



---

## **ÉTICA SOCIAL CATÓLICA E SAÚDE PÚBLICA: EM BUSCA DE UMA BIOÉTICA LIBERTADORA**

*Catholic Social Ethics and Public Health: Searching for a Liberating Bioethics*

Alexandre Andrade Martins \*

**RESUMO:** Este artigo parte da perspectiva de que a opção pelos pobres oferece um imperativo ético para analisar questões bioéticas para além dos debates tradicionais sobre o uso de tecnologia médica e da relação profissional de saúde-paciente. O autor propõe uma bioética em chave libertadora, que integre o ensino social católico às questões do mundo da saúde e os desafios éticos para a promoção da justiça por meio de um sistema público que garanta o direito à assistência à saúde. O texto inicia examinando a opção pelos pobres como ela é apresentada pelo ensino social católico e como essa opção se relaciona com o mundo da saúde. Apresenta uma análise de dados e estudos que mostram a relação entre pobreza, enfermidade e morte precoce e a existência de um círculo vicioso entre pobreza, vulnerabilidade a enfermidades, falta de assistência médica e morte. Esta realidade dramática precisa ser destruída porque é uma ameaça à vida humana. Por fim, o autor sugere que uma bioética capaz de responder aos desafios deste círculo ainda precisa ser construída, e que a integração entre o ensino social católico e a bioética, tendo a opção pelos pobres como imperativo ético, oferece elementos para a construção de uma bioética libertadora.

**PALAVRAS-CHAVE:** Opção pelos pobres. Bioética libertadora. Ensino social católico. Saúde.

**ABSTRACT:** This article argues that the option for the poor offers an ethical imperative to analyze bioethical issues that are not restricted to the traditional discussion on the use of medical technology and the health professional-patient relationship. The author presents a bioethics in a liberationist key that integrates Catholic social teaching into healthcare issues and ethical challenges to promote

---

\* Marquette University — Milwaukee, Estados Unidos.

justice through a public system based on the right to healthcare. This essay begins by examining the option for the poor, presented by Catholic social teaching, and how it relates to healthcare. Then, it analyses data and studies showing the relationship between poverty, illness and premature death. This analysis clearly demonstrates the existence of a vicious cycle: poverty, vulnerability to illnesses, lack of healthcare, and death. This dramatic reality must be ended because it is a threat to human life. Finally, the author suggests that a bioethics capable of responding to this challenge is yet to be built. The integration of Catholic social teaching into bioethics, with the option for the poor as an ethical imperative, offers resources for the construction of a liberating bioethics.

**KEYWORDS:** Option for the Poor. Liberating bioethics. Catholic Social Teaching. Healthcare.

## *Introdução*

Na encíclica *Laudato Si'* (LS), o Papa Francisco elevou a opção preferencial pelos pobres à categoria de imperativo ético (LS, n. 158). Essa afirmação passou quase que despercebida na reflexão teológica dos autores que comentam o texto, especialmente no Brasil. Talvez essa desatenção ocorra porque a opção preferencial pelos pobres já esteja diluída na teologia criada no Brasil e na América Latina, como resultado do desenvolvimento e expansão da Teologia da Libertação (TdL), a qual deu centralidade para essa opção desde o final da década de 1960. Poucos anos antes da sua morte, João Batista Libanio (1932 – 2014) apresentou uma metáfora para ilustrar a TdL e compará-la em dois diferentes momentos do seu percurso. Segundo ele, a TdL, nas décadas de 1970 e 1980, era como uma montanha de sal que todos viam. Ela estava no centro do debate teológico e da prática eclesial. Suas publicações estavam nas vitrines das livrarias e presentes na mídia. De certa forma, para amá-la ou odiá-la, para defendê-la ou combatê-la, a montanha de sal estava lá e todos a viam. Com o passar dos anos, devido a mudanças na conjuntura social e eclesial, a maré cresceu e tomou a montanha de sal, que se diluiu no oceano. Ela deixou de ser vista e de incomodar pessoas na praia, mas continuava a ser sentida por todos que entravam em contato com a água. Para Libanio, nos anos 2000, a TdL não era mais tão visível, mas não estava morta, como alguns dos seus combatentes pregavam. Ela estava lá, diluída nas águas da teologia. Em outras palavras, o sal da TdL está presente no modo de fazer teologia no Brasil e muitos, mesmo sem saber, porque a água do mar toca diferentemente a pele e a boca dos que nela se arriscam, são tocados por ela<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Ouvei essa metáfora do próprio Libanio durante o 24º Congresso Internacional SOTER: Religião e Educação para a Cidadania (11 a 14 de julho de 2011), PUC-Minas, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Certamente, muitos discordam dessa metáfora, mas ela ajuda a buscar uma possível compreensão do porquê a opção preferencial pelos pobres, apresentada como um imperativo ético por Francisco, não tem sido objeto da reflexão teológica no Brasil nem causado impacto algum. Talvez, essa opção já esteja diluída na teologia feita aqui de tal forma, que parece óbvio um documento do magistério dar esse *status* à opção pelos pobres. Contudo, afirmar essa opção como um imperativo ético, sobretudo quando se faz isso da cátedra de Pedro, cria implicações teóricas e práticas que não podem ser ignoradas pela teologia, especialmente pela subdisciplina, a ética teológica.

Nesse texto, não analiso a opção pelos pobres e a implicação de se apresentar esse princípio do ensino social católico como um imperativo ético. Porém, farei uma apropriação desse princípio social, como é sugerido pelo ensino social católico e pela TdL, como perspectiva para propor um estudo bioético de caráter social focado em questões de saúde pública, considerando particularmente o Brasil e o seu sistema de saúde pública, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a sua fragilidade diante de políticas neoliberais, que favorecem instituições privadas de saúde e, consequentemente, contribuem para o seu desmonte. Dessa forma, o imperativo ético da opção preferencial pelos pobres será utilizado como chave de leitura para as questões de saúde pública num ensaio que aproxima bioética, fortemente marcada por uma perspectiva clínica individualizada importada dos países do hemisfério norte<sup>2</sup>, e o ensino social católico, que oferece *insights*, valores e princípios para a construção de uma bioética de caráter libertador, mais habilitada para responder aos desafios da assistência à saúde no Brasil. Embora essa construção signifique a busca por uma bioética libertadora – já iniciada por alguns bioeticistas por meio de publicações pioneiras amparadas pela teologia da libertação –, a produção ainda é tímida, se comparada com a robusta produção de bioética teológica voltada para as questões clínicas tradicionais<sup>3</sup>. Além, disso, trata-se de um

---

<sup>2</sup> Exemplo da marca da bioética clínica voltada para os temas clássicos da ética médica tratada por bioeticistas católicos com formação teológica são as obras de Leocir Pessini sobre Eutanásia (1990 e 2004) e Distanásia (2001), de Pessini e Barchifontaine, que é vastamente usada em cursos de bioética, *Problemas atuais de Bioética* (2012), na sua 10ª edição, e de Antonio Moser, *Biotecnologia e bioética* (2004). Todos esses textos, apesar de dialogar com a teologia latino-americana, não apresentam um caráter social libertador ao abordar questões bioéticas. Fora do contexto teológico, uma bioética de caráter social, preocupada com questões de saúde pública e justiça social, já está mais desenvolvida; veja-se, por exemplo, a obra *Bioética, poderes e injustiças* (PORTO, GARRAFA, MARTINS, BARBOSA, 2012).

<sup>3</sup> Fora do contexto acadêmico da teologia, não se fala de uma bioética libertadora como uma tendência no Brasil, pois essa de fato é algo de pouca expressão no ambiente dos debates bioéticos. O livro organizado por José Eduardo de Siqueira e Márcio Fabri dos Anjos, ao apresentar as tendências e perspectivas da bioética no Brasil, sequer faz referência a uma bioética libertadora. É apenas no capítulo oitavo que os autores, descrevendo as linhas temáticas da bioética no Brasil, se referem à bioética e teologia da libertação e o único autor que apresentam como representante dessa linha temática é o próprio Márcio Fabri dos Anjos (SIQUEIRA; PORTO; FORTES, 2007, p. 173-175), certamente um pioneiro nessa busca de uma bioética libertadora, que irei discutir posteriormente nesse artigo.

caminho dinâmico que se percorre com os pobres no enfrentamento dos desafios de acesso à saúde.

## *1 Do imperativo ético à saúde da população: opção pelos pobres e promoção da saúde*

Embora não seja meu objetivo apresentar um estudo sobre a opção preferencial pelos pobres como um imperativo ético, teço apenas algumas linhas de como o ensino social católico, mais precisamente a Doutrina Social da Igreja<sup>4</sup>, assumiu a opção pelos pobres como uma vivência e um conceito teológico, inserindo-o à doutrina social do magistério como um princípio social (*Sollicitudo rei socialis*, n. 39) e elevado à condição de imperativo ético, enraizado na fé cristológica (*Evangelii gaudium*, n. 198). Essas linhas apenas sugerem alguns elementos necessários para que esse imperativo ético seja a chave de leitura da realidade da saúde pública no Brasil, que permitirá ver a relação entre pobreza e enfermidade, assim como a força desse imperativo ético para romper essa relação visando a promoção da saúde e da vida digna.

Embora a expressão *opção preferencial pelos pobres* apareça no século XX, mais precisamente na América Latina, com a teologia desenvolvida a partir do impulso da Conferência de Medellín, os pobres sempre tiveram um lugar privilegiado na tradição judaico-cristã. Isso já vem desde o movimento do êxodo, liderado por Moisés, para libertar os pobres oprimidos no Egito, passa pelos gritos por justiça aos pobres entoados pela tradição profética, e culmina na pregação e ação de Jesus de Nazaré, que optou por viver com os pobres e, a partir deles, anunciar o Reino de Deus com a pregação de que a boa-nova é preferencialmente destinada aos pobres e marginalizados (Lc 4,16-18).

A Igreja do período patrístico também entoa esse clamor de justiça aos pobres, em vozes como as de João Crisóstomo (2007, p. 18) e Basílio de Cesaréia (1998, p. 30-36), entre outros. Mesmo quando a hierarquia da Igreja se distanciou dos pobres na Idade Média, pessoas como Francisco de Assis foram suscitadas pelo Espírito para mostrar que o lugar da Igreja é junto aos pobres. Contudo, foi no florescimento da TdL, a partir da prática das

---

<sup>4</sup> Aqui eu assumo a diferenciação proposta por Himes na qual doutrina social católica se restringe aos documentos do Magistério nos elementos que se repetem, mostrando continuidade entre os papas, termo que João Paulo II usava frequentemente para mostrar a continuidade do Magistério papal. O conceito de ensino social católico tem uma concepção mais ampla, incluindo encíclicas, mas com abertura para o debate e a interpretação. Himes ainda fala de pensamento social católico para se referir a todo o debate ético teológico suscitado pela tradição social da Igreja (HIMES, 2005, p. 4-5).

comunidades cristãs na América Latina, que a opção preferencial pelos pobres ganhou o *status* de conceito teológico, tornando-se o coração desta corrente libertadora, isto é, a opção pelos pobres tornou-se um conceito da teologia acadêmica fundamentado na prática das comunidades cristãs, nas quais muitos teólogos profissionais estavam inseridos.

Não sem muita polêmica, a opção pelos pobres passou a ser o coração da TdL como um conceito teológico expendido, isto é, o conceito de opção pelos pobres apenas faz sentido se há um compromisso com os pobres por meio de uma práxis histórica na realidade dos oprimidos, junto com eles, pois é lá que se faz teologia ou, como diz Leonardo Boff, a realidade histórica dos pobres é o *locus teológico* de um novo modo de fazer teologia (BOFF, 2012, p. 13-14). Dessa forma, é apenas no meio dos pobres que se pode reconhecer a condição humana e a situação histórica que revela a experiência de sofrimento dos injustiçados e, ao mesmo tempo, encontrar-se com Jesus crucificado, que morreu pobre, também ele vítima da injustiça socioeconômica e política. Esse duplo encontro com a face do pobre e a de Jesus leva a reler a tradição teológica cristã, que irá adquirir um novo significado dentro da experiência histórica contemporânea dos pobres<sup>5</sup>.

Apesar de a Conferência de Puebla ter afirmado a opção preferencial pelos pobres como algo profético e que toda a Igreja precisa se converter a ela para promover a libertação integral do ser humano (CELAM, n. 1134), demorou para o Magistério assumir essa opção como parte substancial do ensino social de Igreja Católica. Isso ocorreu apenas em 1987, quando João Paulo II introduziu a opção pelos pobres na encíclica *Sollicitudo rei socialis* (n. 39), embora ele não tenha desenvolvido muito esse aspecto, o que foi acontecer apenas com o Papa Francisco, na *Evangelii gaudium*, em que ele retoma o Documento de Aparecida para dizer que a opção preferencial pelos pobres é uma opção que nasce da fé cristológica (EG, n. 198)<sup>6</sup>. Contudo, o grande avanço proporcionado por Francisco foi o de elevar a opção pelos pobres ao *status* de imperativo ético, num contexto em que propõe uma ecologia integral capaz de ver de forma inter-relacionada os sofrimentos da terra e dos pobres:

Nas condições atuais da sociedade mundial, onde há tantas desigualdades e são cada vez mais numerosas as pessoas descartadas, privadas dos direitos humanos fundamentais, o princípio do bem comum torna-se imediata-

---

<sup>5</sup> Esse novo significado não elimina as interpretações teológicas anteriores, sobretudo as provenientes dos textos bíblicos, são base para um novo sentido, pois o texto é vivo e ganha novos significados cada vez que se encontra com novas realidades históricas. Isso faz parte da *reserva de significado* dos textos e da tradição, como diria Severino Croatto (CROATTO, 1985, p. 45-69).

<sup>6</sup> Para ser justo, é preciso lembrar que o primeiro a apresentar de forma clara da Cátedra de São Pedro que a opção pelos pobres vem da fé cristológica foi Papa Bento XVI, no seu discurso de abertura da Conferência de Aparecida, em 2007. Os bispos reunidos no Santuário de Aparecida assumem essa perspectiva como própria e a desenvolvem no documento conclusivo.

mente, como consequência lógica e inevitável, um apelo à solidariedade e uma opção preferencial pelos mais pobres. Esta opção implica tirar as consequências do destino comum dos bens da terra, mas – como procurei mostrar na exortação apostólica *Evangelii gaudium* – exige acima de tudo contemplar a imensa dignidade do pobre à luz das mais profundas convicções de fé. Basta observar a realidade para compreender que, hoje, esta opção é uma exigência ética fundamental para a efetiva realização do bem comum (LS, n. 158).

Para Francisco, a opção preferencial pelos mais pobres é uma “exigência ética fundamental” para que o bem comum se concretize como um bem disponível e acessível a todos. Dessa forma, tal opção se torna um imperativo ético para a construção da justiça no mundo, justiça esta que deve considerar primeiramente os que mais sofrem e são explorados, isto é, a mãe-terra, provedora de todos os meios necessários para o florescimento humano, e os pobres que são impedidos de acessar os bens de que precisam para florescer, tais como os serviços de saúde. Assim, agora é o momento de criar uma ponte com essa perspectiva para ver como a saúde, entendida como bem-estar físico, mental e social (WHO, *Constitution*), das pessoas é afetada pela pobreza, pois não são um vírus ou o câncer os maiores responsáveis por doenças, mortes prematuras e mistanásia<sup>7</sup>, mas sim a pobreza que cria vulnerabilidade às enfermidades e a falta de acesso aos serviços de saúde, levando à deterioração ainda maior da vida dos pobres e à morte. Pobres-doença-mais pobreza formam um círculo vicioso no qual o único resultado é morte precoce. Esse círculo tem de ser quebrado por meio da promoção da vida e da justiça aos mais pobres.

Olhar a realidade a partir dos marginalizados cria condições para uma bioética libertadora, fundamentada na opção pelos pobres na saúde. Essa perspectiva parece ser a que mais corresponde aos desafios da realidade da saúde brasileira, especialmente na atual administração federal, que mostra indícios de fazer uma opção pelos ricos ao adotar a promoção da expansão de planos e serviços de saúde privados, que segue a lógica da comodificação capitalista da saúde e coloca o sistema público de

---

<sup>7</sup> Apesar de estarem relacionadas, no contexto técnico de saúde pública e bioética, *mortes prematuras* e *mistanásia* não podem ser consideradas como sinônimo. Tecnicamente, *morte prematuras* são as que ocorrem antes do total desenvolvimento de uma pessoa e/ou muito abaixo da estimativa média de vida da região onde a pessoa vive. As causas são inúmeras, mas uma das principais é decorrente da vulnerabilidade social que leva as pessoas a ficarem enfermas e morrerem por algo tratável devido à falta de cuidados médicos adequados. Esse conceito também é aplicado para a mortalidade infantil e maternal. Quando uma morte prematura tem como causa a questão da injustiça social como o exemplo apresentado, também se considera *mistanásia*, um conceito desenvolvido no Brasil para se referir à morte social, precoce e evitável. De acordo com Luzi A. L. Ricci, “a mistanásia é geralmente a morte do pobre, resultado de uma vida precária e com pouca ou nenhuma qualidade. É uma morte indireta, causada por abandono, omissão ou negligência social e também pessoal” (RICCI, 2017, p. 50).

saúde num processo de sucateamento por meio do corte de verbas e da falta de investimentos, já decidida pela administração anterior por meio da aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 94 (Emenda Constitucional 55), conhecida como a PEC do Teto, ou como a PEC da Morte, segundo os defensores dos direitos sociais.

## ***2 Relação entre pobreza e enfermidade: do contexto global à realidade brasileira***

O ensino social da Igreja – já em 1963 com João XXIII na encíclica *Pacem in Terris*, n. 11 – assumiu a posição de que o acesso aos serviços de saúde é um direito humano. Sendo assim, quando se fala da relação entre pobreza, enfermidade e falta de acesso aos serviços de saúde, não se pode deixar a questão dos direitos humanos de fora, que aliás é a perspectiva da Constituição Cidadã ao estabelecer a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (Artigo 196). O médico-antropólogo Paul Farmer sugere que uma análise da realidade social a partir da ótica da saúde oferece uma imensa contribuição na luta contra os abusos dos direitos humanos (FARMER, 2005, p. 216-217). Segundo ele, ações e políticas que criam pobreza, deixando as pessoas empobrecidas vulneráveis a enfermidades, sem acesso aos serviços de saúde e ocasionando mortes precoces, muitas delas ainda nos primeiros meses de vida, são um atentado aos direitos humanos que não pode ser ignorado (FARMER, 2005, p. 223). Estudos apontam que o principal causador de enfermidades e mortes por doenças facilmente tratáveis não é um parasita, um vírus ou uma bactéria, mas, sim, a pobreza (WHO, 2005, p. 14-36).

Evidências mostram que uma pessoa vivendo em uma área marcada pela pobreza, sem oportunidades socioeconômicas, com infraestrutura precária ou inexistente (como a falta de saneamento básico) e sem acesso a serviços de saúde, é muito mais propícia a ficar doente desde o primeiro dia de vida (isso se não morrer por complicações na gestação ou no parto ou, ainda, antes de chegar aos cinco anos de idade); uma vez enferma, essa pessoa não tem acesso a serviços de saúde de qualidade (se é que ainda consegue alguma assistência, mesmo que precária) e sua estimativa de vida será muitíssima inferior se comparada com uma pessoa que nasce em uma área desenvolvida, com tudo aquilo que a pessoa pobre não pode ter. Um estudo promovido por pesquisadores ligados ao grupo *The Lancet*, que se baseou nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável lançado pelas Nações Unidas (UN) em 2015, mostra claramente a direta relação entre pobreza, doença, *status* de saúde da população e morte precoce, incluindo a mortalidade materna e infantil (GBD, 2015 SDG COLLABORATORS, 2016, p. 1813-1850). Relatórios da Organização Mundial de Saúde (WHO,

2015) e até mesmo do Banco Mundial (WORLD BANK, 2016)<sup>8</sup> mostram a relação entre pobreza, falta de acesso a oportunidades socioeconômicas, vulnerabilidade a enfermidades e morte precoce. As pessoas pobres e as que vivem em áreas marcadas por grandes injustiças sociais são as mais vulneráveis a ficar doentes. Elas são vítimas de estruturas socioeconômicas que priorizam o lucro em vez das pessoas, marginalizando aquelas que não podem entrar no jogo do livre mercado. Isso é um tipo de violência estrutural, que impede a grupos empobrecidos e marginalizados o acesso a itens básicos de promoção e assistência à saúde (FARMER, 2005, p. 165)<sup>9</sup>.

Pobreza, vulnerabilidade a enfermidades e falta de acesso a assistência à saúde formam um círculo pobreza-doença-mais pobreza, cujo resultado é a morte. De acordo com Norman Daniels *et al.*, a pobreza impede que as pessoas tenham acesso aos bens primários necessários para qualquer indivíduo desenvolver uma vida com o mínimo de bem-estar. Dessa forma, os pobres se tornam mais vulneráveis a enfermidades; sem adequado *status* de saúde, eles não têm acesso às condições necessárias para buscar melhorar suas vidas, uma vez que a saúde é uma condição para o desenvolvimento. Em outras palavras, a pobreza fragiliza a saúde, o que torna o pobre ainda mais pobre; conseqüentemente, a saúde também resulta mais fragilizada, sem acesso aos recursos para tratá-la (DANIELS *et al.*, 2004, p. 65-66). Trata-se de um círculo de violência estrutural e injustiça contra aqueles que nunca tiveram uma oportunidade sequer para transformar suas vidas.

Tecnicamente, esse contexto que afeta a saúde das pessoas é chamado de determinantes sociais de saúde<sup>10</sup>. Onde há acesso ao desenvolvimento social, a estruturas adequadas e a serviços de saúde, o *status* de saúde<sup>11</sup> das pessoas é mais alto e isso gera um desenvolvimento maior do país ou da região. Assim, temos determinantes sociais de saúde influenciando positivamente. Contudo, essa forma positiva dos determinantes sociais está restrita a algumas pessoas, vivendo em específicas áreas do mundo, ou mesmo usufruindo de privilégios não acessíveis à maioria da população

---

<sup>8</sup> O Banco Mundial foi uma das grandes instituições promotoras das políticas de ajustamento econômico nas décadas de 1980 e 1990, que incluíam a privatização de sistemas públicos de saúde.

<sup>9</sup> O médico-anropólogo Paul Farmer, inspirado na teologia da libertação, usa o termo “violência estrutural” para caracterizar as injustiças e iniquidades socioeconômicas contra os pobres.

<sup>10</sup> A Organização Mundial de Saúde define os determinantes sociais de saúde como: “As condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Essas circunstâncias são definidas pela distribuição de renda, de poder e de recursos em níveis global, nacional e local. Os determinantes sociais de saúde são os maiores responsáveis pelas desigualdades – as diferenças injustas e evitáveis no *status* de saúde observadas dentro e entre países” (WHO, *Social Determinants of Health*).

<sup>11</sup> Por *status de saúde* entende-se: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (WHO, *Constitution*).



em que esses privilegiados vivem. Esse é o caso da maioria dos países da América Latina, tida como a região mais desigual do mundo, marcada por uma desigualdade estrutural segundo a Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL, 2017).

Os defensores da assistência à saúde como um direito humano, como é o caso da Doutrina Social da Igreja, afirmam que o acesso aos serviços de saúde e às condições que permitem que as pessoas gozem do maior bem-estar possível não é um privilégio, mas um direito ligado à própria natureza frágil da vida humana. Ademais, não é o desenvolvimento econômico que fará os marginalizados terem acesso à assistência à saúde, uma vez que esses teriam recursos econômicos para escolher o seguro de saúde que julgar mais apropriado. Contudo, o acesso a oportunidades socioeconômicas e a serviços de saúde cria condições para uma população ativa e, conseqüentemente, geradora de desenvolvimento socioeconômico<sup>12</sup>.

Um estudo da Comissão Macroeconômica da OMS mostra que a saúde é necessária para o desenvolvimento econômico. Esta comissão propõe uma mudança de paradigma *de* crescimento econômico como pré-condição para melhorar a saúde, *para* saúde como importante fator para o crescimento econômico (CMH, 2011). Dessa forma, os países devem enfrentar os problemas de saúde em vista de criar condições para o desenvolvimento social e econômico, priorizando políticas de gastos públicos voltadas à saúde dos pobres. Quase 20 anos depois desse estudo e suas recomendações, os desafios continuam os mesmos e, devido a avanço de governos nacionalistas de extrema-direita, alinhados com o neoliberalismo, suas recomendações se tornaram ainda mais relevantes.

Por trás dessa discussão está um embate entre duas visões sobre a assistência à saúde: uma em que a saúde é um direito humano e outra em que os serviços de saúde devem ser regidos pelo mercado, tornando esses serviços um *commodity*, isto é, um bem de consumo baseado na escolha dos clientes e na capacidade de compra. Estudos recentes têm comparado os resultados, em termos de saúde populacional, da aplicação dessas duas perspectivas como base das políticas de saúde e decisões econômicas de países que optaram por uma ou por outra (incluindo países com sistemas híbridos). O estudo da professora da Escola de Medicina da Universidade de Connecticut, Audrey Chapman, *Global Health, Human Rights and the Challenge of Neoliberal Policies*, examina o impacto dessas decisões no contexto global. Fundamentada em evidências, ela mostra que a “perspectiva

---

<sup>12</sup> Amartya Sen é o economista que melhor mostra que o acesso aos bens sociais, entre eles saúde e educação, é fundamental para o desenvolvimento social e econômico dos indivíduos e das nações. Ele, juntamente com Martha Nussbaum, elaborou o “*Capabilities Approach*”, mostrando que se os indivíduos não têm acesso aos bens sociais fundamentais não é possível o desenvolvimento (SEN, 1999; NUSSBAUM, 2011).

mercadológica torna o acesso à saúde dependente da capacidade de pagar e não uma necessidade humana”. Ademais, essa perspectiva se fundamenta em uma “concepção individualista da sociedade na qual os indivíduos estão isolados do seu contexto social”. Por outro lado, a “concepção moderna dos direitos humanos reconhece que cada indivíduo funciona como parte intrínseca de uma comunidade com responsabilidades e obrigações mútuas uns com os outros” (CHAPMAN, 2016, p. 84). Na verdade, Chapman apresenta como a perspectiva mercadológica ignora o indivíduo como ser humano, para vê-lo apenas como um meio para conseguir maiores lucros. Um dos exemplos do impacto na assistência à saúde que exclui os indivíduos pobres é a atuação da indústria farmacêutica e sua força no mundo da saúde, uma vez que, sem medicação, não há tratamento de saúde (CHAPMAN, 2016, p. 200-212).

Considerando a realidade descrita acima e essas duas perspectivas de saúde, o Brasil é um país onde podemos ver claramente tudo que foi apresentado até agora. Primeiro: os determinantes sociais de saúde e a injustiça social têm impactado negativamente a saúde do povo brasileiro. Segundo: a desigualdade no acesso aos serviços de saúde é alarmante. Terceiro: apesar de o Brasil ter um sistema de saúde público universal que se fundamenta na perspectiva dos direitos humanos presente na Constituição, sistemas privados também podem atuar no país como um direito constitucional adquirido para oferecer “serviços complementares”. Quarto: desde a chamada redemocratização do Brasil em 1989 até o atual momento, as administrações federais não enfrentaram os problemas estruturais do sistema público de saúde, nomeado de Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição de 1988. Questões políticas e medidas econômicas para a afirmação do capitalismo brasileiro, muitas das quais incentivaram grupos privados de saúde, sempre deixaram o SUS fora da agenda de prioridades<sup>13</sup>. Quinto: o comprometimento da atual administração federal com o mercado neoliberal tem levado os responsáveis pela liderança política a abandonar o sistema público por meio do congelamento de gastos e investimentos, ao mesmo tempo em que oferecem vantagens e benefícios para a expansão do sistema privado<sup>14</sup>; isso tem acentuado as desigualdades sociais e iniquidades em saúde e, conseqüentemente, o estrato pobre da população tem visto sua vida e saúde ficarem cada vez mais precárias. Os desafios que as políticas neoliberais contemporâneas têm criado para a saúde global, como mostra Chapman, estão fortemente presentes no Brasil,

---

<sup>13</sup> Uma análise das políticas de saúde no Brasil, de 1990 até 2016, pode ser encontrada em: MACHADO, C. V. *et al.*, 2017, p. S143-S161.

<sup>14</sup> No final do ano de 2016, a pedido da Presidência da República, o Congresso Nacional e o Senado aprovaram a Proposta de Emenda Constitucional 55, que congela os gastos e investimentos sociais por vinte anos, inclusive as despesas públicas com saúde e educação. SENADO FEDERAL, PEC que restringe gastos públicos é aprovada e vai a promulgação. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/13/pec-que-restringe-gastos-publicos-e-aprovada-e-vai-a-promulgacao>>. Acesso em: 06 ago. 2019.

criando um desmantelamento do sistema público de saúde, cujos afetados são as pessoas das classes inferiores e, sobretudo, os mais pobres.

Os defensores mais entusiasmados da assistência à saúde como um direito humano, tal como Paul Farmer, não apenas afirmam que a saúde precisa estar livre da lógica de mercado, como também defendem que as enfermidades não tratadas, especialmente as que facilmente podem ser curadas ou aliviadas pela medicina moderna, e o sofrimento e as mortes que isso ocasiona, devem ser entendidas como um atentado aos direitos humanos (FARMER, 2005, p. 164-167). Dito de uma forma mais franca: a vulnerabilidade a doenças, o sofrimento dos enfermos por falta de acesso a assistência à saúde e as mortes devido a essa negligência, tudo decorrente de uma violência estrutural contra os mais fracos e pobres, é um atentado contra os direitos humanos, da mesma forma como é considerada a ação de ditadores contra a liberdade de expressão e o tráfico de pessoas.

Certamente essa postura é objeto de críticas, mas ela mostra que a morte precoce de uma pessoa jovem, por falta de acesso a um tratamento existente e simples, não pode ser entendida como algo normal. Além disso, parece um pouco inocente acreditar que o mercado por si mesmo tem o poder de evitar isso. Apesar de organizações de respeito internacional como a ONU<sup>15</sup> e a OMS<sup>16</sup> defenderem a assistência à saúde como um direito humano, pouca ou nenhuma autoridade elas têm sobre as nações independentes. Sem falar que elas nunca tiveram a coragem de dizer que a não realização desse direito humano, o conseqüente sofrimento e as mortes geradas por tal negligência, inclusive as ações diretas contra o direito à saúde, são atentados contra os direitos humanos. Dessa forma, cabe aos países irem além das definições teóricas desses organismos internacionais em vista de lutar contra mais essa ofensa aos direitos humanos e promover a saúde dos seus cidadãos. Nesse sentido, o Brasil avançou muito entre 1990 e 2017, com a incorporação do direito à saúde à sua Constituição, com a criação do SUS<sup>17</sup> e com as políticas de expansão, financiamento e melhoramento do sistema público. Contudo, tudo isso sempre esteve entre as contradições de um país que optou por um caminho de criação de um Estado de bem-estar social, cujo roteiro foi descrito e promulgado na Constituição de 1988, e as decisões das administrações federais em prol da consolidação do capitalismo brasileiro, ora mais intensas, como as políticas de austeridade e ajustamento econômico ao mercado neoliberal dos anos 1990, ora menos comprometidas com o neoliberalismo, como as políticas

---

<sup>15</sup> O Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos afirma ser a saúde um direito humano. UNITED NATIONS, *The Universal Declaration of Human Rights*. Disponível em: <http://www.un.org/en/documents/udhr/>. Acesso em: 06 ago. 2019.

<sup>16</sup> A Constituição da Organização Mundial de Saúde declara saúde como um direito humano. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization*. Disponível em: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf). Acesso em: 06 ago. 2019.

<sup>17</sup> Para uma visão geral da criação do SUS e seu desafios, veja: AGUIAR, 2011.

afirmativas de combate à pobreza e de redistribuição de renda entre 2002 e 2014. De acordo com a análise de Machado *et al.* sobre as políticas de saúde entre 1990 e 2016, “o caráter das relações Estado-mercado no capitalismo brasileiro e na saúde, e a marcante estratificação social limitaram as transformações necessárias à consolidação do SUS (...) O Brasil expressa de forma contundente as tensões na construção de um sistema de saúde universal em um país capitalista periférico extremamente desigual” (MACHADO *et al.*, 2017, p. S157 e S159).

A ameaça ao direito à saúde, expresso pela Constituição de 1988 no Artigo 196<sup>18</sup>, sofreu um grande golpe com a aprovação da Emenda Constitucional 55 (SENADO FEDERAL, 2016), que congelou os gastos e investimentos públicos, incluindo os gastos com saúde e educação, por vinte anos. Além disso, o país está sob uma forte ameaça neoliberal, que vem enfraquecendo e dismantando o SUS com as decisões da atual gestão federal que, além de não investir na saúde, tem favorecido a expansão de empresas privadas nacionais e internacionais dentro do mercado brasileiro da saúde.

Em síntese, há um enorme debate acadêmico, político e social sobre a assistência à saúde, a melhor maneira de promover essa assistência – se saúde é ou não um direito humano, e as consequências para a saúde da população e o desenvolvimento dos países decorrente das decisões políticas e econômicas relacionadas direta ou indiretamente ao contexto da saúde. Isso pode ser visto em âmbito global e/ou local, como no caso do Brasil. Dessa forma, este artigo almeja entrar nesse debate e oferecer uma contribuição em vista da promoção da assistência à saúde e do bem-estar fundamentada na perspectiva dos direitos humanos em diálogo com o ensino social católico, partindo *de* uma análise global da perspectiva de saúde como um direito humano *para* chegar à realidade local brasileira e o seu sistema público de saúde, a qual clama por uma bioética libertadora de promoção da saúde e da vida dos mais pobres.

### ***3 Bioética libertadora: opção pelos pobres e saúde como direito social***

O atual governo federal claramente está trabalhando para criar uma mudança radical no Brasil, num movimento de regresso para o país deixar de ser um estado garantidor do bem-estar social e se tornar uma nação neoliberal de minoria privilegiada. Consequentemente, a pobreza está

---

<sup>18</sup> Esse Artigo diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. <http://www2.planalto.gov.br/acervo/constituicao-federal> >. Acesso em: 06 ago. 2019.

aumentando enquanto os serviços públicos estão se deteriorando, o que é claramente visível no SUS; hoje, com mais demanda devido ao aumento da pobreza e do desemprego e menos recursos. Na perspectiva do direito constitucional, qualquer ação que diminua o direito à assistência à saúde no Brasil deveria ser considerada inconstitucional, mas parece que o Supremo Tribunal Federal está muito ocupado com suas próprias mazelas para analisar as ações do poder executivo contra os direitos do povo. Dessa forma, torna-se urgente uma bioética libertadora fundada na opção pelos pobres na saúde. Considerando o apresentado anteriormente, faz-se imprescindível que a bioética brasileira foque onde a vida é mais ameaçada, isto é, nos rincões de pobreza onde a injustiça cria vulnerabilidade às enfermidades, falta de tratamento e morte precoce. No contexto da saúde, a injustiça social literalmente mata.

A teologia, assim como toda a Igreja, tem aqui uma oportunidade para ser profética e promover a dignidade da vida humana, princípio central do ensino social católico. Contudo, pouquíssimo se fala, se escreve e se advoga para mostrar uma bioética capaz de criar uma relação direta entre o ensino social católico e a justiça no acesso à saúde, incluindo as condições básicas para se viver com dignidade. Em 2012, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) promoveu uma Campanha da Fraternidade em defesa da Saúde Pública no país: *Fraternidade e Saúde Pública – Que a Saúde se Difunda sobre a terra* (CNBB, 2011). Naquela ocasião, com um contexto muito diferente do atual – porque não se falava no fim do SUS como se fala hoje, mas sim dos desafios para sua expansão e melhoramento –, os bispos brasileiros tinham como objetivo: “refletir sobre a realidade da saúde no Brasil em vista de uma vida saudável, suscitando o espírito fraterno e comunitário das pessoas na atenção aos enfermos e mobilizar por melhoria no sistema público de saúde” (CNBB, 2011, p. 12). E entre as ações mais específicas, a CNBB almejava: “qualificar a comunidade para acompanhar as ações da gestão pública e exigir a aplicação dos recursos públicos com transparência, especialmente na saúde” (CNBB, 2011, p. 12). Essa Campanha criou grande debate sobre a saúde no Brasil e a atuação do SUS. As pastorais sociais, especialmente as pastorais da saúde e da criança, se mobilizaram na defesa da saúde pública, assim como aconteceu na década de 1980, na ação junto com o movimento pela reforma sanitária que culminou na Constituinte e na criação do SUS. Mas esse movimento promovido pela Campanha, que mexeu com milhares de comunidades católicas em todo Brasil, não conseguiu chegar à ética teológica nem mais especificamente à bioética católica. Pouquíssimo se debateu no âmbito acadêmico sobre uma bioética focada nos problemas sociais de acesso à saúde<sup>19</sup>. Passada a Campanha de 2012, o tema da saúde pública, sobretudo

---

<sup>19</sup> Já em 2012, eu falava de bioética da libertação e cheguei a publicar um livro defendendo uma bioética a partir da perspectiva dos pobres, mas esse livro foi praticamente ignorado pela academia e pelos debates éticos teológicos nas universidades católicas (MARTINS, 2012; MARTINS; MARTINI, 2012).

no que diz respeito ao acesso aos serviços médicos como política pública de expansão e melhoramento do SUS, deixou de ser pauta para os bispos, que voltaram a se preocupar com as questões mais tradicionais, como aborto e eutanásia, deixando a vida dos pobres, vulneráveis, enfermos e moribundos para o campo de uma abordagem assistencialista, como a realizada pelas obras católicas de caridade.

Justiça tem que ser feita! Não se pode negar a existência de alguns moralistas católicos, trabalhando com bioética no início dos anos 2000, que já se preocupavam com uma bioética latino-americana voltada para os problemas do terceiro mundo, tendo assim uma perspectiva social, rompendo as barreiras de uma bioética focada na relação médico-paciente e no uso da tecnologia, temas de fronteira importados dos EUA. Pioneiros dessa bioética de caráter social dentro da perspectiva moral católica foram Márcio Fabri dos Anjos e Christian de Paul Barchifontaine. Ambos ousaram apresentar uma bioética que colocasse os problemas de justiça no acesso à saúde como principal foco da reflexão no Brasil, expandindo-a para uma prática de defesa da saúde pública e da ampliação dos serviços. Vindo da teologia moral, Fabri dos Anjos ofereceu elementos metodológicos para essa bioética social de caráter nacional (ANJOS, 2003; 2006)<sup>20</sup> e, vindo da prática hospitalar, Barchifontaine proporcionou uma estrutura para a militância por justiça na saúde (BARCHIFONTAINE, 2005; 2006). Mas essa bioética social com raízes teológicas de tradição católica também não foi suficiente para criar um amplo debate e ações para uma bioética libertadora dentro e fora da academia. Um trabalho mais recente, publicado pelo teólogo moralista Luiz Antônio Lopes Ricci, tenta reacender essa bioética nacional com forte caráter social no livro *A morte social: mistanásia e bioética*. Ricci, também membro do episcopado brasileiro, surge como uma voz significativa preocupada com as mortes causadas pela relação pobreza, enfermidade e falta de acesso aos serviços de saúde, em contexto acadêmico que ainda é dominado pelas chamadas “questões de fronteira” de aspecto liberal<sup>21</sup>.

Outras publicações brasileiras recentes na área que pode ser chamada de bioética teológica, como definida por Lisa S. Cahill (2005, p. 15-16), não apresentam a centralidade da perspectiva dos pobres a caminho de uma bioética libertadora. Os periódicos *Pistis & Praxis* da PUC-PR e *Horizonte* da PUC-Minas organizaram dossiês sobre Bioética (v. 5, n. 1, 2013) e Religião e

---

<sup>20</sup> O pioneirismo de Márcio F. dos Anjos já aparece antes dos anos 2000 como, por exemplo, seu artigo nos EUA in 1994 com o título “Bioethics in a liberationist key” (ANJOS, 1994, p. 130-147)

<sup>21</sup> Veja, por exemplo, o livro de José Roque Junges, *Bioética: hermenêutica e casuística*. Junges oferece fundamentos importantes para a bioética a partir da ética teológica, mas fica restrito as questões bioéticas de fronteiras, tais como aborto, clonagem e eutanásia. Mesmo o último capítulo, que aborda os “desafios éticos da atenção básica à saúde”, não tem uma perspectiva a partir dos pobres – fundamental para uma bioética libertadora – mas uma análise desses desafios a partir de fundamentos teóricos e hermenêuticos desenvolvidos nos capítulos anteriores (JUNGES, 2006).

Saúde (v. 14, n. 41, 2016) respectivamente<sup>22</sup>. Os artigos que compõem esses dossiês não apresentam uma perspectiva bioética que priorize o aspecto social voltado para a saúde pública a partir da opção preferencial pelos pobres. Isso não diz respeito à qualidade dos textos publicados, mas ao foco e ao modo como abordam questões bioéticas ou de saúde e religião. Em geral, partem de conceitos teóricos do Magistério, dos autores clássicos e de valores espirituais ou humanos sem necessariamente mostrar a implicância desses valores a partir do *locus* dos pobres na sua busca por justiça na saúde e a relação com o sistema público de saúde. Apesar de artigos como o de José Antonio Trasferetti reconhecer a necessidade uma teologia moral que dialogue com a sociedade para enfrentar as estruturas que criam injustiça social e ferem a dignidade humana, seu ponto de partida é a tradição moral católica. Com esse fundamento, ele apresenta sua reflexão sobre questões bioéticas como uma contribuição para recuperar “a responsabilidade e o compromisso social como um valor moral para a qualidade de vida” (TRASFERETTI, 2013, p. 162). Essa base é essencial para a busca de uma bioética libertadora, assim como a proposta de discernimento, a partir de uma espiritualidade de inspiração cristã, frente aos desafios das novas biotecnologias (GASDA, 2013, p. 222-223). No entanto, a busca por uma bioética libertadora exige parceria com os pobres, a fim de que a proposta seja feita a partir da realidade dos empobrecidos, com a inclusão de suas vozes e experiências em contextos precários de condições de vida e acesso aos serviços de saúde.

A conjuntura apresentada anteriormente da relação entre pobreza e enfermidade, assim como a perspectiva de saúde como um direito humano, oferece uma oportunidade para a Igreja apresentar a sua doutrina social como uma proposta que valoriza a dignidade do ser humano, a qual não é promovida dentro da pobreza e com mortes precoces devido à injustiça social e na saúde.

Um grupo de teólogos estadunidenses publicou recentemente uma obra pioneira na qual afirmam que o ensino social católico deve ser integrado à bioética (LYSAUGHT; McCARTHY, 2018, p. 17). E vão além: citando dois teólogos brasileiros, eles afirmam a necessidade de uma bioética em chave de libertação a qual só é possível tendo como referência a opção preferencial pelos pobres, pois essa “perspectiva social católica exige que os bioeticistas

---

<sup>22</sup> Outro texto publicado recentemente, que mostra uma bioética teológica distante do aspecto social de caráter libertador, é o texto de Erico Hammes sobre o transumanismo. O autor está preocupado com as questões éticas decorrentes do desenvolvimento das biotecnologias de melhoramento humano que podem ir além do transumanismo chegando a seres pós-humanos. Ele apresenta uma revisão bibliográfica de algumas publicações sobre transumanismo e pós-humanismo, para posteriormente desenvolver uma reflexão ético-teológica tendo como uma das suas premissas que “o pressuposto teológico de uma consciência ética teológica no contexto de trans- e pós-humano é a consciência de criaturalidade” (HAMMES, 2018, p. 444). A reflexão de Hammes é significativa e necessária para se pensar o desenvolvimento de biotecnologias de melhoramento humano, mas seu *locus* teológico não é a realidade dos pobres e suas preocupações essenciais com a saúde não fazem parte dessa aproximação ético-teológica de desafio bioético.

deixem os hospitais e se juntem aos pobres e marginalizados para partilharem suas vidas e ver a realidade a partir da perspectiva deles” (LYSAUGHT; McCARTHY, 2018, p. 16)<sup>23</sup>. A opção pelos pobres como imperativo ético proposto por Francisco reforça a riqueza que a tradição social católica tem para promover uma bioética libertadora a partir das vidas dos que mais sofrem com a vulnerabilidade a enfermidades e a falta de atenção à saúde.

Sendo assim, a bioética não pode ignorar o clamor que vem dos povos empobrecidos, para permanecer abordando questões bioéticas das elites, esquecendo-se dos problemas da grande população pobre brasileira e latino-americana. Optar pelos pobres é optar pela luta para que todos tenham suas necessidades básicas supridas, um problema sentido pelos pobres e não pelos ricos, pois esses têm e desperdiçam, injustamente e de forma exagerada, enquanto que os pobres morrem devido à carência.

## Conclusão

A opção pelos pobres ensina a bioética a assumir uma solidariedade compartilhada na pobreza e a lutar contra a pobreza, em favor de uma vida simples e sustentável, com o necessário compartilhado por todos, a fim de que todos tenham uma vida digna, sem injustiças e desigualdades, livre dos exageros e do supérfluo. Uma vida sem os apegos ao *ter* material, que reconhece e aceita os limites da natureza e abre-se a uma realidade transcendente. A TdL, juntamente com o ensino social católico, além de dar um caráter social à bioética, oferece também uma dimensão humana incapaz de ser proporcionada pelas ciências duras, limitadas pelos seus métodos materialistas. A teologia faz pensar e propor uma vida a partir da *inter-relacionalidade* com o outro, com a natureza e com o transcendente, criando assim espaço para a esperança e para a utopia. A teologia faz pensar a realização humana num processo contínuo de vida com dignidade na história e para além dela, o que abre à transcendência na busca de sentido para o sofrimento e a morte. Considerando que a religião está na construção da identidade cultural dos nossos povos (ANJOS, 2007, p. 293-309), a teologia pode contribuir para a bioética apresentando, ao mesmo tempo, uma perspectiva libertadora de justiça social e uma reflexão existencial capaz de proporcionar caminhos para uma vida com sentido. Assim, o histórico e o escatológico se inter-relacionam para que a existência seja possível dentro da realização da dignidade temporal e transcendental.

---

<sup>23</sup> Os teólogos brasileiros que citam são: ANJOS, M. F. Bioethics in a Liberationist Key. In: DUBOSE, E. D.; HAMEL, R. P.; O'CONNEL, L. J. (Ed.) *Matter of principles? Ferment in Bioethics*. Valley Forge, PA: Trinity Press International, 1994. p. 130-147; e MARTINS, A. A. Health Justice: a liberation approach to justice in health care. *Health Care Ethics*, Saint Louis, p. 1- 4, junho, 2014.



A busca por uma bioética libertadora é feita a partir dos pobres e com eles engajados nessa busca, tendo a sua realidade como o *locus* do encontro entre o ensino social católico e a saúde pública. É nesse *locus* que os pobres ganham voz e se tornam interlocutores dos teólogos, bioeticistas e profissionais de saúde. A bioética libertadora é uma busca porque não é (e nem poderá ser) algo acabado, mas um movimento dinâmico de encontro e colaboração com os pobres. Dessa forma, ela se torna uma mediadora para essa interlocução, que se pauta no imperativo ético da opção preferencial pelos pobres no mundo da saúde.

### ***Siglas***

CELAM = Conselho Episcopal Latino-americano

CEPAL = Comissão Econômica para a América Latina e Caribe

CMH = Commission on Macroeconomics and Health

CNBB = Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

LS = *Laudato si'*

OMS = Organização Mundial da Saúde

PEC = Proposta de Emenda à Constituição

SUS = Sistema Único de Saúde

TdL = Teologia da Libertação

WHO = World Health Organization

### ***Referências***

AGUIAR, Z. N. (Ed.). *SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percursos, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011.

ANJOS, M. F. Bioethics in a Liberationist Key. In: DUBOSE, E. D.; HAMEL, R. P.; O'CONNEL, L. J. (Ed.). *Matter of principles? Ferment in Bioethics*. Valley Forge, PA: Trinity Press International, 1994. p. 130-147.

ANJOS, M. F. "Bioética em perspectiva de libertação." In: GARRAFA, V; PESSINI, L. (Ed.) *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003. p. 455-465.

ANJOS, M. F. Rumos da liberdade em bioética: uma leitura teológica. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Ed.). *Bioética e longevidade humana*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo Press; Loyola, 2006. p. 129-140.

ANJOS, M. F. Bioética e religião na América Latina. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Ed.). *Bioética na ibero-américa: história e perspectivas*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2007. p. 293-309.

BARCIFICONTAINE, C. P. *Saúde pública é bioética?* São Paulo: Paulus; Centro Universitário São Camilo, 2005.

BARCIFICONTAINE, C. P. *Saúde pública, bioética e Bíblia: sejamos profetas!* São Paulo: Paulus, 2006.

BARCHIFONTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. (Ed.). *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

BASÍLIO DE CESAREIA, Santo. *Homilia sobre Lc 12*. São Paulo: Paulus, 1998.

BOFF, L. *Jesus Cristo libertador: ensaio de cristologia crítica para o nosso tempo*. Petrópolis: Vozes, 2012.

CAHILL, L. S. *Theological bioethics: participation, justice and change*. Washington: Georgetown University Press, 2005.

CONSELHO EPISCOPAL LATINO-AMERICANO. *Documentos do Celam: Rio de Janeiro, Medellín, Puebla e Santo Domingo*. São Paulo: Paulus, 2005.

CONSELHO EPISCOPAL LATINO-AMERICANO. *Texto conclusivo da V Conferência Geral do Episcopado Latino-Americano e do Caribe*. Brasília: CNBB; São Paulo: Paulus, Paulinas, 2017.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E CARIBE. *Panorama Social da América Latina 2017*, 19. Disponível em: <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/ps>>. Acesso em: 06 ago. 2019.

CHAPMAN, A. *Global health, human rights and the challenge of neoliberal policies*. New York: Cambridge University Press, 2016.

COMMISSION ON MACROECONOMICS AND HEALTH – WHO. *Investing in health: a summary of the findings of the commission on macroeconomics and health*. 2001. Available at: <<http://www.who.int/macrohealth/infocentre/advocacy/en/>>. Accessed on: 02 Aug. 2019.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. *Campanha da Fraternidade 2012: fraternidade e saúde pública – texto-base*. Brasília: CNBB, 2011.

CROATTO, J. S. La contribución de la hermenéutica bíblica a la teología de la liberación. *Cuadernos de Teología*, Buenos Aires, v. 6, no. 4, p. 45-69, 1985.

DANIELS, N.; KENNEDY, B.; KAWACHI, I. Health and inequality, or, why justice is good for our Health. In: ANAND, S.; PETER, F.; SEN, A. (Ed.). *Public Health, Ethics, and Equity*. New York: Oxford University Press, 2004. p. 63-91.

FARMER, Paul. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press, 2005.

FRANCISCO, Papa. *Exortação apostólica Evangelii Gaudium*. Disponível em: <[http://w2.vatican.va/content/francesco/pt/apost\\_exhortations/documents/papa-francesco\\_esortazione-ap\\_20131124\\_evangelii-gaudium.html](http://w2.vatican.va/content/francesco/pt/apost_exhortations/documents/papa-francesco_esortazione-ap_20131124_evangelii-gaudium.html)>. Acesso em: 07 ago. 2019.

FRANCISCO, Papa. *Carta encíclica Laudato Si'*. Disponível em: <[http://w2.vatican.va/content/francesco/pt/encyclicals/documents/papa-francesco\\_20150524\\_enciclica-laudato-si.html](http://w2.vatican.va/content/francesco/pt/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html)>. Acesso em: 07 ago. 2019.

GASDA, E. E. Bioética: interpelação à Igreja como comunidade de discernimento. *Pistis & Praxis*, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 207-230, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7213/revistapistispraxis.7681>>. Acesso em: 07 ago. 2019.

GBD 2015 SDG COLLABORATORS. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015, *The Lancet* 338, London, p. 1813-50, set. 2016. Available at: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31467-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31467-2)>. Accessed on: 06 ago. 2019.

- HAMMES, E. Transumanismo e pós-humanismo: uma aproximação ético-teológica. *Perspectiva Teológica*, Belo Horizonte, v. 50, n. 3, 431-452, set./dez. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.20911/21768757v50n3p431/2018>>. Acesso em: 07 ago. 2019.
- HIMES, K. R. Introduction. In: HIMES K. R. *at al.* (Ed.). *Modern catholic social teaching: commentaries and interpretations*. Washington: Georgetown University Press, 2005. p. 1-8.
- JOÃO CRISÓSTOMO, Santo. *Da incompreensibilidade de Deus: da providência de Deus; Carta a Olímpia*. São Paulo: Paulus, 2007.
- JOÃO XXIII, Papa. *Carta encíclica Pacem in Terris*. Disponível em: <[http://w2.vatican.va/content/john-xxiii/pt/encyclicals/documents/hf\\_j-xxiii\\_enc\\_11041963\\_pacem.html](http://w2.vatican.va/content/john-xxiii/pt/encyclicals/documents/hf_j-xxiii_enc_11041963_pacem.html)>. Acesso em: 07 ago. 2019.
- JOÃO PAULO II, Papa. *Carta encíclica Sollicitudo Rei Socialis*. Disponível em: <[http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_30121987\\_sollicitudo-rei-socialis.html](http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_30121987_sollicitudo-rei-socialis.html)>. Acesso em: 02 ago. 2019.
- JUNGES, J. R. *Bioética: hermenêutica e casuística*. São Paulo: Loyola, 2006.
- LYSAUGHT, M. T.; McCARTHY, M. (Ed.). *Catholic bioethics and social justice: the praxis of us health care in a globalized world*. Collegeville: Liturgical Press, 2018.
- MACHADO, C. V. *et al.* Políticas de Saúde no Brasil em Tempos Contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, Sup., 2, p. S143-S161, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00129616>>. Acesso em: 05 ago. 2019
- MARTINS, A. A. *Bioética, saúde e vulnerabilidade: em defesa da dignidade dos mais vulneráveis*. São Paulo: Paulus, 2012.
- MARTINS, A. A. Health Justice: a liberation approach to justice in health care. *Health Care Ethics*, Saint Louis, p. 1-4, junho, 2014.
- MARTINS, A. A.; MARTINI, A. (Ed.). *Teologia e saúde: compaixão e fé em meio a vulnerabilidade humana*. São Paulo: Paulinas, 2012.
- MOSER, A. *Biotecnologia e bioética: para onde vamos?* Petrópolis: Vozes, 2004.
- NUSSBAUM, M. *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge: Harvard University Press, 2011.
- PESSINI, L. *Eutanásia e América Latina: questões ético teológicas*. Aparecida: Santuário, 1990.
- PESSINI, L. *Distanásia: por que abreviar a vida?* São Paulo: Loyola, 2001.
- PESSINI, L. *Eutanásia, por que abreviar a vida?* São Paulo: Loyola e Centro Universitário São Camilo, 2004.
- PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. *Problemas atuais de bioética*. 10.ed. São Paulo: Loyola, 2012.
- PORTO, D.; GARrafa, V.; MARTINS, G. Z.; BARBOSA, S. (Ed.). *Bioética, poderes e injustiças: 10 anos depois*. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. <<http://www2.planalto.gov.br/acervo/constituicao-federal>>. Acesso em: 06 ago. 2019.
- RICCI, L. A. L. *A morte social: mistanásia e bioética*. São Paulo: Paulus, 2017.

SENADO FEDERAL. *PEC que restringe gastos públicos é aprovada e vai a promulgação*, 2016. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/13/pec-que-restringe-gastos-publicos-e-aprovada-e-vai-a-promulgacao>>. Acesso em: 06 ago. 2019.

SEN, A. *Development as freedom*. New York: Anchor Books, 1999.

SIQUEIRA, J. E.; PORTO, D.; FORTES, P. A. C. Linhas temática da bioética no Brasil. In: SIQUEIRA, J. E.; ANJOS, M. F. (Ed.). *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. Aparecida: Ideias e Letras, 2007, p. 161-184.

TRASFERETTI, J. A. Teologia moral, bioética e cultura da morte: desafios para a pastoral. *Pistis & Praxis*, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 147-168, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7213/revistapistispraxis.7678>>. Acesso em: 02 ago. 2019.

UNITED NATIONS. *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. Available at: <<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>>. Accessed on: 06 Aug. 2019.

UNITED NATIONS. *The Universal Declaration of Human Rights*. Available at: <<http://www.un.org/en/documents/udhr/>>. Accessed on: 06 Aug. 2019.

WORLD BANK, The. *World development indicators 2016: featuring the sustainable development goals*. Washington, DC.: The World Bank Press, 2016. Available at: <<http://data.worldbank.org/products/wdi>>. Accessed on: 06 Aug. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization*. Available at: <<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>>. Accessed on: 06 Aug. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health in 2015: from MDGs to SDGs*. Geneva: World Health Organization Press, 2015. Available at: <<http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>>. Accessed on: 06 Aug. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Social Determinants of Health*. Available at: <[http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/)>. Accessed on: 06 Aug. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Statistics 2015*. Geneva: WHO Press, 2015. Available at: <[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2015/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/)>. Accessed on: 06 Aug. 2019.

Artigo submetido em 10.08.2019 e aprovado em 29.11.2019.

**Alexandre Andrade Martins** é Doutor em Ética Teológica e Bioética pela Marquette University, Milwaukee, WI – Estados Unidos (2017), pós-doutor em Democracia e Direitos Humanos pelo *Ius Gentium Conimbrigae* da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Portugal (2019). Professor e pesquisador nas áreas de ética social, bioética e saúde pública global no Departamento de Teologia e na Escola de Enfermagem da Marquette University. Orcid. org/0000-0001-6132-594X. Email: alexandre.martins@marquette.edu

**Endereço:** 1217 W. Wisconsin Ave.  
Milwaukee, WI 53233  
USA