

Paulo Antonio de Carvalho
Fortes

Bioeticistas brasileiros e os princípios da universalidade e da integralidade no SUS

Brazilian bioethicists and the principles of universality and integrality in the National Health System

RESUMO

OBJETIVO: Compreender os sentidos que bioeticistas brasileiros atribuem aos princípios da universalidade e da integralidade no sistema público de saúde brasileiro.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo exploratório qualitativo, realizado com 20 professores universitários de bioética atuantes no campo das ciências da saúde, com funções de diretores e ex-diretores da Sociedade Brasileira de Bioética e de diretorias regionais, no período de julho de 2007 a julho de 2008. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com perguntas abertas, sendo realizada análise de conteúdo.

ANÁLISE DE RESULTADOS: Quanto ao princípio da universalidade de acesso dos cidadãos brasileiros a um sistema público, as manifestações dos entrevistados se posicionaram majoritariamente em prol de sua manutenção. Todavia, quanto ao princípio da integralidade, as divergências foram manifestas, ensejando a maioria em restringi-lo.

CONCLUSÕES: Os bioeticistas relatam pluralismo de valores morais e dificuldades em decidir moralmente sobre o que seria um sistema de saúde justo.

DESCRITORES: Bioética. Sistema Único de Saúde. Assistência Integral à Saúde. Acesso Universal a Serviços de Saúde. Pesquisa Qualitativa.

Departamento de Prática de Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública. Universidade de
São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de
São Paulo
Av. Dr. Arnaldo 715 – Cerqueira Cesar
01246-904 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: pacfusp@usp.br

Recebido: 14/1/2009
Revisado: 11/5/2009
Aprovado: 25/6/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand the meanings attributed by Brazilian bioethicists to the principles of universality and integrality in the Brazilian public health system.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: A qualitative and exploratory research was carried out with 20 Bioethics professors in the field of public health from July 2007 to July 2008. Participants were directors and former directors of the Brazilian Bioethics Society and of its local departments. Semi-structured interviews with open questions were conducted and followed by content analysis.

ANALYSIS OF RESULTS: With regard to the principle of the universal access of Brazilians to the public system, most of interviewees were in favor of maintaining it. However, there were divergences of the principle of integrality, with the majority being inclined to restrict it.

CONCLUSIONS: Bioethicists hold a plurality of moral values and difficulties to morally decide on what would be a fair health system.

DESCRIPTORS: Bioethics. Single Health System. Comprehensive Health Care. Universal Access To Health Care Services. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde são frutos das condições econômicas e sociais de um país. Sua organização e seu funcionamento compreendem diversos fatores indutores, como a pressão dos diferentes atores sociais envolvidos nos sistemas de saúde. Todavia, a ideologia e os valores éticos prevalentes em uma sociedade são fatores fundamentais para nortear sistemas de saúde e a distribuição de seus recursos.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 contempla a saúde como direito social e dever do Estado, estruturando a área da saúde pública sob a égide do Sistema Único de Saúde (SUS), substituindo o sistema anterior, baseado na noção de trabalho, em que, legalmente, somente os trabalhadores formais tinham algum direito à assistência médica e hospitalar.

Foi a atual Carta Constitucional que estabeleceu um sistema de saúde de caráter universal. Além do princípio da universalidade de acesso, a Carta inovou ao inserir conjuntamente, no art. 198, II, o princípio da integralidade – “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

Dentre os diferentes conceitos presentes, uma das compreensões de integralidade na saúde⁷ refere-se às respostas do sistema de saúde às necessidades individuais e coletivas de saúde de caráter preventivo e assistencial.

Esses princípios vêm sendo defendidos e contestados por várias forças sociais. Na prática, conforme Mendes,⁸ o País vive o dilema de consolidar o sistema segmentado vigente (o SUS e o sistema suplementar de assistência médico-odontológica) ou avançar no sentido da universalização do sistema público. A bioética, sobretudo a brasileira, tem se orientado para temas relacionados às políticas sanitárias e aos sistemas de saúde^{2,3,13} e, como afirmam Drane & Pessini,¹ os bioeticistas têm progressivamente assumido um papel de aconselhamento a legisladores e gestores na proposição de políticas públicas.

Considerando que questões econômicas, administrativas e políticas envolvem escolhas éticas subjacentes, o objetivo do presente estudo foi compreender os sentidos que bioeticistas brasileiros atribuem aos princípios da universalidade e da integralidade no sistema de saúde brasileiro.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com orientação analítico-descritiva. A escolha da abordagem qualitativa deveu-se à potencialidade de entendimento de valores culturais. Os dados analisados foram obtidos no estudo mais amplo.^a

^a Pesquisa “O princípio ético da justiça distributiva e sua aplicação no sistema público de saúde na visão dos bioeticistas brasileiros”, realizada pela Faculdade de Saúde Pública USP, coordenada por FORTES PAC e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Construiu-se uma amostra de conveniência constituída por diretores e ex-diretores da Sociedade Brasileira de Bioética e de algumas de suas diretorias regionais (período 2005-2008): Rio de Janeiro, Pernambuco e São Paulo, todos com produção científica em bioética, conforme consulta feita no banco de dados do Currículo Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Sociedade, criada em 1995, congrega atualmente a maior parcela dos bioeticistas brasileiros e tem por finalidade reunir pessoas de diferentes formações universitárias, interessadas em fomentar a discussão e difusão da Bioética. Houve diversificação de categorias de formação profissional envolvidas ao se incorporar à amostra profissionais do campo da medicina, odontologia, enfermagem, antropologia e teologia. Considerou-se o ponto de saturação para delimitar o número dos entrevistados.⁹ Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, no período de julho de 2007 a julho de 2008. As entrevistas, efetuadas pelo próprio pesquisador, foram gravadas em meio magnético e, posteriormente, transcritas na íntegra. As respostas de três dos participantes foram obtidas por escrito após envio do formulário via internet, em virtude das dificuldades de agendamento de entrevista.

Visando apreender a atribuição de sentido da temática dada pelos atores sociais pesquisados, todos, previamente, receberam um roteiro com questões abertas:

A) Supondo-se que no Brasil houvesse uma reforma constitucional como se posicionaria com relação ao princípio “Saúde é um direito de todos e um dever de Estado?” Justifique.

B) Sabendo-se que não há recursos para serem contempladas todas as necessidades de saúde. B.I. Quais deveriam ser priorizadas?

C) Algumas necessidades de saúde podem ou devem ser deixadas sem atendimento?

As respostas foram agrupadas em duas categorias analíticas: “o princípio da universalidade do sistema de serviços de saúde” e “o princípio da integralidade no sistema de saúde”. Serão apresentadas algumas expressões-chave que consistem em “transcrições literais de parte dos depoimentos, que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento.”⁶

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo garantidos possibilidade de recusa, anonimato e confidencialidade dos relatos, conforme Resolução CNS 196/96.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Princípio da universalidade do sistema de serviços de saúde

A maioria dos bioeticistas entrevistados se manifestou enfaticamente na defesa da manutenção do princípio da universalidade, defendendo o princípio constitucional de que o SUS foi uma grande conquista social, tendo o Estado a responsabilidade de garantir que todos tenham acesso à assistência e a possibilidade de viver em um ambiente saudável. Todavia, lembram que sendo os recursos escassos, devem ter um direcionamento prudente e razoável.

Também na defesa da universalidade, encontrou-se oposição explícita a políticas focalizadoras, que se restrinjam às camadas mais desfavorecidas da sociedade.

“Nesse sentido, eu acho que garantir esse direito a todos, não exclusivamente aos pobres. Todo mundo está pagando imposto, todo mundo deveria ter acesso a um sistema de qualidade.” (E15)

Por outro lado, ainda que minoritariamente, houve argumentações contrárias à manutenção do princípio constitucional da universalidade. Esses participantes defenderam que, na ausência de condições de acolher todas as necessidades, é preciso que se realizem opções, por exemplo, excluir aqueles que têm condições materiais, econômicas, para cuidar de si e de sua saúde, tendo acesso a sistemas de assistência médica suplementar.

Princípio da integralidade no sistema de saúde

Quanto à questão da integralidade, foram encontrados discursos em defesa, como também contrários à manutenção do princípio constitucional, sendo a defesa do princípio minoritária. A maior parcela dos entrevistados criticou a manutenção do princípio do atendimento integral das necessidades, por considerá-lo de concretização “difícil”, “impossível”, “ilusório” ou “utópico”.

“Eu estava vendo, por exemplo, no Canadá, a gente percebe que todos os sistemas de saúde de certa forma, hoje, estão em crise justamente pela questão do financiamento, pelo custo. A gente se dá conta hoje que temos necessidades crescentes, necessidades infinitas com recursos finitos.” (E9)

Considerou-se também que o atendimento das necessidades coletivas deveria ser priorizado frente aos individuais. Procedimentos que se enquadram na denominada “medicina do desejo”, tais como cirurgias estéticas e técnicas de reprodução assistida, deveriam ser restritas. Outrossim, um dos bioeticistas entrevistados manifestou-se por restringir o princípio do atendimento integral àqueles que têm acesso aos sistemas suplementares de atenção médico-odontológica:

“Apenas os que podem pagar pelos procedimentos, ou seja, quem tem plano de saúde, não devem ter pleno acesso a todos os recursos.” (E19)

Atualmente, há três modelos de sistemas de saúde: o liberal, o baseado na inserção do trabalho e o universalista. Nos dois últimos há participação direta do poder estatal mediante planejamento, gestão, regulação, controle e financiamento direto. A história dos sistemas de saúde, assim como o entendemos na atualidade, é recente. Inicia-se no século XIX o processo de criar instrumentos públicos para a proteção de riscos sociais tais como a velhice, a doença, o desemprego, a maternidade, a invalidez e os acidentes de trabalho.^{4,5}

Foi na Alemanha, em 1883, em resposta às reivindicações e pressões sociais feitas por setores dos trabalhadores, que se criou um sistema público de seguridade social baseado na contribuição obrigatória de trabalhadores e empresas. O princípio dominante desse modelo de sistema de saúde é a filiação profissional e a solidariedade entre os contribuintes, a solidariedade entre gerações e entre “sadios” e “doentes”. Este modelo de sistema de saúde foi adotado, além da Alemanha, na França, Áustria, Bélgica, Holanda e no Japão, durante o século XX, assim como em diversos países da América Latina.

Todavia, na segunda metade do século XX surgiu outro modelo de sistema de proteção social, de caráter universalista e baseado na noção de direito social aos cuidados de saúde. Em 1946, na Inglaterra, logo após o cessar da grande guerra, foi promulgada a Lei do Sistema Nacional de Saúde, fruto dos conceitos e princípios estabelecidos, em 1943, pelo Relatório apresentado ao parlamento inglês pela equipe de Lorde Beveridge. Em 1948 se inicia a operacionalização do sistema nacional de saúde inglês, o *National Health Service*.⁵ Trata-se de sistema público de cobertura de todos os cidadãos, não fundamentado em filiação profissional, tendo seu financiamento garantido por impostos gerais, sendo independente da contribuição previdenciária. Incorpora a noção de direito da saúde a prestações gratuitas. Foi adotado, posteriormente, em países da Europa, assim como na Austrália, na Nova Zelândia, no Canadá e no Brasil.

Em nossa pesquisa, a maioria dos entrevistados foi favorável à manutenção de um sistema universalista, sendo contrários à idéia de focalização dos recursos para pessoas em situação de maior desfavorecimento. A noção de focalização de recursos é com frequência relacionada a correntes do liberalismo igualitário, que aceitam ações com conseqüências desiguais para os diversos envolvidos apenas quando resultam em benefícios compensatórios para cada um, e particularmente para os membros menos favorecidos da sociedade. Pode-se dizer que acatam a “discriminação positiva”, priorizando os desfavorecidos, os excluídos, os mais vulneráveis ou vulnerados.^{11,12}

Houve poucos argumentos discursivos que, invocando a escassez de recursos para garantir que todos possam ser atendidos, entendem ser válido o direcionamento dos recursos exclusivamente para as pessoas que não tenham condições de arcar com os cuidados de sua saúde. Apesar de tais discursos não defenderem explicitamente o modelo liberal de sistema de saúde, apontam a aceitação de um sistema segmentado, que diferencia clientela segundo o poder de satisfação de suas necessidades de saúde, ou por condições próprias ou mediante a inserção de trabalho formal, ou por formas de solidariedade grupal, como as que conformam os sistemas baseados na seguridade social.

Mendes⁸ discute a idéia de que caso o sistema público se orientasse somente para as pessoas mais desfavorecidas, deixando de lado o princípio da universalidade, sobriariam recursos para as camadas mais pobres da sociedade. Com efeito, ao serem excluídas as parcelas da sociedade com maior força de opinião e pressão sobre o sistema político-legislativo, o sistema ficaria mais vulnerável em obter recursos adequados em virtude da menor potencialidade de pressão social dos segmentos mais desfavorecidos.

Dessa forma, podem ser apresentadas indagações sobre as bases e critérios para se dizer que alguém é desfavorecido, ou vulnerado e se tais critérios seriam econômicos, sociais, demográficos, epidemiológicos ou sanitários. Seria possível questionar se critérios biológicos e relacionados às condições patológicas resultantes das doenças deveriam ser levados em consideração.

Se por um lado houve maioria em defesa do princípio da universalidade, a manutenção do princípio constitucional da integralidade foi caracterizada por posições bastante divergentes, predominando as críticas à sua continuidade. Os bioeticistas entrevistados posicionaram-se desde a defesa da manutenção do princípio, sem alterações, até manifestações, majoritárias, explícitas da necessidade de reformulá-lo, restringindo os recursos a determinados procedimentos técnicos, como os relacionados com a “medicina do desejo”.

A respeito da atenção integral a todos os usuários de um sistema de saúde, a Organização Mundial da Saúde reconhece que os diversos sistemas públicos de saúde não apresentam condições para abarcar integralmente as necessidades de todas as pessoas, ainda que houvesse um substancial aumento dos recursos investidos no setor saúde e nas causas básicas responsáveis pela maioria das más condições de saúde da população.¹⁵

Schutz¹⁴ questiona se a manutenção de um atendimento irrestrito não resultaria em aumento das injustiças sociais, pois com a escassez de recursos, ao invés de se priorizar os mais desfavorecidos, se atenderia os interesses dos grupos mais organizados, com maior poder de *lobby*, com maior acesso ao poder judiciário.

Assim, o acesso universal à atenção integral de cuidados seria uma mera “imagem-objetivo” do sistema, não se consubstanciando na realidade cotidiana.⁷

Mesmo países com sistemas universalistas estruturados, como Inglaterra, Canadá e Espanha, restringem determinados cuidados ofertados a todos os cidadãos, tais como assistência farmacêutica e odontológica.⁴

Para discussão sobre o princípio da integralidade, o projeto de lei do Senado 219/2007, pretende alterar itens da Lei 8080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Pretende limitar a assistência farmacêutica fornecida pelo SUS. Defende que a interpretação do conceito de integralidade da assistência farmacêutica seja referente àquilo que é constante nas tabelas e consoante às diretrizes terapêuticas instituídas pelo gestor federal do SUS.

Quanto às restrições ao atendimento integral de necessidades de saúde, Narvai & São Pedro¹⁰ diferenciam problemas de saúde dos problemas de saúde pública, entendendo que esses últimos correspondem

a representações sociais de necessidades de uma coletividade em determinado momento histórico. Caberia ao Estado atender às necessidades caracterizadas como decorrentes de problemas de saúde pública e não simplesmente problemas de saúde individuais. Por exemplo, problemas estéticos podem ser considerados como problemas de saúde individual, sobretudo para a esfera psíquica, mas não seriam considerados como de responsabilidade do coletivo, envolvendo recursos públicos.

CONCLUSÕES

Os resultados da pesquisa, principalmente quanto à questão da integralidade, mostram que os bioeticistas têm dificuldades em decidir moralmente o que seria um sistema de saúde justo. Para a construção do SUS, deve-se estabelecer um real processo deliberativo, integrado pelos diversos atores sociais interessados no sistema de saúde, elaborando-se uma base ética mínima de referência para a organização e o funcionamento do sistema de saúde, possibilitando a manifestação da pluralidade de visões éticas.

REFERÊNCIAS

1. Drane J, Pessini L. Bioética, medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Loyola; 2003.
2. Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad Saude Publica*. 2008;24(3):696-701. DOI:10.1590/S0102-311X2008000300024
3. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *Mundo Saude*. 2002;26(1):6-15.
4. Lambert DC. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels. Paris: Seuil; 2000.
5. Le Faou AL. Les systèmes de santé en question. Paris: Ellipses; 2003
6. Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
7. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1411-6. DOI:10.1590/S0102-311X2004000500037
8. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2000.
10. Narvai PC, São Pedro PF. Práticas de saúde pública. In: Rocha AA, Cesar CLG, organizadores. Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu; 2008. p.269-95.
11. Rawls J. Justiça como equidade; uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
12. Rawls J. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
13. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):949-56. DOI:10.1590/S0102-311X2001000400029
14. Schutz GE. Alocação de recursos na assistência materno-infantil. In: Schramm FR, Braz M, organizadores. Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. p.105-23.
15. World Health Organization The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva; 2000.