz D, Ibiapina S. Declaração de Helsinki: uma história de dignidade. Mundo da Saúde 2000; 24:157-159.
- Drane J. El desafio de la equidad: una perspectiva. In: Stepke FL, editor. Segunda Reunión del Comité Asesor Internacional en Bioética, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2000 Mayo; Panamá, Panamá. [capturado em: 23 out. 2006]. Disponível em: URL:<http://www.paho.org/Spanish/BIO/cuidado.pdf>.
- Fonkem RN. In: Cameroon, a female-centered organization works to conquer the poverty of rural women UN Chronicle [periódico on line] 1999. [capturado em: 23 out 2006]. Disponível em: <http://www.un.org/Pubs/chronicle/1999/issue1/0199p70.htm>.
- Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. Bioética 1997; 5(1):27-33.
- Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. São Paulo: Record, 2000. p.59.
- Saúde Coletiva 2005 jan.-mar.; 10(1):129-142.
- Siquiera-Batista R, Schramm RF. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. Ciênc.
-

*Recebido em 25 de janeiro de 2007
Aprovado em 27 de fevereiro de 2007*