

## A responsabilidade ética das instituições de saúde na governança dos recursos finitos

*The Ethical Responsibility of Healthcare Institutions in the Governance of Finite Resources.*

**Josimário João da Silva**

Professor Associado IV do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7087-5721>

**Ana Carolina Moreira Santos**

Advogada criminalista, mestre em Direito Médico pela UNISA e Presidente da Comissão de Direito aplicado à Saúde da OAB/Pinheiros.

### Sumário

1. Introdução. 2. Trajetória histórica da escassez e da responsabilidade institucional. 3. Bioética no contexto da responsabilidade institucional. 4. Discussão. 5. Considerações Finais. Referências.

### Resumo

A escassez de recursos constitui uma condição estrutural dos sistemas de saúde contemporâneos, intensificada pelo envelhecimento populacional, pela transição epidemiológica, pelo avanço tecnológico e pela ampliação das expectativas sociais em relação à medicina. Nesse contexto, as instituições de saúde assumem responsabilidade central na governança dos recursos finitos, sendo chamadas a responder não apenas pela eficiência administrativa, mas pela legitimidade ética das decisões de alocação. Este artigo analisa a responsabilidade ética institucional a partir de uma trajetória histórica, política, social e filosófica, articulando conceitos de justiça distributiva, bioética clínica e governança ética. Sustenta-se que a gestão de recursos em saúde é um exercício moral inevitável, que exige critérios transparentes, deliberação ética estruturada e compromisso com a dignidade humana e o bem comum.

**Palavras-chave:** Bioética; Justiça distributiva; Governança em saúde.

### Abstract

Resource scarcity constitutes a structural condition of contemporary health systems, intensified by population aging, epidemiological transition, technological advancement, and the expansion of social expectations regarding medicine. In this context, health institutions assume a central responsibility in the governance of finite resources, being called upon to

respond not only for administrative efficiency but also for the ethical legitimacy of allocation decisions. This article analyzes institutional ethical responsibility through a historical, political, social, and philosophical trajectory, articulating concepts of distributive justice, clinical bioethics, and ethical governance. It argues that health resource management is an unavoidable moral exercise that requires transparent criteria, structured ethical deliberation, and a commitment to human dignity and the common good.

**Keywords:** Bioethics; Distributive justice; Health governance.

## 1. Introdução

A gestão de recursos em saúde ocorre sob uma tensão permanente entre necessidades potencialmente ilimitadas e recursos inevitavelmente finitos. Essa tensão não é circunstancial, mas constitutiva dos sistemas de saúde modernos. Entretanto, a forma como as instituições enfrentam essa limitação ultrapassa o campo técnico-administrativo e adquire inequívoca relevância ética e política.

A alocação de recursos em saúde demanda de uma visão integrada, econômica, humana e social, para garantir decisões equilibradas e sustentáveis. Do ponto de vista econômico, prioriza-se a eficiência e a maximização do impacto financeiro, otimizando orçamentos limitados em sistemas públicos ou privados, na perspectiva humana, o foco está no valor intrínseco da vida, reconhecendo a dignidade e as necessidades individuais da população, independentemente de critérios utilitários, e sob o ângulo social, considera-se o bem coletivo, objetivando a equidade e a necessária redução das desigualdades que atingem populações vulneráveis.

Decisões relacionadas à alocação de recursos determinam quem terá acesso a tecnologias, tratamentos e cuidados, em que momento e sob quais condições. Assim, a escassez deixa de ser um dado neutro e passa a exigir justificção moral (Daniels, 2008). Nesse cenário, as instituições de saúde tornam-se agentes éticos coletivos, responsáveis por decisões que impactam diretamente a vida, podendo gerar sofrimento e ferir um princípio fundamental que é a dignidade da pessoa humana.

## 2. Trajetória histórica da escassez e da responsabilidade institucional

A Historicamente, a prática médica sempre esteve associada à escassez, porém, em contextos pré-modernos, as expectativas terapêuticas eram limitadas. Com o desenvolvimento científico e tecnológico do século XX e a consolidação do Estado social, a saúde passou a ser reconhecida como direito, deslocando a responsabilidade do cuidado do âmbito privado para o institucional (Rawls, 1971).

A partir da segunda metade do século XX, especialmente no período pós-Segunda Guerra Mundial, a expansão dos sistemas de saúde coincidiu com o surgimento de tecnologias diagnósticas e terapêuticas de alto custo, alterando profundamente a natureza da

escassez em saúde. Se antes a limitação estava associada à ausência de meios técnicos, passa a estar vinculada à capacidade institucional de financiar, organizar e priorizar o acesso a tecnologias cada vez mais complexas. Nesse contexto, a escassez deixa de ser percebida como fatalidade natural e passa a ser compreendida como resultado de escolhas sociais e institucionais. Callahan (1990) argumenta que a medicina moderna criou expectativas ilimitadas de prolongamento da vida, gerando uma tensão ética permanente entre o que é tecnicamente possível e o que é socialmente sustentável, deslocando para as instituições a responsabilidade moral por definir limites legítimos ao cuidado.

A transição da escassez como “fatalidade natural” para “escolha social” é um marco da modernidade médica. Callahan (1990) sustenta que o desenvolvimento tecnológico é, por um lado, fonte de benefícios extraordinários, mas que, por outro, consome recursos de forma voraz e insustentável.

Se, no passado, a morte era o limite imposto pela biologia, hoje é frequentemente um evento mediado por decisões institucionais sobre até quando investir em suportes avançados de vida. Essa mudança exige que a tomada de decisões conscientes, sustentáveis e éticas pelas organizações de saúde, abandonando-se a ilusão de que a tecnologia pode resolver todos os problemas de saúde e passando, também, a educar a sociedade sobre a necessidade de limites éticos e sustentáveis.

A criação de sistemas públicos e universais de saúde ampliou o acesso, mas também tornou explícita a impossibilidade de ofertar tudo a todos. A partir desse momento, negar ou priorizar cuidados deixou de ser apenas uma contingência administrativa e passou a demandar critérios éticos explícitos. Como afirma Daniels (2008), a justiça em saúde não pode ser avaliada apenas pelos resultados, mas pelos processos de decisão adotados pelas instituições.

Outro ponto ético crítico é o conflito entre o atendimento de demandas individuais e as necessidades coletivas. A judicialização da saúde, muitas vezes focada em tratamentos ou tecnologias de alto custo não incorporadas pelo sistema público pode gerar antinomias entre o direito do indivíduo e da coletividade à promoção de saúde e prevenção de doenças, exigindo uma alocação de recursos ética capaz de não desamparar o indivíduo, mas que também não comprometa a sustentabilidade das ações coletivas de saúde pública (Germani; Aith, 2013).

O fenômeno da judicialização da saúde no Brasil expõe a fragilidade dos critérios de priorização institucional. Quando o Judiciário intervém para garantir tecnologias de alto custo sem evidência de custo-efetividade, frequentemente desconsidera o impacto orçamentário sobre as políticas de promoção de saúde e prevenção de doenças que atendem à coletividade. A responsabilidade ética institucional, portanto, envolve a criação de argumentos técnicos e morais robustos que possam subsidiar decisões judiciais, demonstrando que a defesa da equidade exige uma alocação que não desampare o indivíduo, mas que também não comprometa a sobrevivência financeira do sistema público ou privado.

As instituições de saúde exercem poder decisório significativo, ao definir políticas de incorporação tecnológica, critérios de acesso e prioridades assistenciais. Tais decisões possuem natureza política, pois envolvem escolhas coletivas sobre a distribuição de bens socialmente valorizados (Sen, 1999).

Nesse sentido, a governança ética dos recursos exige mecanismos de legitimidade democrática, transparência e possibilidade de revisão. Daniels (2008) propõe o modelo da *accountability for reasonableness*, segundo o qual decisões são eticamente aceitáveis quando baseadas em razões públicas, relevantes e passíveis de contestação. Instituições que operam sem critérios explícitos ou sem espaços deliberativos tendem a reproduzir desigualdades e gerar desconfiança social.

Para que o modelo de Daniels (2008) seja efetivo, as instituições devem transformar a transparência em uma prática cotidiana. A *accountability for reasonableness* exige que os critérios de priorização sejam publicamente acessíveis e baseados em razões que cidadãos e profissionais considerem relevantes para atender às necessidades de saúde. Isso implica que a governança não pode ser exercida a portas fechadas, mas deve abrir canais de transparência para a revisão sistemática de decisões e para contestação fundamentada, permitindo que a política de alocação de recursos evolua de acordo com novas evidências científicas e mudanças nos valores sociais.

A escassez de recursos afeta de maneira desigual diferentes grupos sociais. Populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica, menor escolaridade ou menor capacidade de reivindicação tendem a sofrer mais intensamente os efeitos das restrições (SEN, 1999). Dessa forma, tratar igualmente os desiguais pode aprofundar injustiças.

A responsabilidade ética institucional implica reconhecer essas assimetrias e adotar políticas de equidade, orientadas pelas necessidades reais e pelo contexto de vida dos pacientes. Rawls (1971) sustenta que arranjos justos são aqueles que beneficiam prioritariamente os menos favorecidos. No campo da saúde, isso se traduz na obrigação moral de priorizar grupos vulneráveis, sem comprometer a sustentabilidade do sistema.

A aplicação da justiça distributiva de Rawls (1971) no ambiente hospitalar exige o exercício do “véu da ignorância” por parte dos gestores. Ao desenhar critérios de acesso a leitos ou medicamentos, o decisor deve se perguntar se aceitaria tais regras independentemente da posição social que ocupasse no sistema.

Contudo, a crítica de Amartya Sen (1999) alerta que a igualdade de recursos pode não resultar em igualdade de saúde se não considerarmos as capacidades individuais. Uma instituição ética deve, assim, prover recursos adicionais para aqueles que, devido a vulnerabilidades sociais ou biológicas, necessitam de maior suporte para alcançar o mesmo nível de bem-estar que os demais.

Pode-se dizer que o argumento central de Sen (1999) para a alocação de recursos deve ser a defesa da equidade em saúde. Eticamente, a distribuição de recursos não pode ser apenas igualitária, mas voltar-se à isonomia legal como forma de garantia do acesso universal, conforme preconiza o artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

Embora a eficiência seja um valor relevante na gestão em saúde, ela não pode constituir o único critério ético. Abordagens estritamente utilitaristas, centradas na maximização de benefícios agregados, correm o risco de negligenciar direitos individuais e a dignidade humana (Beauchamp; Childress, 2019).

Hans Jonas (2006) contribui decisivamente ao formular o princípio da responsabilidade, segundo o qual quanto maior o poder de intervenção, maior a obrigação moral de prevenir e evitar danos. Instituições de saúde, ao administrarem recursos que condicionam

possibilidades de vida e morte, assumem responsabilidade ética ampliada. Essa responsabilidade exige prudência, proporcionalidade e compromisso com as gerações presentes e futuras.

O “imperativo da responsabilidade” de Hans Jonas (2006) introduz a necessidade de uma prudência prospectiva na gestão em saúde. Diante do imenso poder das intervenções tecnológicas, a instituição assume a obrigação de prever impactos a longo prazo, não apenas para o paciente atual, mas para a sustentabilidade do ecossistema de saúde. Isso se traduz na adoção de uma “heurística do temor”, onde, em situações de incerteza sobre benefícios e danos de uma nova tecnologia caríssima, a prudência e a proteção da vida em sua integridade devem prevalecer sobre a aposta tecnológica incerta.

### **3. Bioética no contexto da responsabilidade institucional**

A bioética oferece instrumentos metodológicos para lidar com conflitos morais decorrentes da escassez ou da limitação de recursos. A deliberação ética, conforme proposta por Gracia (2001), permite ponderar princípios, valores e circunstâncias concretas, evitando decisões arbitrárias ou puramente tecnocráticas.

Consolidou-se, nas últimas décadas, como um campo indispensável para a compreensão e a condução dos dilemas morais que emergem da prática assistencial contemporânea. No entanto, diante da complexidade crescente dos sistemas de saúde, torna-se insuficiente compreendê-la apenas como um instrumento de apoio à decisão individual do profissional. A bioética clínica, hoje, deve ser reconhecida como parte constitutiva da responsabilidade institucional e da governança clínica, uma vez que as decisões éticas são, cada vez mais, mediadas por estruturas organizacionais, políticas de alocação de recursos, protocolos assistenciais e diretrizes institucionais.

A responsabilidade ética das instituições de saúde decorre do reconhecimento de que elas não são meros cenários neutros onde decisões clínicas ocorrem, mas agentes morais coletivos, capazes de influenciar, orientar e limitar escolhas profissionais (DANIELS, 2008). Nesse sentido, hospitais e serviços de saúde assumem corresponsabilidade pelas consequências éticas das decisões tomadas em seu interior, especialmente quando envolvem conflitos de valores, limitação terapêutica, priorização de recursos, segurança do paciente e proteção de populações vulneráveis.

Historicamente, a ampliação da responsabilidade institucional acompanha a transformação da medicina em prática socialmente organizada. Com o advento do Estado social e a afirmação da saúde como direito, as decisões clínicas passaram a ser atravessadas por princípios de justiça distributiva, equidade e racionalidade pública (Rawls, 2008). A impossibilidade estrutural de ofertar tudo a todos tornou explícito que escolher, priorizar e limitar são atos inevitavelmente morais, que não podem ser delegados exclusivamente à consciência individual do profissional.

Nesse contexto, a bioética clínica assume papel estratégico na governança institucional ao oferecer métodos de deliberação capazes de articular valores, princípios e circunstâncias concretas. A deliberação ética, conforme proposta por Gracia (2011), não busca

respostas automáticas, mas decisões prudentes, justificáveis e transparentes, construídas a partir da ponderação entre autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Quando incorporada à gestão institucional, essa abordagem fortalece a legitimidade das decisões e reduz a arbitrariedade percebida por profissionais, pacientes e familiares.

O método deliberativo proposto por Gracia (2011) afasta a governança da frieza dos algoritmos e a aproxima da sabedoria prática. A deliberação ética nas instituições exige um processo estruturado que começa com a análise rigorosa dos fatos clínicos, passa pela identificação dos valores em conflito (como a tensão entre autonomia e justiça) e culmina na escolha do curso de ação que melhor protege os princípios envolvidos. Este processo transforma a tomada de decisão em um exercício de diálogo interdisciplinar, onde a voz do médico, do enfermeiro, do gestor, do bioeticista e do advogado se somam para encontrar soluções prudentes e moralmente defensáveis.

Do ponto de vista gerencial, a integração da bioética clínica à governança permite enfrentar um dos principais desafios das organizações de saúde, a tensão permanente entre eficiência, qualidade e valores morais. A pressão por produtividade, controle de custos e cumprimento de metas pode induzir práticas defensivas, tecnocráticas ou desumanizantes, caso não seja contrabalançada por uma reflexão ética estruturada (Callahan, 2009). Instituições que negligenciam essa dimensão tendem a produzir sofrimento moral nas equipes, judicialização crescente e erosão da confiança social.

A noção de sofrimento moral, amplamente discutida por Rushton (2018), evidencia que profissionais frequentemente reconhecem a conduta eticamente mais adequada, mas sentem-se impedidos de realizá-la por barreiras institucionais, normativas ou hierárquicas. Nesses casos, a ausência de espaços formais de deliberação ética transforma dilemas complexos em conflitos silenciosos, com impacto direto na saúde mental das equipes e na qualidade do cuidado. A responsabilidade institucional, portanto, inclui criar estruturas que protejam o profissional contra decisões solitárias e moralmente insustentáveis.

O sofrimento moral se constitui em sinal de alerta sobre falhas na cultura ética organizacional. Quando profissionais sentem que a eficiência econômica está sendo priorizada em detrimento da segurança ou dignidade do paciente, sua integridade profissional é ferida. A instituição deve, portanto, promover a “resiliência moral” por meio de espaços de escuta e suporte ético, garantindo que o profissional não se sinta solitário diante das “escolhas trágicas” impostas pela escassez. Uma gestão que ignora o sofrimento moral de sua equipe arrisca a degradação da qualidade do cuidado e o aumento do erro clínico.

A bioética clínica também desempenha papel central na promoção da justiça organizacional. Decisões sobre acesso a leitos, tecnologias de alto custo, indicação de cuidados paliativos ou limitação de suporte avançado não podem ser percebidas como decisões individuais arbitrárias, mas como escolhas institucionalmente pactuadas, baseadas em critérios explícitos e processos justos (Daniels; Sabin, 2002). A transparência procedimental é, nesse sentido, tão importante quanto o resultado final da decisão.

Sob uma perspectiva filosófica, essa abordagem dialoga com a ética da responsabilidade, formulada por Weber (2004), segundo a qual agir moralmente implica considerar as consequências das decisões no mundo real, e não apenas a pureza das intenções. Instituições de saúde eticamente maduras reconhecem que decidir bem envolve assumir limites, riscos e impactos sociais, sustentando escolhas difíceis com clareza moral e compromisso

público.

Além disso, a bioética clínica incorporada à instituição contribui para a humanização do cuidado ao reconhecer que decisões técnicas carregam significados existenciais profundos para pacientes e famílias. Limitar tratamentos, redefinir objetivos terapêuticos ou priorizar conforto em detrimento da intervenção máxima são decisões que tocam a identidade, os valores e a finitude humana (Pessini; Barchifontaine, 2014). Uma governança clínica eticamente orientada não elimina o sofrimento inerente a essas decisões, mas evita que ele seja agravado por comunicação inadequada, autoritarismo ou abandono moral.

O reconhecimento da finitude, conforme Pessini e Barchifontaine (2014), exige que as instituições integrem os cuidados paliativos à sua estrutura de governança. A obsessão pela cura a qualquer custo, muitas vezes impulsionada por uma visão tecnocrática da medicina, pode resultar em distanásia e desperdício de recursos que seriam melhor aplicados no conforto e na dignidade no processo de morte. Decidir limitar um suporte avançado não deve ser visto como um fracasso administrativo ou clínico, mas como um ato de responsabilidade ética que respeita a biografia do paciente e a proporcionalidade terapêutica.

Fortalecer a bioética clínica no âmbito da responsabilidade institucional não é apenas uma exigência normativa ou acadêmica, mas uma estratégia essencial de governança clínica. Ao integrar deliberação ética, gestão responsável e cuidado centrado na pessoa, as instituições de saúde constroem decisões mais justas, sustentáveis e moralmente defensáveis. Nesse movimento, a bioética deixa de ser um discurso periférico e se afirma como eixo estruturante da legitimidade institucional, da proteção dos profissionais e da dignidade dos pacientes em contextos de alta complexidade.

A institucionalização de Comitês de Bioética Clínica constitui expressão concreta da responsabilidade ética das organizações de saúde. Esses espaços protegem pacientes, famílias e profissionais, reduzem sofrimento moral e conferem legitimidade às decisões difíceis (Pellegrino; Thomasma, 1988). Assim, a governança ética não se limita a normas, mas exige estruturas permanentes de reflexão e diálogo.

#### **4. Discussão**

A análise da escassez de recursos em saúde, conforme apresentada, evidencia que esse fenômeno não pode ser compreendido como um mero problema técnico ou administrativo, mas como um eixo estruturante das decisões morais que atravessam os sistemas de saúde contemporâneos. Os autores mobilizados no texto convergem ao reconhecer que a limitação de recursos é constitutiva da prática em saúde, mas divergem quanto aos fundamentos normativos e às estratégias mais adequadas para sua gestão ética.

Rawls (1971; 2008) oferece uma base normativa robusta ao sustentar que instituições justas são aquelas organizadas de modo a beneficiar prioritariamente os menos favorecidos. Sua teoria da justiça fornece um critério moral claro para a governança dos recursos, deslocando o foco da eficiência pura para a equidade. No entanto, como aponta Sen (1999), a aplicação rígida de princípios abstratos pode ser insuficiente para captar as múltiplas dimensões das desigualdades reais. Ao introduzir a abordagem das capacidades, Sen

(1999) amplia o debate ao enfatizar que justiça em saúde não se reduz à distribuição formal de recursos, mas à ampliação efetiva das possibilidades de viver com dignidade. Nesse sentido, a escassez não deve ser enfrentada apenas por critérios distributivos universais, mas por avaliações contextuais sensíveis às vulnerabilidades sociais.

Daniels (2008), dialogando diretamente com Rawls (2008), aprofunda essa discussão ao deslocar o debate da justiça dos resultados para a justiça dos processos. Seu modelo de *accountability for reasonableness* representa uma inflexão decisiva ao reconhecer que, diante de desacordos morais razoáveis, a legitimidade das decisões institucionais depende da transparência, da relevância pública das razões apresentadas e da possibilidade de revisão. Essa proposta dialoga de modo fecundo com a bioética clínica deliberativa de Gracia (2001; 2011), ao afirmar que não existem soluções morais automáticas para a escassez, mas decisões prudentes construídas por meio do diálogo argumentativo.

Callahan (1990; 2009), por sua vez, introduz uma crítica incisiva ao imaginário da medicina moderna, ao denunciar a expansão ilimitada das expectativas terapêuticas. Sua contribuição tensiona abordagens excessivamente tecnicistas e utilitaristas, ao afirmar que a ausência de limites explícitos produz não apenas insustentabilidade econômica, mas também injustiça moral. Ao deslocar para as instituições a responsabilidade por definir limites legítimos ao cuidado, Callahan converge com Jonas (2006), para quem o aumento do poder tecnológico impõe uma ampliação proporcional da responsabilidade ética. Ambos alertam que não decidir, ou decidir de forma implícita e silenciosa, constitui uma forma de irresponsabilidade moral.

No campo da bioética clínica, Beauchamp e Childress (2019) oferecem um arcabouço principialista amplamente difundido, que continua relevante para orientar decisões individuais e institucionais. Contudo, a aplicação isolada de princípios como beneficência ou justiça pode gerar conflitos insolúveis se descontextualizada das condições organizacionais reais. É nesse ponto que a proposta deliberativa de Gracia se mostra particularmente fecunda, ao reconhecer que os princípios não hierarquizam automaticamente as decisões, mas precisam ser ponderados à luz das circunstâncias, dos valores em jogo e das consequências previsíveis.

A contribuição de Rushton (2018) introduz uma dimensão frequentemente negligenciada nos debates sobre escassez, o sofrimento moral dos profissionais. Sua análise evidencia que a ausência de estruturas institucionais de apoio ético transforma a escassez em fonte de desgaste psíquico, culpa e desengajamento. Essa perspectiva tensiona modelos de governança que concentram decisões em instâncias hierárquicas sem oferecer espaços de deliberação compartilhada, reforçando a ideia de que a responsabilidade institucional inclui a proteção moral das equipes.

Pellegrino e Thomasma (1988) acrescentam uma dimensão fundamental ao debate ao reafirmarem a centralidade da dignidade da pessoa humana na prática clínica. Para esses autores, decisões institucionais que negligenciam a singularidade do paciente correm o risco de transformar a justiça distributiva em mera racionalidade instrumental. Essa crítica encontra ressonância em Pessini e Barchifontaine (2014), que enfatizam que decisões sobre limitação terapêutica e cuidados paliativos não podem ser avaliadas apenas por critérios de custo-benefício, mas exigem sensibilidade ética, comunicação qualificada e reconhecimento da finitude.

A ética da responsabilidade de Weber (2004) oferece um horizonte interpretativo capaz de integrar essas contribuições. Ao afirmar que agir eticamente implica assumir as consequências das decisões no mundo real, Weber fornece uma chave de leitura para compreender a governança clínica como prática moral situada. Instituições de saúde, ao tomarem decisões sob escassez, não podem refugiar-se nem na neutralidade técnica nem na pureza das intenções, mas devem sustentar publicamente suas escolhas, reconhecendo seus limites e impactos.

Dessa forma, a discussão entre os autores revela uma convergência fundamental, a escassez em saúde é inevitável, mas a injustiça não é. A bioética, quando integrada à responsabilidade institucional, oferece os instrumentos conceituais e metodológicos necessários para transformar decisões difíceis em processos moralmente legítimos. A institucionalização de Comitês de Bioética Clínica emerge, assim, não como solução definitiva, mas como espaço indispensável de mediação, proteção e aprendizado ético contínuo, capaz de alinhar governança, cuidado e dignidade humana em contextos de alta complexidade. .

## 5. Considerações finais

A Organização Mundial de Saúde, desde sua Constituição de 1946 reconhece a saúde como direito humano universal, definindo-a como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”<sup>1</sup>. Em 1986, a Carta de Ottawa acrescenta que “saúde deve ser vista como um recurso para a vida cotidiana, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza recursos sociais e pessoais, bem como capacidades físicas”<sup>2</sup>.

Neste contexto, a proteção da saúde como direito demandam atuação de todos os sujeitos envolvidos no processo saúde-doença-cuidado, incluindo usuários do sistema de saúde, profissionais da saúde, gestores e representantes de múltiplos setores envolvidos com seu conceito contemporâneo (Germani; Aith, 2013).

A governança ética dos recursos finitos deve estar alinhada à promoção da saúde como um recurso para a vida, conforme traduzido pela Carta de Ottawa. Isso significa que a instituição não deve apenas gerenciar a doença, mas atuar como um agente de transformação social que promove a equidade e a autonomia dos sujeitos. A responsabilidade institucional transcende as paredes do hospital, conectando-se à rede de proteção social e aos direitos fundamentais garantidos pela Constituição de 1988.

Para além, a atuação ética deve considerar o contexto histórico atual da evolução científico-tecnológica e a responsabilidade financeira, sem descuidar da promoção de saúde individual e coletiva e a dignidade humana para além da biomedicina, compreendendo o ser humano como uma complexidade de fatores biológicos, socioculturais, afetivos e emocionais.

A governança dos recursos finitos em saúde representa um dos maiores desafios éticos contemporâneos. As instituições de saúde não podem tratar a escassez como um problema exclusivamente técnico ou inevitável, pois administrar recursos significa administrar possibilidades de cuidado, sofrimento e dignidade.

Uma instituição eticamente responsável reconhece limites, explicita critérios, promove deliberação ética e protege os mais vulneráveis. A ética, nesse contexto, não é acessória à gestão, mas seu fundamento normativo. Somente por meio de uma governança eticamente orientada será possível enfrentar a escassez de forma justa, transparente e socialmente legítima.

## Referências

- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 8. ed. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- CALLAHAN, D. **What kind of life: the limits of medical progress**. Washington, DC: Georgetown University Press, 1990.
- CALLAHAN, D. **Taming the beloved beast: how medical technology costs are destroying our health care system**. Princeton: Princeton University Press, 2009.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Novembro de 1986. disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf), acesso em 22/01/2026.
- DANIELS, N. **Just health: meeting health needs fairly**. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
- DANIELS, N.; SABIN, J. **Setting limits fairly: learning to share resources for health**. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- GERMANI, A. C. C. G.; AITH, F. Advocacia em promoção da saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 34-59, mar./jun. 2013.
- GRACIA, D. **Procedimientos de decisión en ética clínica**. Madrid: Triacastela, 2001.
- GRACIA, D. **La deliberación moral: el método de la ética clínica**. Madrid: Triacastela, 2011.
- JONAS, H. **O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica**. Rio de Janeiro: Contraponto; Editora PUC-Rio, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição de 1946**, disponível em <https://www.who.int/about/governance/constitution>, acesso em 22/01/2026.
- PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. **For the patient's good: the restoration of beneficence in health care**. New York: Oxford University Press, 1988.
- PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. **Problemas atuais de bioética**. 10. ed. São Paulo: Loyola, 2014.
- RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- SEN, A. **Development as freedom**. New York: Alfred A. Knopf, 1999.
- WEBER, M. **A política como vocação**. São Paulo: Cultrix, 2004.

RUSHTON, C. H. **Moral resilience: transforming moral suffering in healthcare.**  
Oxford: Oxford University Press, 2018.