



ARTIGO DE REFLEXÃO

EQUIDADE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE SEGUNDO O PRINCÍPIO BIOÉTICO DA JUSTIÇA

HEALTH CARE EQUITY IN BRAZIL: AN ANALYSIS ACCORDING TO THE JUSTICE BIOETHICAL PRINCIPLE

LA EQUIDAD Y LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN BRASIL: UN ANÁLISIS DE ACUERDO CON EL PRINCIPIO BIOÉTICO DE JUSTICIA

Juliana Dias Reis Pessalacia¹, Valéria Conceição Oliveira², Eliete Albano de Azevedo Guimarães³

RESUMO

O desafio da gestão de serviços públicos de saúde consiste em colocar as questões da assistência em saúde nas perspectivas de necessidade da população, pautadas nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e em princípios éticos, considerando-se os recursos disponíveis como um bem coletivo a ser usado eficientemente e com equidade. Trata-se de uma reflexão teórica acerca das questões bioéticas envolvidas na conquista da saúde e no direito à assistência à saúde no Brasil, com ênfase na questão da equidade. As discussões sobre equidade foram realizadas utilizando-se como referencial teórico as teorias da justiça e o Princípio da Justiça proposto por Tom Beauchamp e James Childress no livro Princípios de Ética Biomédica. A discussão acerca da aplicação concreta do Princípio da Justiça às políticas públicas de saúde no Brasil torna-se relevante à medida que possibilita a ampliação do campo de reflexão a todos os envolvidos: profissionais, conselhos, comissões, códigos, organizações governamentais e não governamentais, o Estado e, enfim, toda a população. As desigualdades podem ser minimizadas por meio de políticas e medidas práticas fundamentadas na equidade e na responsabilidade social. Uma política pública justa traduz a redução das desigualdades sociais. **Descritores:** Bioética; Ética baseada em princípios; Assistência à saúde; Equidade em saúde; Justiça; Sistema único de saúde.

ABSTRACT

The challenge of managing public health services consists of making health care questions suitable for the population's needs, guided in the principles of Unified Health System (SUS) and ethics, considering the resources available as a collective property to be used efficiently and equitably. So this article presents a theoretical study about the bioethical issues involved in accessing health and the right to health care in Brazil, with emphasis on the question of fairness. Discussions on equity were made based on theories of justice and the Principle of Justice proposed by Tom Beauchamp and James Childress. The discussion about the practical application of the Principle of Justice to public health policies in Brazil becomes relevant as it enables the expansion of the scope of the discussion to all involved: professionals, councils, committees, codes, governmental and non-governmental organizations, the State and ultimately the whole population. Inequalities can be minimized by policies and practices based on equity and social responsibility. A fair public policy reflects the reduction of social inequalities. **Descriptors:** Bioethics; Principle-based ethics; Health care; Equity in health; Justice; Public health system.

RESUMEN

El desafío de la gestión de los servicios de salud pública consiste en direccionar cuestiones sobre la asistencia de la salud adecuadas a las necesidades de la población, guiados en los principios del Sistema Único de Salud (SUS) y de la ética, teniendo en cuenta los recursos disponibles como una propiedad colectiva a ser utilizada de forma eficiente y equitativa. Así que este artículo se presenta un ensayo teórico acerca de los problemas bioéticos implicados en el acceso a la salud y el derecho a la asistencia sanitaria en el Brasil, con énfasis en la cuestión de la equidad. Los debates sobre el capital se realizaron mediante las teorías de la justicia y el Principio de Justicia propuesto por Tom Beauchamp y Childress James. La discusión sobre la aplicación práctica del principio bioético de justicia para las políticas de salud pública en Brasil se vuelve relevante ya que permite la expansión del alcance de la discusión a todos los implicados: profesionales, consejos, comités, códigos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, Estado y en última instancia, toda la población. Las desigualdades pueden ser minimizadas mediante políticas y medidas prácticas basadas en la equidad y responsabilidad social. Una política pública razonable refleja la reducción de las desigualdades sociales. **Descriptor:** Bioética; Ética basada en principios; Prestación de atención de salud; Equidad en salud; Justicia; Sistema único de salud.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem USP/RP, Mestre em Enfermagem USP/RP, professor adjunto do curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João del Rei/MG. ²Enfermeira Doutoranda em Enfermagem USP/RP, Mestre em Enfermagem UFMG, professora assistente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João del Rei/MG. ³Enfermeira Doutoranda em Ciências da Saúde CPqRR/FIOCRUZ, Mestre em Enfermagem UFMG, professor assistente da Universidade Federal de São João del Rei/MG.

INTRODUÇÃO

No Brasil, são comuns situações que contrastam, sobremaneira, injustiça social e direito individual. No campo da saúde, direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade⁽¹⁾.

As concepções de saúde como direito de cidadania implica considerá-la em sua positividade, muito além, portanto, de suas consequências imediatas, indicadas negativamente, como doença, sequela ou morte - saúde como resultado de um processo de produção social, historicamente construída e das vivências próprias de cada pessoa. Expressa, também, representações das instituições e do modo de organização da sociedade⁽²⁻³⁾.

Organização essa marcada por conquistas e decisões políticas importantes que vão se tornando marco histórico das mudanças instituídas na sociedade brasileira. A Constituição Federal de 1988 não só reconheceu a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado, mas também aprovou a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, o qual se fundamentou nos princípios da universalidade, da equidade, da integralidade e se organizou de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação comunitária, ampliando as perspectivas de mudanças no modelo assistencial de saúde. A garantia de acesso ao atendimento à saúde tornou-se obrigatória e gratuita a toda a população brasileira⁽⁴⁻⁵⁾.

Portanto, o desafio da gestão de serviços públicos de saúde consiste em colocar as questões da assistência em saúde

nas perspectivas das intenções de necessidade da população, de acessibilidade e de satisfação do usuário do sistema público pautadas nos princípios doutrinários do SUS e em princípios éticos que privilegie o bem-estar dos usuários e da comunidade e que considere os recursos disponíveis como um bem coletivo a ser usado eficientemente e com equidade⁽⁶⁾.

Esse novo paradigma organizacional vem evoluindo segundo alguns movimentos que se interagem e contradizem dentro dos espaços coletivos, destacando-se o movimento da centralização para a descentralização; da decisão institucional para a decisão colegiada baseada na administração de conflitos e na formação de consensos; da prestação de serviços para a regulação; do planejamento normativo para o planejamento estratégico; do controle e avaliação de processos para o controle de resultados e qualidade da atenção; do controle burocrático para o controle social; da estrutura rígida para a estrutura adaptativa; da rigidez dos modelos da administração para a autonomia de gestão e cogestão participativa; do modelo dual de atenção médica e programas de saúde pública para uma organização orientada por problemas e organizada em uma base territorial; do insulamento institucional para as parcerias com diferentes atores governamentais; da focalização intestinal para a focalização no cidadão-cliente que passa a ser sujeito da instituição⁽²⁾.

Não obstante, esse movimento contraditório se traduz em desafio para o gestor público, pois sua atribuição perpassa os campos da saúde e da política, com inúmeras e variadas demandas e interesses, tanto de cunho coletivo quanto individual. Tal desafio, frequente no gerenciamento do bem público, necessita de suporte de bases éticas para amparar as decisões no campo da saúde, capazes de fazer frente às

dificuldades daqueles mais frágeis, nos aspectos sociais, econômicos e biológicos.

A Bioética se apresenta como alicerce que, além de reconhecer no campo da saúde conflitos de valores e interesses, participa expondo, discutindo e também solucionando algumas dificuldades.

Podemos considerar que a bioética nasceu nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 70. O termo é um neologismo e que foi inventado pelo oncologista Van Rensselaer Potter, sendo citado primordialmente em suas obras: *Bioethics: the science of survival* (1970) e em *Bioethics: bridge to the future* (1971). A preocupação inicial do autor era chamar a atenção para a relação destrutiva e devastadora que o homem vem estabelecendo com a natureza. Diante de tal situação, para Potter, a relação intuitiva que o homem sempre manteve com a natureza deveria ser substituída por uma relação ética (valorativa e normativa); essa nova postura, a qual Potter denominou "bioética", teria como base a biologia e se constituiria em uma nova ética científica que tem por objetivo garantir a sobrevivência humana e a qualidade de vida. O termo Bioética, normalmente entendido por ética da vida, é compreendido a partir das raízes etimológicas de "ética", referindo-se a costumes, conduta humana no sentido de envolver a vida em geral, desde o ser humano até o ecossistema do qual fazem parte⁽⁷⁾ (Ribeiro, 2002). Considera-se ainda a bioética como uma parte da ética que é relativa aos problemas colocados pelo progresso das ciências biomédicas⁽⁸⁾.

O modelo principialista é, portanto, um paradigma de origem americana, tributário do Relatório Belmont, divulgado em 1978, e das ideias de Beauchamp e Childress, contidas na obra *Principles of Biomedical Ethics*, editada pela primeira vez, em 1979. Um ano após a publicação do Relatório Belmont, Beauchamp (que fez parte da

comissão) e Childress lançaram a citada obra cujo enfoque são os princípios morais que, segundo os autores, deveriam ser aplicados na área biomédica. Nessa obra, estão descritos os princípios do respeito à Autonomia, Justiça, Beneficência e da Não-maleficência⁽⁹⁾.

Nas últimas décadas, a Bioética tem apresentado fortes discussões sobre temas como a microalocação de recursos escassos em saúde, procurando compreender os princípios e valores morais envolvidos na questão, a fim de proporcionar o bem-estar na vida para os indivíduos e a coletividade. A microalocação de recursos se refere à seleção individualizada de candidatos a limitados recursos, não suficientes para o atendimento de todas as pessoas⁽¹⁰⁾. Tal questão nos remete ao princípio da Justiça, o qual é interpretado como um tratamento justo, equitativo e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido às pessoas, "alguém que tem uma reivindicação válida baseada na justiça tem um direito, e, portanto, algo lhe é devido"⁽¹¹⁾.

No entanto, o conceito de Equidade em saúde tem sido compreendido na perspectiva de aceitação da diferença entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias. Nesse sentido, uma ação guiada pela equidade deve considerar as diferentes necessidades dos sujeitos, podendo ser entendida como proporcionar a cada um conforme suas necessidades⁽¹²⁾.

Assim, a efetivação do princípio da justiça se relaciona com uma diversidade de interpretações, envolvendo dentre elas a questão da equidade, além dos princípios da liberdade, da utilidade social e da eficiência, os quais, em situações concretas, podem vir a conformar alternativas contrapostas. No entanto, considera-se o conceito de equidade como sendo o mais importante para orientar as políticas de saúde, visto que, foi vislumbrado na Declaração de Alma Ata⁽¹³⁾.

Sendo assim, este artigo tem como objetivo realizar uma reflexão teórica acerca das questões bioéticas envolvidas na conquista à saúde e no direito à assistência à saúde no Brasil, através do SUS, com ênfase na questão da equidade.

O presente ensaio teórico torna-se relevante à medida que poderá servir como subsídio para a reflexão ética e política de gestores do SUS e para a elaboração de políticas públicas mais efetivas que considerem as questões envolvendo justiça e equidade em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio teórico acerca das questões bioéticas envolvidas na conquista da saúde e no direito à assistência à saúde no Brasil, com ênfase na questão da equidade.

As discussões sobre equidade serão realizadas utilizando-se como referencial teórico as teorias da justiça descritas a partir do Princípio da Justiça proposto por Tom Beauchamp e James Childress⁽¹¹⁾ em seu livro Princípios de Ética Biomédica.

Para se discutir a questão da equidade no SUS a partir das teorias da justiça dispostas no Princípio da Justiça, cabe considerar as questões históricas ligadas ao advento da Bioética no Brasil e no mundo. Tal apresentação torna-se relevante, considerando-se que o próprio Modelo Principlista proposto por Tom Beauchamp e James Childress⁽¹¹⁾ apresenta uma relação com tais aspectos históricos.

Beauchamp e Childress⁽¹¹⁾ procuraram construir um modelo de ação que pudesse evitar o dilema ético entre uma imposição deontológica (na qual a normativa é intrínseca ao imperativo moral) e o consequencialismo (em que a normativa depende da consequência), este modelo ficou

conhecido como Principlismo ou a Teoria dos quatro princípios em bioética⁽¹⁴⁾.

Segundo Beauchamp e Childress⁽¹¹⁾, o Principlismo se insere como tipo de ética da moralidade comum. Em sua obra, defendem quatro agrupamentos desse tipo de princípios que consideram centrais para a ética biomédica: o respeito à autonomia (uma norma de respeito à capacidade de tomar decisão das pessoas autônomas); a não maleficência (uma norma de evitar ou causar danos); a beneficência (um grupo de normas que visa prover benefícios e ponderar benefícios, riscos e custos) e a justiça (um grupo de normas para a distribuição equitativa de benefícios, riscos e custos).

Não se deve esquecer que os princípios, como tais, não podem indicar quando nem como se aplicam. São de um nível intermediário, isto é, encontram-se entre as grandes generalizações filosóficas e as regras de conduta, de modo que sua interpretação e sua aplicabilidade dependem de fatores que não se acham neles mesmos. A vantagem que oferecem é uniformizar as bases a partir das quais se analisam casos concretos. Não obstante, sua análise é conveniente por constituir um considerável avanço em aproximar a discussão filosófica das situações concretas⁽¹⁵⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Equidade e Justiça: conceitos e definições

De acordo com Beauchamp e Childress⁽¹¹⁾ (2002), os termos equidade e merecimento (o que é merecido) foram empregados por vários filósofos na tentativa de explicar o que é justiça. Destacam ainda que todas as concepções interpretem a justiça como um tratamento justo, equitativo e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido à pessoa. Também definem que o termo “justiça distributiva”,

de uma forma ampla, refere-se à distribuição de todos os direitos e responsabilidades na sociedade, incluindo, os direitos civis e políticos. Ainda segundo os autores, os problemas da justiça distributiva aparecem em condições de escassez e de competição.

A noção de equidade está estreitamente vinculada à ideia de igualdade, e encontramos na literatura sua definição relacionada às diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de consideradas injustas e, portanto, passíveis de intervenção por meio das políticas dos diversos setores, inclusive o de saúde⁽¹⁶⁾.

Podemos definir de uma forma simples, o termo “igualdade” como um estado do indivíduo e uma relação geral, desejável, entre indivíduos em sociedade. No que se refere ao significado descritivo do termo, a dificuldade está na sua indeterminação, pois é preciso especificar com que entes estão tratando e em relação a que são iguais. Em si mesma a igualdade não é um valor, mas o é apenas na medida em que seja uma condição necessária, mas não suficiente, de um ordenamento justo⁽¹⁶⁾.

De certo modo, a noção de equidade se associa de modo diverso à igualdade e, sobretudo, à justiça, no sentido de propiciar a correção daquilo que a igualdade agride e, portanto, naquilo que a justiça deve realizar. Nesse sentido, a equidade requer a igualdade para produzir efeitos, pois se constitui justamente em corretora da situação igualdade, na medida em que a adoção desse recurso se revele imperfeita diante dos objetivos da promoção de justiça⁽¹⁷⁾.

O conceito de equidade não é bem estabelecido e, portanto, torna-se de difícil operacionalização. Aponta as diferenças conceituais ligadas ao termo mediante a tradição filosófica, a partir do conceito clássico e a partir da tradição filosófica moderna. Assinala que de acordo com o conceito clássico, esclarecido por Aristóteles

e reconhecido pelos juristas romanos, o sentido indica o apelo à justiça quando voltado à correção da lei em que se exprime a justiça. Segundo Aristóteles, a própria natureza da equidade é a retificação da Lei onde esta se revela insuficiente pelo seu caráter universal. A lei tem necessariamente caráter geral, por isso revela-se às vezes de aplicação imperfeita ou difícil em casos particulares. Nesses casos, isto é, nos particulares, a equidade intervém para julgar, não na base da lei, mas na base da justiça que a mesma lei deve realizar. Portanto, segundo Aristóteles, o justo e o equitativo são a mesma coisa, podendo se inferir que o equitativo é superior, não ao justo em si, mas ao justo formulado em uma lei que em virtude da sua universalidade está sujeita ao erro. Já na tradição filosófica moderna, Kant considerava, todavia, que a equidade não se presta a uma autêntica reivindicação jurídica e que, portanto, cabe não aos tribunais, mas ao tribunal da consciência. Nota-se, a gênese da equidade como questão jurídica e posteriormente conceituada como uma questão moral⁽¹⁷⁾.

Quanto a isto, os próprios autores do Modelo Principlista ressaltam não há um princípio único de justiça que seja capaz de resolver todos os problemas, há vários princípios de justiça que merecem ser aceitos, cada um dos quais devendo ser especificado e ponderado em contextos particulares. Um desses princípios é “formal”, os outros “materiais”. O princípio formal seria aquele conhecido como “clássico”, esclarecido por Aristóteles, onde a exigência mínima seria que os iguais sejam tratados de modo igual e os não-iguais sejam tratados de modo não-igual. Tal princípio é dito como formal por não estabelecer as circunstâncias e nem os critérios nos quais os iguais devam ser tratados de modo igual, isto é, falta conteúdo nesta definição. Já os princípios materiais especificam as

características relevantes para um tratamento igual. Podemos considerar, por exemplo, o princípio da necessidade, em que dizer que uma pessoa precisa de algo é dizer que sem isso a pessoa será lesada ou afetada de modo prejudicial⁽¹¹⁾.

No Brasil, o termo “equidade” vem sendo utilizado com frequência em documentos técnicos, normativos e doutrinários e inclusive nos relatórios das conferências nacionais de saúde. Assim, a equidade vem sendo reiterada como uma das principais referências para a avaliação das reformas setoriais e para a reorientação de políticas e de sistemas de saúde⁽¹⁸⁾.

Portanto, o debate conceitual sobre a equidade retoma com força no âmbito das políticas de reforma dos serviços de saúde que ao mesmo tempo em que questionam a extensa intervenção estatal em saúde, preconizam a reforma do Estado e dos sistemas de saúde, para atuarem de forma mais eficiente e efetiva e com melhores resultados em termos de equidade⁽¹⁶⁾.

Equidade e justiça no contexto das reformas e assistência no SUS

Consideram-se doze eixos temáticos para a análise das reformas nos sistemas e serviços de saúde na América Latina: marco jurídico; direito aos cuidados de saúde; aumento da cobertura; função reitora dos Ministérios da Saúde; descentralização; participação e controle social; oferta de serviços; separação de funções, modelo de gestão; recursos humanos; qualidade; avaliação de tecnologias. E, na avaliação dos resultados advindos destas reformas tem-se tomado como atributos a equidade, eficiência, efetividade, sustentabilidade, qualidade, participação e controle social⁽¹⁸⁾.

Cabe ressaltar que em um contexto internacional de desigualdades entre países, regiões, classes e grupos sociais e étnico-

raciais e em decorrência da reestruturação produtiva e das políticas econômicas impostas pelos países centrais do capitalismo globalizado, as organizações têm recorrido à retórica da equidade, como tentativa de mascarar as iniquidades que elas próprias contribuíram para produzir⁽¹⁸⁾.

Apesar dos importantes avanços dos últimos anos na melhoria dos indicadores de saúde, o Brasil está entre os países com maior iniquidade em saúde, a qual é produto de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira. Segundo o Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento de 2007, com dados de 2005, o Brasil está situado em 11º lugar entre os mais desiguais do mundo em termos de distribuição da renda, superado apenas por seis países da África e quatro da América Latina⁽⁶⁾.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), em seu relatório final, enfatizou o seu compromisso com a equidade, buscando eliminar todas as privações de liberdade que limitem as escolhas e as oportunidades das pessoas para exercerem sua condição de cidadão. As precárias condições de vida e saúde de amplos setores da população brasileira são privações de liberdade que limitam sua capacidade de optar entre diferentes alternativas, de ter voz frente às instituições do Estado e da sociedade e de ter maior participação na vida social. Ressalta ainda que este compromisso vise assegurar o direito universal à saúde, como um compromisso ético e uma posição política⁽⁶⁾.

As desigualdades em saúde definem-se pela prevalência ou incidência dos problemas de saúde entre os indivíduos do mais alto e mais baixo status socioeconômico. Destacam os autores que as desigualdades interligam-se ao status socioeconômico do grupo ao qual pertencem os indivíduos. As dimensões da desigualdade em saúde são atribuídas a

diferentes determinantes que podem corresponder a um conjunto de fatores interligados às condições de saúde e adoecimento, que definem o padrão de morbimortalidade dos diferentes grupos sociais, e/ou as diferenças na distribuição, organização e utilização dos recursos em saúde⁽¹⁹⁾.

Distinguem-se alguns critérios que classificam as desigualdades em saúde, diferenciando as injustas das que não expressam injustiças, porque não dependem de intervenção ou não apresentam relação causal com as diferenças de classe. Entre os critérios mencionados, são destacados: a) o que não define as desigualdades como injustas: variações biológicas naturais; comportamentos perigosos que são escolhas dos indivíduos; vantagens temporárias de um grupo, como saúde, as quais podem ser incorporadas rapidamente por outros grupos; b) o que define as desigualdades como injustas: comportamentos perigosos nos quais os indivíduos têm pouca escolha em relação ao modo de vida; condições de vida definidas por fatores socioeconômicos; condições de trabalho; exposição a fatores de risco; inadequado acesso aos serviços de saúde ou outros serviços públicos essenciais⁽¹⁹⁾.

Portanto, equidade em saúde pode ser conceituada como a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do *status* de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente. Equidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical). Deste modo, a equidade no cuidado à saúde define-se enquanto igualdade de acesso para iguais necessidades, uso igual dos serviços para

necessidades iguais e igual qualidade de atenção para todos⁽¹⁹⁾.

A equidade em saúde também se relaciona a uma “justiça distributiva” a qual se refere a uma distribuição justa, equitativa e apropriada no interior da sociedade, determinada por normas que estruturam os termos da cooperação social. O seu domínio inclui as políticas que repartem benefícios e encargos, propriedades, recursos, taxas, privilégios e oportunidades⁽¹¹⁾.

Os autores citam um exemplo convincente de justiça distributiva no que tange à ponderação das vantagens e desvantagens. Contam sobre um caso onde um grupo interdisciplinar precisaria analisar a partir de pressupostos éticos as vantagens e desvantagens de se produzir um coração artificial. Ao avaliarem cada possibilidade considerou as implicações para a qualidade de vida dos receptores, seu custo para a sociedade e seu custo relativo em consideração a outras necessidades médicas que poderiam ser atendidas em seu lugar. O grupo concluiu que, apesar dos significativos custos, seria injusto não alocar o dinheiro para o desenvolvimento do citado coração, considerando-se as pessoas que dele necessitavam⁽¹⁹⁾.

A ética na concepção do SUS é amparada na definição constitucional que reconhece o direito inalienável do cidadão à saúde, independentemente de sua condição social ou de sua contribuição pecuniária específica. A Constituição Brasileira atribuiu ao ente estatal à obrigação e a competência de proporcionar os cuidados de saúde, incluindo as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação. A equidade é um complemento indispensável à universalidade de acesso preconizada pelo SUS, permitindo a correção de certas distorções e injustiças distributivas⁽¹⁰⁾.

O Ministério da Saúde, Brasil⁽²⁰⁾ preconizou três princípios éticos

fundamentais para o funcionamento do SUS no Brasil: universalidade, entendido como o que é relativo a todos e deve-se tornar inteiro; integralidade, entendido como o que é completo e deve-se tornar inteiro; e equidade, entendido como a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um.

A equidade ainda é apontada como a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país e ressalta que o princípio da equidade reafirma que esta necessidade deve dar-se também por meio das ações e dos serviços de saúde⁽⁵⁾.

Na Constituição de 1988 a questão de equidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, uma vez que garantiu a universalidade da cobertura e do atendimento, com o propósito de fornecer igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde para indivíduos com as mesmas necessidades⁽²¹⁾. Essa Constituição foi marco determinante das intensas transformações ocorridas no Sistema de Saúde do Brasil, pois consolidou mudanças importantes no modelo político-institucional, além de garantir nos princípios doutrinários a saúde como um direito social.

Tendo como base a definição constitucional de “direito à saúde”, novos aportes vêm sendo incluídos na discussão sobre os direitos sociais favorecendo a abertura de instâncias de confrontos e negociações entre o Estado, o capital e o trabalho. Foi se constituindo um novo olhar sobre os direitos, especialmente os sociais, deslocando-os de uma perspectiva formalista, não-histórica, para assentá-los nas condições reais de existência, particularizados em cada formação social⁽²²⁾.

Beauchamp e Childress (2002)⁽¹¹⁾ apontam a questão do acesso igualitário aos serviços de saúde como um problema a ser enfrentado no que tange às teorias éticas. Esse problema advém da ambiguidade dos objetivos das políticas públicas, onde

procuramos fornecer a melhor assistência de saúde possível para todos e promovemos ao mesmo tempo programas de contenção de custos. Também promovemos o ideal de acesso aos serviços de saúde, igual para todos, inclusive para indigentes e, contudo, mantemos um ambiente competitivo de livre mercado. Portanto, os propósitos desejáveis de assistência, igualdade de acesso, liberdade de escolha e eficiência social são difíceis de tornarem-se coerentes num sistema social tão incoerente. No entanto, muitas teorias da justiça procuram alcançar um equilíbrio entre propósitos sociais concorrentes ou eliminar alguns propósitos sociais, mantendo outros.

Portanto, a sustentabilidade desse sistema depende de aportes financeiros que estão além da capacidade de financiamento do setor, o que faz com que indivíduos com maior poder aquisitivo busquem os serviços privados de saúde como forma de garantir o acesso quando necessário. De acordo com o princípio de equidade vertical, os serviços de saúde deveriam ser distribuídos segundo a necessidade de cuidados com a saúde, independente das características socioeconômicas individuais⁽²¹⁾.

Quanto a isto, as teorias liberais concebem a livre escolha e a privatização como centrais para a justiça na distribuição econômica. Os Estados Unidos, por exemplo, aceitam o ideal de livre mercado, segundo o qual é mais eficiente deixar que a distribuição dos bens e serviços de saúde seja regulada pelo mercado, que opera com base no princípio material da capacidade para pagar, por meio de seguro, como foi o caso do antigo sistema de saúde brasileiro⁽¹¹⁾.

As relações éticas na assistência à saúde têm se tornado um assunto muito discutido, com muitas obras relacionadas às questões de caráter mais individualizado relativas aos códigos deontológicos, relações entre profissionais e usuários de ações e

serviços de saúde, consequências aportadas pelo avanço tecnológico nos limites da vida humana. A partir dos anos noventa, bioeticistas brasileiros apresentaram diversas formulações voltadas a problemas da coletividade, como desigualdades sociais, iniquidade, alocação de recursos escassos e responsabilidade coletiva sobre a assistência à saúde⁽¹⁰⁾.

Quanto à questão da responsabilidade coletiva, as teorias comunitaristas reagem aos modelos liberais, vendo os princípios da justiça como plurais e consideram que aquilo que é devido aos indivíduos e grupos depende dos padrões estabelecidos por uma comunidade específica. Os comunitaristas enfatizam a responsabilidade da comunidade para com o indivíduo e vice-versa. Na Holanda, por exemplo, a solidariedade é vista como uma obrigação coletiva de cuidar dos cidadãos⁽¹¹⁾.

Apesar do grande avanço da Bioética, a justiça social nos países pobres encontra-se longe de ser alcançado, fato este relacionado ao desinteresse dos governantes e à desorganização da sociedade civil. Também coloca em destaque a participação da sociedade civil como uma ferramenta indispensável de controle, de vigilância e de acompanhamento e fiscalização não apenas das despesas na área da saúde, mas também dos resultados esperados, da melhoria da qualidade de vida e de saúde da população⁽²³⁾.

A presente expectativa de que seja a justiça a caracterizar a boa gestão pública faz com que se pareça simples resolver o problema da alocação e gestão de recursos, relativamente ao que se avoluma em termos de necessidades sociais e individuais e de pressão para a incorporação tecnológica⁽¹⁰⁾.

Quanto à questão da distribuição dos recursos e serviços de saúde, destaca-se a posição adotada pelas teorias utilitaristas, que veem a justiça distributiva como um

problema relativo à maximização do valor. As abordagens utilitaristas negligenciam as considerações sobre justiça que enfocam o modo como os benefícios são distribuídos, independentemente do bem-estar agregado. Ainda destacam como problema relativo à aplicação dessas teorias que, segundo as mesmas, a utilidade social poderia ser maximizada, por exemplo, dificultando ou proibindo-se o acesso das populações mais doentes e vulneráveis aos serviços de saúde⁽¹¹⁾.

Contraopondo-se às teorias utilitaristas, as teorias igualitárias defendem o ideal de distribuição igual dos benefícios e encargos sociais. As teorias igualitárias da justiça propõem que se forneçam às pessoas uma distribuição igual de determinados bens, como assistência médica. Dentre elas, destaca-se a teoria da justiça de John Rawls, a qual apresenta um desafio igualitário às teorias liberais e utilitaristas. Rawls explica a justiça como equidade, entendida como as normas comuns de cooperação reconhecidas por pessoas livres e iguais que participam nas atividades sociais em respeito mútuo⁽¹¹⁾.

Rawls (1997)⁽²⁴⁾ propôs que a distribuição de recursos deva seguir duas etapas: a primeira etapa exige igualdade na distribuição de deveres e direitos básicos. Todas as pessoas devem ter os mesmos direitos e liberdades civis - direito à manifestação autônoma, direito à liberdade de locomoção, de expressão de suas opiniões, de reclamação, de informação, direito à privacidade. A segunda etapa, aceitando o princípio da diferença, afirma que é justa a ação que tenha consequências desiguais para os diversos envolvidos apenas quando resultam em benefícios compensatórios para cada um e particularmente para os membros “menos favorecidos”, “menos afortunados” da sociedade.

A teoria de Rawls tem algumas implicações amplamente discutidas para as políticas de saúde e embora o próprio autor não as tenha seguido, outros autores o fizeram. Numa interpretação e extensão da obra de Rawls, Norman Daniels argumenta em defesa de um sistema de assistência médica justo, baseado principalmente num princípio rawlsiano de “equitativa igualdade de oportunidade”. Essa concepção de equidade pode ser formulada como uma regra de distribuição social que procura diminuir ou erradicar formas injustas de distribuição. A regra da oportunidade equitativa afirma que não se devem conceber benefícios sociais com base em propriedades favoráveis imerecidas (porque ninguém é responsável pela posse dessas propriedades) e afirma também que não se devem negar benefícios sociais com base em propriedades desfavoráveis imerecidas (porque as pessoas também não são responsáveis por essas propriedades). Se não existir uma chance justa de que as pessoas possam adquiri-las ou superá-las, as propriedades distribuídas pelas loterias da vida social e da vida biológica não são motivos para uma discriminação moralmente aceitável entre as pessoas. E, embora, em algumas circunstâncias, propriedades tais como a posição social possa ser alterada, há outras propriedades, tais como raça, sexo e Quociente de Inteligência (QI), que não podem ser facilmente alteradas. A regra de oportunidade equitativa exige que se ofereçam às pessoas uma chance equitativa na vida, sempre que suas propriedades desfavoráveis não sejam de sua responsabilidade⁽¹¹⁾.

Alcançar a equidade em saúde é, portanto, um desafio ético universal. Considerando-se que a saúde depende de diversos fatores, a Bioética tem se centrado na busca de equidade nos serviços de saúde. O conhecimento dos macrodeterminantes de

saúde e seus efeitos práticos e analíticos, assim como os princípios da autonomia e justiça legitimam a equidade em saúde como área essencial de atenção da Bioética. A análise de equidade em saúde abre novos campos de reflexão e prática para uma Bioética centrada na saúde da população⁽²⁵⁾.

Podemos considerar que a tolerância e a prudência são partes importantes deste processo. Ressalta que a reflexão ética obriga-nos a escolher, obriga-nos a procurar, entre as várias soluções possíveis, quais são aquelas que correspondem não só a critérios de eficiência e de eficácia, mas ao equilíbrio entre custos e benefícios, sobretudo a exigências de prioridade, equidade e moralidade⁽²⁶⁾.

Os autores supracitados ainda destacam que o norte dos programas dos SUS deve ser concebido pelos referenciais éticos da justiça, da solidariedade e da busca da equidade, compreendendo-se esta como o tratamento de cada pessoa segundo suas necessidades de saúde e procurando diminuir as desigualdades no Brasil.

Completando, uma sociedade só se pode definir como democrática e pluralista quando tem por prioridade a inclusão e o respeito do maior número de seus integrantes, pois só assim enfrentará os seus desafios, a começar pelo de reduzir o sofrimento e a escassez, frente a uma demanda sempre crescente de bens e serviços por uma população de usuários e consumidores, para quem a oferta desses bens e serviços não acompanhará, obrigatoriamente no mesmo grau, o crescimento dessa demanda⁽²⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão acerca da aplicação concreta do Princípio Bioético da Justiça às políticas públicas de saúde no Brasil torna-se relevante à medida que possibilitam a

ampliação do campo de reflexão a todos os envolvidos: profissionais, conselhos, comissões, códigos, organizações governamentais e não-governamentais, o Estado, enfim, toda a população. Contudo, muitas das discussões sobre saúde e doença, ainda se constituem como assuntos do campo médico (a melhora do estado de saúde depende do acesso aos cuidados médicos) e individual (decisão de fumar, usar capacete e cinto de segurança).

Atualmente já se reconhece o sujeito como um todo (integralidade) e que um grupo humano possui direitos, inclusive o de assistência à saúde. Entretanto as questões prioritárias envolvem questões políticas e materiais. A aplicação dos bons costumes em relação à vida e a ter solidariedade ainda não está bem definida nos sistemas de saúde, sendo uma constante ameaça à ordem socioeconômica e política estabelecida.

A dificuldade da gestão eficiente e justa dos recursos públicos disponíveis assume grande relevância e inclui desde a identificação e priorização de problemas, formulação de propostas e metas até a alocação, distribuição e controle dos recursos financeiros que contemplem os interesses e os direitos da população brasileira.

Todavia o que se observa são as altas demandas de todos os tipos de procedimentos, principalmente os de média complexidade, fato este que dificulta ou mesmo impossibilita que todos os cidadãos assistidos pelo SUS tenham acesso à assistência em saúde.

Sabe-se da escassez de recursos no país frente às necessidades e demandas cada vez maiores e da inexistência de dados seguros sobre os valores investidos em saúde no Brasil. O acesso aos serviços de saúde no Brasil nos dias atuais vem passando a se constituir uma possibilidade apenas para aqueles que possuem renda, devido aos

custos mensais de contribuição (planos de saúde e seguro-saúde).

As discussões e preocupações sobre tais problemas crescem conforme os problemas vão se agravando: altas demandas, poucos recursos, pouca qualidade na assistência, desigualdade de acesso aos serviços de saúde. Esses são alguns fatores que merecem uma reflexão incessante daqueles que sempre defenderam o direito à assistência à saúde.

A alocação de recursos financeiros e estratégias de trabalho do SUS quanto a sua operacionalização se justifica e se realiza a partir do princípio da equidade. Todavia o termo equidade tem servido a diversas e contraditórias interpretações. No entanto, quando se pretende examinar a implicação dos princípios bioéticos na saúde pública, torna-se evidente a necessidade de novas reflexões devido à constatação da relativa ineficiência, seja do setor público, seja da política regulatória em saúde. Verificam-se nos serviços públicos de saúde atendimentos individualizados, com pouca resolutividade e qualidade, ferindo os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Reformas e ajustes têm sido aplicados como alternativas na área da saúde, e impõe-se compreender as mudanças na organização e funções do Estado, bem como analisar os processos de reforma do Estado e sua relação com a sociedade.

O Brasil, diferente dos países industrializados, convive com situações paradoxais que vão desde a permanência de doenças comuns às nações pobres (dengue, malária, chagas, esquistossomose, febre amarela) até taxas expressivas de mortalidade por doenças consideradas de países mais avançados (câncer, problemas cardiovasculares, diabetes, acidentes de trânsito). Com tantos problemas, passa a ser responsabilidade do Estado e das instituições públicas “priorizar recursos públicos” em atenção preferencial à maioria populacional

necessitada. Portanto estabelecer prioridades implica em escolhas, as quais implicam em seleções de pessoas que serão beneficiadas ou não.

A busca da equidade nas condições de vida e de saúde e do acesso na utilização dos serviços, além da garantia de atenção integral e resolutiva, deve fazer parte da agenda dos governos. Por outro lado, a participação popular nas decisões de saúde pública deve ser considerada um procedimento eficiente. Dessa forma, as desigualdades podem ser minimizadas por meio de políticas e medidas práticas fundamentadas na equidade e na responsabilidade social. Uma política pública justa traduz a redução das desigualdades sociais.

A realidade local e os conhecimentos científicos apontam questões sobre demandas reprimidas, recursos precários, desorganização, omissão, falta de decisão e falta de humanização na assistência à saúde. Na busca da equidade, e também da universalidade e integralidade, deve-se repensar a solidariedade, ter bom senso frente às escolhas de atendimento, alocação de recursos, situações e oportunidades de cada um; repensar a humanização do atendimento, que permeia toda a atividade do nível local e das pessoas que ali trabalham.

Enfim, busca-se um sistema de saúde justo, cujos princípios éticos - beneficência, justiça e autonomia - devem ser considerados partes integrantes na reorganização das ações de saúde e na formulação de novas políticas públicas.

Reflexões éticas sobre o sistema de saúde pública são necessárias para se estabelecer prioridades, implicando em escolhas, sobretudo na exigência de equidade e moralidade.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde (BR). Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf
- 2- Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO; 1999.
- 3- Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
- 4- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BR). Diário Oficial da União [periódico na internet]. 05 out 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm
- 5- Ministério da Saúde (BR). SUS: princípios e conquistas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
- 6- Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2008.
- 7- Ribeiro CRO. O conceito de pessoa na perspectiva da bioética secular: uma proposta a partir do pensamento de Tristram Engelhardt [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.
- 8- Durant G. Introdução geral á bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola; 2003.
- 9- França ISX, Farias FSAB, Sobreira TT, Fraga MNO, Damasceno MMC. Análise de dissertações de mestrado em Enfermagem à luz da bioética. Rev. bras. enferm. 2002;55(5):495- 503.

- 10- Fortes PAC. Bioética, equidade e políticas públicas. São Paulo: Mundo da saúde; 2002.
- 11- Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
- 12- Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad. Saúde Pública* 2008;24(3):696-701.
- 13- Fortes PAC. A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2010;56(1):47-50.
- 14- Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
- 15- Lolas F. Bioética: o que é, e como se faz. São Paulo: Loyola; 2001.
- 16- Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cad. Saúde Pública* 2002;18 Suppl:23-36.
- 17- Elias PE. A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos do pensamento (neo) liberal: anotações para o debate. *Ciênc. saúde coletiva* 2005; 10(2):287-97.
- 18- Paim JS. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saude soc.* 2006;15(2):34-46.
- 19- Viana ALA; Fausto MCR; Lima LD. Política de saúde e equidade. São Paulo *Perspec.* 2003;17(1):58-68.
- 20- Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União [periódico na internet]*. 19 set 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>
- 21- Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2002;18 Suppl:77-87.
- 22- Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cad. Saúde Pública* 2004;20(1):753-760.
- 23- Siqueira JE. O princípio da Justiça. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, Organizadores. *Iniciação a Bioética*. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 71-80.
- 24- Rawls J. *Uma teoria da Justiça*. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
- 25- Lues MF. Equidad y justicia em salud implicaciones para la bioetica. *Acta bioeth.* 2003;9(1):113-126.
- 26- Fortes PAC; Martins CL. A ética, a humanização e a saúde da família. *Rev. bras. enferm.* 2000; 53 spe:31-39.
- 27- Kligerman J. Bioética e Política de Saúde Pública. *Rev Bras Canc [Internet]*.1999; 45(1). Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_45/v01/editorial.html

Recebido em: 18/10/2010

Versão final reapresentada em: 31/01/2011

Aprovado em: 15/03/2011

Endereço de correspondência

Juliana Dias Reis Pessalacia

Endereço: Rua São Paulo, 1710 apto 104, bairro Santo Antônio, CEP:35502-025. Divinópolis/MG - Brasil.

E-mail: juliana@pessalacia.com.br