

# Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção

*Brazilian Public Health System: an analysis through the bioethics of protection*

Euclides Etienne M. Arreguy<sup>1</sup>, Fermin R. Schramm<sup>2</sup>

## Resumo

Neste trabalho, abordamos, do ponto de vista da bioética da proteção, o tema do conflito entre os três princípios morais e políticos norteadores do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS): direito à *igualdade* e à *integralidade* na assistência à saúde e *universalidade* do acesso. Inscrevemos tal tema no âmbito da Bioética da Saúde Pública, realizando a revisão de alguns estudos já realizados sobre esta problemática com o intento de refletir se os princípios do SUS são logicamente consistentes e praticamente compatíveis entre si, ou se, ao contrário, são logicamente contraditórios e praticamente excludentes. Consideramos tal discussão pertinente visto que parece cada vez mais consenso, tanto em âmbito bioético como em âmbito sanitário, que a garantia da cobertura ao mesmo tempo universal e integral é problemática quando os dois tipos de exigência se situam na realidade da escassez de recursos; problema, este, que preocupa praticamente todos os sistemas de saúde do mundo. Assim, abordamos, em particular, um problema específico, considerado o mais polêmico da chamada bioética pública: a alocação de recursos, na qual as diretrizes norteadoras das políticas de saúde definem que os recursos, considerados, por um lado, escassos, devem, por outro lado, atender a inúmeras e variadas demandas tanto de caráter social como individual.

**Palavras-chave:** Bioética; Saúde pública; Vigilância sanitária; Recursos em saúde; Justiça social; Equidade.

## Abstract

This study focuses on the theme of conflict among the three underlying moral and political principles in the Brazilian Public Health System (SUS), from the perspective of the bioethics of protection: the right to *equality* and *comprehensiveness* in health care, as well as *universal access*. We include this theme in the sphere of Public Health Bioethics, reviewing several previous studies on this issue with the aim of reflecting on whether the principles of the SUS are mutually consistent in their logic and compatible in practice, or on the contrary, whether they are logically contradictory and mutually exclusive. We consider this discussion relevant in light of the apparently increasing agreement in both the bioethical and health fields concerning the prima facie incompatibility between the guarantee of universal coverage on the one hand and comprehensive, equal access to services on the other, considering the reality of scarce resources, a problem that affects practically all health systems in the world, as by minor official funds as by major public demands. We thus approach what is considered the most controversial specific problem in so-called public bioethics, i.e., resource allocation in which public health guidelines determine that scarce resources should meet numerous and varied health demands at both the collective and individual levels.

**Key words:** Bioethics; Public health; Health surveillance; Health resources; Social justice; Equity.

---

<sup>1</sup> INCA

<sup>2</sup> Fiocruz

Endereço para correspondência: e-mail: euclides@inca.gov.br

## INTRODUÇÃO

A Bioética tem se mostrado, sobretudo a partir dos anos 90 do Século XX, um legítimo e eficiente instrumento para a análise crítica da moralidade das políticas públicas na área da saúde e para as tomadas de decisão, eticamente justificadas, por ações de saúde que garantam em princípio a distribuição equânime, logo socialmente justa, dos recursos disponíveis para as várias populações necessitadas. Visando, em particular, assegurar que a cobertura, tanto em termos de quantidade como de qualidade dos serviços oferecidos, não prejudique o atendimento das necessidades de saúde das populações mais vulneradas.

Entretanto, ao se confrontar com este tipo de problema, a Bioética da Saúde Pública tem enfrentado um difícil desafio: o de equacionar uma série de valores e interesses legítimos pertencentes a um bem considerado essencial (a saúde) e outros bens, considerados *prima facie* igualmente legítimos, tais como o exercício responsável da autonomia individual, o direito à *segurança* e à *proteção* pessoal, o direito à informação qualificada, à cultura e à educação, dentre outros.

Entretanto, a escassez de recursos frente a necessidades e demandas cada vez maiores na área da saúde, resultantes da transição epidemiológica - caracterizada pelo envelhecimento da população, o aumento das doenças crônico-degenerativas, a persistência de doenças infecto-contagiosas e a emergência de novas doenças - tem se tornado um problema de difícil equacionamento, para praticamente todos os sistemas públicos de saúde existentes. Com efeito, para o bioeticista norte americano Daniel Callahan,<sup>1</sup> considerado um dos maiores especialistas mundiais no assunto, "o custo - econômico, social e psicológico - do sonho da medicina moderna, na sua forma original inflexível, nunca foi, nem é, sustentável. Fato que muito interfere nas políticas de saúde uma vez que o objetivo é a justa distribuição, ao mesmo tempo universal e integral, de bens fundamentais para as diferentes populações que compõem uma nação ou uma região.

No caso específico da situação brasileira, as dificuldades se inscrevem no debate entre a vigência de uma pluralidade de interesses e valores relativos aos diversos segmentos da sociedade, expressando conflitos entre diferentes direitos, deveres, modalidades de acesso e de resolução de seus problemas sanitários. O que demanda, por um lado, a análise crítica e ponderada dos riscos, benefícios, danos e perdas envolvidos nesses conflitos e, por outro lado, a negociação entre os atores envolvidos em busca dos melhores resultados possíveis

advindos de acordos coletivos.

Consideramos que a identificação dos problemas; sua análise crítica; a formulação de políticas públicas que contemplem os interesses legítimos dos vários grupos envolvidos, assim como a definição dos meios mais adequados para a sua implementação são, do ponto de vista bioético, condição necessária e suficiente da tomada de decisão no campo sanitário.

Os pontos a serem analisados a seguir são a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, os princípios e diretrizes da *universalidade* de acesso, da *integralidade* da assistência e *igualdade* do direito, que pretendem garantir saúde e bem-estar a todos os indivíduos necessitados, sem qualquer distinção. Situação que, na forma de lei, provoca interpretações equivocadas por parte dos gestores do SUS e da população em geral que, por exemplo, confundem "universalidade" com o direito de escolher indiscriminadamente o estado, cidade ou instituição em que quer realizar o tratamento. Em seguida, abordaremos a definição de prioridades para a alocação dos recursos escassos frente à demanda crescente de bens e serviços de saúde pela população brasileira.

### SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

A partir do final da década de 80 do Século XX, o sistema de saúde brasileiro adquiriu uma legislação de tipo universalista: a Lei Orgânica da Saúde,<sup>2</sup> que, em seu artigo sete, define, juntamente com a descentralização político-administrativa, as diretrizes do SUS, quais sejam, a *universalização* de acesso, a *integralidade* e a *igualdade* na assistência; e prevê a utilização de dados epidemiológicos para o estabelecimento de prioridades nas políticas públicas de alocação dos recursos em saúde. Com isso, a Lei Orgânica institui o Sistema Único de Saúde ao eleger princípios, critérios e prerrogativas que visam a atingir os objetivos estabelecidos da universalidade da cobertura e do atendimento, da uniformidade e equivalência dos serviços às populações urbanas e rurais, da seleção e distribuição da prestação dos serviços, da equidade na forma de participação no custeio, da diversidade da base de financiamento e do caráter descentralizado e democrático da gestão administrativa, com participação da comunidade.

Essas diretrizes baseiam-se no direito, visto que a carta magna, a Constituição Brasileira (1988)<sup>3</sup>, fixa, em seu artigo 196, que a saúde é um "*direito de todos e dever do Estado*", e garante o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde; ou seja, fundamenta-se no princípio da justiça entendido como igualdade de oportunidade de acesso aos serviços sanitários.

Em 2001, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde

(CNS) decidiu que o período de existência do SUS deveria ser mais profundamente avaliado e que a avaliação sobre seu desempenho seria permanente. Essa decisão gerou o relatório de avaliação dos doze anos de existência do SUS,<sup>4</sup> que assinala "[o] aprofundamento da desigualdade social ocasionada pela crescente concentração de renda, o que agravou as situações de pobreza e exclusão social; [a] persistência de grandes bolsões de fome e pobreza e aumento significativo de violência em todo o país". E acrescenta que<sup>4</sup> "políticas fundamentais para a saúde da população, como as de saneamento básico, não se expandiram no ritmo desejável para atender às necessidades de abastecimento de água e esgotamento sanitário".

O relatório, entretanto, não aprofunda a questão se, por acaso, existem conflitos e incongruências entre os princípios norteadores das políticas sanitárias, nem a discussão sobre as conseqüências da escassez de recursos para uma política de saúde que afirma ao mesmo tempo o universalismo igualitário e a integralidade da assistência. De fato, essa reflexão é necessária se considerarmos o próprio tipo de argumentação do documento, segundo o qual os avanços conseguidos na área da saúde nesses doze anos<sup>4</sup> "são avanços estruturalmente limitados e com custos cada vez menos sustentáveis".

O documento sugere ainda que o resultado do esforço do sistema de saúde poderia ser melhor, caso as políticas públicas de outros setores seguissem a mesma lógica que a do SUS. E induz à conclusão de que os avanços do SUS não são maiores porque outros setores não seguem a mesma lógica, como se pode constatar a seguir:

"A maior causa é intersetorial, com a iniquidade e desigualdade da oferta de bens geradores da qualidade de vida, tais como: renda familiar, trabalho (urbano e rural), emprego, habitação, segurança, saneamento, segurança alimentar, equidade na qualidade do ensino, lazer e outros. O resultado do esforço do SUS seria seguramente bem melhor, caso as políticas públicas referentes aos demais setores estivessem também sob a lógica dos direitos de cidadania, como a do SUS".<sup>4</sup>

Como foi apresentado na Introdução, o problema de escassez de recurso não é privilégio de países em desenvolvimento como o Brasil, mas de todos os países do mundo.<sup>1</sup> Portanto, a citação acima demanda que uma avaliação crítica seja feita sobre as conseqüências de ações de saúde pública que implicam em princípios universais a partir da realidade de recursos escassos, tentando ver também se, por acaso, tais princípios não são incongruentes entre si. O que veremos a seguir apresentando as teorias de John Rawls, Amartya Sen e Schramm & Kottow.

## EQÜIDADE E JUSTIÇA SANITÁRIA

Como pergunta Gracia<sup>5</sup> "dada uma sociedade na qual se produzam e distribuam certos bens e serviços que não existam [em quantidade] suficientes para cobrir as necessidades e os desejos de todos, sobre qual base ou em virtude de quais princípios se produzirão e distribuirão com justiça esses bens e serviços?" Ou seja, como distribuir de forma justa recursos insuficientes? O que fazer quando os recursos disponíveis são quantitativamente menores que os necessários?

John Rawls, em seu livro "Uma teoria da justiça",<sup>6</sup> traz uma primeira e importante contribuição teórica para tentar responder essas perguntas ao introduzir a visão de justiça como equidade. A partir dela, e como enfatiza Schütz<sup>7</sup>, podemos inferir que "só existe *justiça entre iguais*"; portanto, a justiça deve ser entendida não como "*igualdade*", mas como "*equidade*", e isto significa que "tratamentos desiguais poderiam ser justificados".<sup>7</sup>

Amartya Sen, por sua vez, critica a teoria de John Rawls ao introduzir o conceito de justiça como ampliação de liberdades efetivas que possibilitem ao indivíduo satisfazer suas necessidades e, ainda, optar por buscar, ou não, outros bens também considerados importantes para poder expressar suas melhores "capacidades" (*capabilities*).

A referência a esses dois autores permite abordar o conceito de justiça e a correspondente questão da universalidade igualitária, ou compensatória (de acordo com a concepção da justiça como equidade), das ações de políticas públicas. Além desses dois autores, pensamos ser pertinente referir-se a um outro parâmetro bioético para tentar equacionar o problema da justa distribuição de recursos finitos, qual seja, o Princípio da Proteção proposto por Schramm & Kottow.

### John Rawls

Para abordar a questão da justiça nas sociedades democráticas contemporâneas, John Rawls parte da constatação de que as democracias liberais atuais são injustas, pois, nelas, vigora prevalentemente egoísmo e individualismo; isto é, a procura, por cada um, de seu mero interesse pessoal, sem se preocupar para com os interesses dos demais. Para melhorar tal situação, o autor propõe um novo tipo de contrato social para uma sociedade que seja bem ordenada e se pretenda justa, fundada no princípio da justiça entendida como equidade. Para justificar tal ideal moral, Rawls sugere que façamos um exercício mental consistente em pensar uma situação ideal, na qual um grupo de pessoas com total isenção e absoluta liberdade de escolha - em que cada participante ao estabelecimento do contrato fique

na condição, necessária, de não saber qual posição ocupará depois do estabelecimento de tal contrato - cheguem à conclusão de que precisam agir de tal maneira que a justiça equitativa aconteça.

Em outros termos, para Rawls, a situação ideal seria aquela em que se realizassem as condições para que, através de políticas compensatórias que favoreçam os mais desprovidos, se chegasse a uma maior justiça social de fato. Rawls chama tal situação de *posição originária* e a considera "o *status quo* inicial apropriado".<sup>6</sup> No entanto, para Rawls, a *posição originária*, embora seja uma condição necessária, não é ainda suficiente, para garantir que o contrato social seja realizado livre de qualquer influência (ou viés) dos desejos e interesses das pessoas que pertencem ao grupo. Para tentar garantir tal isenção, o autor propõe, adicionalmente, que imaginemos cada membro do grupo coberto por um "véu da ignorância", que permita que ele desconheça qual será sua posição (favorecida ou desfavorecida) no sistema final resultante das políticas que terá contribuído a implementar. Em outros termos, essa isenção asseguraria, na opinião de Rawls, que ninguém fosse "favorecido ou desfavorecido na escolha dos princípios pelo resultado do acaso original ou pela contingência de circunstâncias sociais"<sup>6</sup>. Em suma, Rawls propõe que imaginemos um grupo de pessoas que ignorem sua história passada e sua condição futura na nova sociedade que eles irão determinar. Para ele, essa seria outra condição para podermos imaginar uma sociedade equitativa. De fato, para que a justiça possa ser alcançada, nessas condições, deve-se, por um lado, ter em devida consideração a realidade concreta das pessoas tomadas em seu conjunto, que é justamente a de desigualdade entre pessoas diferentes. E, por outro, agir para que a desigualdade se reduza graças a um contrato que promova políticas compensatórias em prol dos mais desprovidos.

Para manter ao mesmo tempo a inspiração *liberal* que garante os chamados "direitos fundamentais" de cada pessoa e a preocupação com alguma forma de *justiça* entre as pessoas, Rawls sugere que o princípio básico de tal tipo de contrato deva ser aquele que garanta que cada pessoa tenha um direito igual ao mais amplo sistema de liberdades básicas compatível com um mesmo sistema de liberdades garantidas aos outros indivíduos. Mas, para Rawls, este primeiro princípio deve ser complementado com o chamado *princípio de diferença*, segundo o qual, tendo garantido o primeiro princípio e permanecendo desigualdades entre os indivíduos participantes do contrato social, deverão ser priorizadas as necessidades dos menos favorecidos, garantindo-as na prática. Em outros termos, o contrato

social proposto por Rawls prevê que as desigualdades econômicas e sociais devam ser distribuídas simultaneamente de forma justa e que redundem nos maiores benefícios possíveis para os menos favorecidos. Esta seria a condição para maximizar a condição mínima, situação conhecida também como a do *maximin*, na qual o mínimo social deve ser maximizado até o ponto máximo de favorecer os menos favorecidos.

Essa estrutura contratual seria a maneira com que as instituições básicas da sociedade (política, propriedade, sistema legal, economia), juntas em um sistema, atribuiriam direitos e deveres, determinando resultados prováveis para os indivíduos. Resultados que devem ser também bons e que respeitem o que é valioso na vida de uma pessoa, que pode ser o respeito à convicção religiosa, à ambição da carreira ou apenas a um jogo das preferências.

Entretanto, na teoria da justiça de John Rawls, assim como no conteúdo da lei de regulamentação do SUS, existe uma tensão entre a concepção de justiça entendida como igualdade e aquela de justiça entendida como equidade, ou seja, um problema quanto ao fundamento da distribuição igual de bens primários para todos e a defesa da justiça como forma de privilegiar os mais necessitados. O próprio relatório do Conselho Nacional de Saúde evidencia essa situação e a considera um desafio ao afirmar que <sup>4</sup> "[a] construção da Equidade na área da saúde consiste, basicamente, em investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes, entre outros mecanismos, sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que já têm o acesso garantido".

Amartya Sen, que reconhece a grande contribuição de Rawls para o pensamento sobre o conceito de justiça, apresenta, no entanto, críticas à sua teoria. A principal delas, que veremos a seguir, é a de que os bens primários não garantem as liberdades efetivas que tornariam os homens iguais em suas capacidades, pela simples razão que as pessoas são diferentes, tendo, portanto, necessidades e prioridades diferentes. Como avalia Kerstenetzky <sup>8</sup>, "Sen nos propõe uma visão mais ampla dos propósitos humanos que não se detenha no espaço do 'ter', abrangendo o 'fazer' e o 'ser' - algo que corresponde à idéia de "funcionamentos"".

### *Amartya Sen*

Sen parte da análise de algumas correntes teóricas de justiça para, em seguida, propor a sua concepção de justiça. Começa pela análise das teorias libertária, utilitarista e contratualista quando abordam a questão da desigualdade. A teoria libertária, que considera a

desigualdade justa desde que sejam preservadas as liberdades individuais. A teoria utilitarista, que tolera a desigualdade desde que o tratamento desigual promova maior utilidade social, isto é, o bem-estar do "maior número" de pessoas, visto que cada interesse vale a princípio como qualquer outro. Por fim, a teoria contratualista, que, em princípio, considera legítima uma ação se for negociada entre agentes em paridade de condições de negociar e que considera a situação de desigualdade tolerável desde que sejam preservadas as liberdades de cada agente, a igualdade de oportunidades e que se preocupe com a melhoria da situação dos mais desfavorecidos.

Sen considera que todas essas teorias morais, apesar de aceitarem ou tolerarem a desigualdade, pressupõem o igualitarismo e esquecem que<sup>9</sup> "uma das conseqüências da 'diversidade humana' é que a igualdade num espaço tende a andar, de fato, junto com a desigualdade noutro". Em sua opinião, isso afetaria negativamente a posição de Rawls, visto que este autor propõe que os assim chamados "bens primários" devem ser igualmente alocados, ou desigualmente alocados, para servir aos menos favorecidos. Em suma, para Sen, a pluralidade de necessidades e desejos dos seres humanos seria um fator desconsiderado por Rawls, o que tornaria mais difícil para uns que para outros a conversão dos bens primários propostos em capacidades (*capabilities*). Por isso, de acordo com Kerstenetzky<sup>8</sup>, o *rawlsianismo* "[f]racassaria (...) na capacidade de dar expressão ao déficit de liberdade efetiva dos indivíduos desfavorecidos que estiveram expostos à condição de destituição continuada ou à incapacidade física ou mental. [De fato a] igualdade de bens primários não atenderia a estes possuidores de carências especiais que, em relação aos demais, apresentam diferenciadas e desfavoráveis taxas de conversão de bens primários em liberdades efetivas; [logo] a demanda por equidade não satisfaria a demanda por justiça".

Para Sen, a capacidade (*capability*) incluiria a oportunidade e refletiria a liberdade efetiva do indivíduo em realizar ou não uma determinada escolha. E para que isso aconteça, ter os bens primários propostos por Rawls seria uma condição necessária, mas não suficiente, pois, mesmo garantindo a mesma medida de bens primários para todos, ou privilegiando os mais necessitados, isso não seria garantia de que todos fossem capazes de convertê-los em bens valiosos para si.

De fato, devido à diversidade humana de interesses e preferências, não haveria meios de igualar as pessoas em todas as suas "capacidades", consideradas importantes. Portanto, a questão central para Sen é a qualidade da vida que se pode alcançar a partir da

potencialização das liberdades efetivas dos indivíduos de poder escolher alternativas para levarem adiante os seus planos de vida de acordo com suas capacidades.

Apesar das teorias de Rawls e de Sen ajudarem na reflexão sobre o que é e o que não é justo quanto às ações de saúde pública, suas teorias não permitem resolver satisfatoriamente o problema proposto nesse trabalho, que é a questão da alocação de recursos escassos frente a uma demanda crescente de serviços e ações de saúde direcionados por uma política de saúde que garanta, ao mesmo tempo, a *universalidade* de acesso, a *integralidade* e *igualdade* da assistência à saúde.

Por isso, é necessário que se apresente um caminho que, de um lado integre as duas concepções e, de outro, norteie ações pragmáticas que visem atingir resultados efetivos, garantidos pelo Estado. Ações pragmáticas com resultados efetivos significa, *mutatis mutandis*, o mesmo que focalizar as questões prioritárias e, considerando as desigualdades existentes no mundo, diminuir as desigualdades por meio de uma política que só pode ser garantida por um Estado legítimo.

A próxima etapa será, portanto, a de avaliar a proposta do Princípio da Proteção, de Schramm e Kottow, como instrumento adequado para a discussão até aqui apresentada.

### *Schramm e Kottow: Princípio da Proteção*

De acordo com Schramm & Kottow,<sup>10</sup> o princípio de proteção está fundamentado no próprio significado originário da palavra grega *ethos*, que significava, de acordo com os textos homéricos, "guarda" para os animais, vindo a estender-se, em seguida, aos humanos, com o sentido de "proteção" contra qualquer tipo de ameaça externa à integridade de um grupo ou um indivíduo da espécie humana.

Integrada às ferramentas da bioética como um de seus princípios norteadores das políticas públicas em saúde, a proteção é conceituada pelos dois autores como<sup>10</sup> "a atitude de dar resguardo ou cobertura a necessidades essenciais, quer dizer, aquelas que devem ser satisfeitas para que a pessoa afetada possa atender a outras necessidades ou outros interesses". Em outros termos, o princípio de proteção pretende ser um princípio moral mínimo e ao mesmo tempo suficientemente abrangente para que as condições básicas de sobrevivência sejam garantidas (de acordo com a preocupação de Rawls), a fim de permitir a obtenção de outros bens, inclusive aqueles julgados importantes para que cada indivíduo expresse suas capacidades (de acordo com a sugestão de Sen), para melhorar a condição de todos.

Para tanto, os dois autores sugerem que seria mais

adequado partir da "*ética da proteção*" aplicada aos problemas de saúde pública, uma vez que ela possibilitaria direcionar as ações determinadas a atender as necessidades de saúde demandadas pela população por meio de políticas efetivas e corretas no sentido moral. Ou seja, as ações de saúde seriam direcionadas a partir da priorização de demandas de saúde que partissem da efetiva participação da população na tomada de decisão.

A partir dessa exposição, a reflexão bioética aplicada ao campo da Saúde Pública e baseada no Princípio da Proteção passaria a integrar o campo da justiça sanitária, visto que ela permitiria em princípio reformular a questão da escassez de recursos perguntando, por exemplo: partindo da constatação da escassez de recursos, quem o Estado deveria prioritariamente proteger, caso tivesse que escolher? O quê deveria proteger e como? Em suma, Schramm e Kottow<sup>10</sup> fazem do Princípio de Proteção a ferramenta principal para poder começar a avaliação moral de políticas públicas em saúde e que respondam efetivamente às exigências de justiça formuladas tanto por Rawls como por Sen.

Para isso, os autores<sup>10</sup> consideram que devam ser respeitadas as seguintes condições:

- "Considerar a proteção cada vez que determinados objetivos sanitários são publicamente aceitos como inevitáveis por serem indispensáveis".

De acordo com esta condição, o Estado deveria proteger a saúde de suas populações da mesma maneira que, tradicionalmente, protege seu território, a propriedade e a integridade individual contra catástrofes naturais; o que, aliás, já faz parte da história da saúde pública com relação a epidemias por meio da chamada medicina preventiva.

- "Aceitar programas de saúde pública implica na certeza - ou na alta probabilidade - de que as medidas propostas são necessárias e suficientemente razoáveis para prevenir os problemas sanitários abordados".<sup>10</sup>

Em outros termos, os programas sanitários elaborados deveriam contemplar ações cuja efetividade máxima atingida pudesse ser considerada suficiente para neutralizar as ameaças ou agressões que podem afetar os indivíduos e as populações em sua vulnerabilidade.

- "Uma vez aceito como pertinente, o princípio de proteção pode cumprir seu papel plenamente, não podendo ser menosprezado por razões secundárias, já que existe uma necessidade social de exercer a proteção através de ações programadas; ou seja, os eventuais efeitos negativos não invalidam o programa".<sup>10</sup>

Para os dois autores, as autoridades sanitárias deveriam, portanto, assumir algum nível razoável e efetivo de proteção de serviços de cuidado, prevenção e promoção da saúde que deveriam ser submetidos a

alguma forma de cobrança pelos resultados obtidos. Por isso, as ações desenvolvidas deveriam, também, ser submetidas a alguma forma de controle social que averiguasse se as ações executadas contemplam as necessidades sanitárias de interesse comuns. Isso implicaria, inevitavelmente, em ter que enfrentar a controvertida questão da focalização das ações de saúde, integrada à questão moral da responsabilidade e àquela, pragmática, da efetividade das ações propostas, no contexto da existência de uma pluralidade de necessidades humanas e de valores, típica das sociedades democráticas e pluralistas atuais, e que nem sempre é respeitada.

A este respeito, podemos citar o Projeto de Expansão da Assistência Oncológica (Projeto EXPANDE) planejado e em fase de implantação pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), como um exemplo concreto de focalização das ações de saúde. Esse Projeto consiste em implantar, no prazo de quatro anos, a partir de 2001, vinte Centros de Alta Complexidade em Oncologia de nível 1 (CACON 1) em regiões do país com nenhuma ou pouca assistência nessa área específica.

Segundo o Relatório Anual de 2002,<sup>11</sup> do INCA, a "expansão privilegia áreas no país onde não há assistência oncológica ou onde ela é precária; regiões estratégicas do ponto de vista do acesso geográfico e onde é possível atingir uma população de no mínimo 700 mil habitantes, para a qual se espera um alto impacto epidemiológico e social".

Atualmente, o Projeto Expande passa por um redimensionamento de seu primeiro planejamento. Verificou-se, no período compreendido entre 2001 e 2003, a necessidade de dobrar o tempo inicialmente previsto para a implantação de cada CACON 1, pois alguns obstáculos foram encontrados durante o período, tais como a necessidade de um<sup>11</sup> "prazo maior para negociação com as Secretarias dos Estados e Municípios; dificuldades no cumprimento das contrapartidas das unidades, especialmente naquelas que envolvem recursos financeiros; dificuldades técnicas, gerenciais e operacionais no interior do país". A partir dessas observações foi identificada, por exemplo, a necessidade de se adequar regionalmente a base populacional prevista inicialmente, dada as diferentes taxas de incidência e tipos de câncer entre as regiões.

Essa reestruturação, entretanto, não compromete o Projeto Expande que é considerado o marco de um novo modelo de assistência oncológica. Em primeiro lugar porque<sup>11</sup> "fortalece o modelo de atenção integral ao paciente de câncer, intermediado pela instalação de serviços integrados em uma mesma estrutura organizacional. Em segundo lugar, por orientar o

crescimento da rede assistencial a partir de critérios epidemiológicos e de cobertura".

## CONCLUSÃO

Como consta no relatório do Conselho Nacional de Saúde, <sup>4</sup> os avanços na área da Saúde Pública foram limitados e com custos cada vez mais insustentáveis nesses doze anos de existência do SUS, torna-se difícil estabelecer prioridades, razão porque, a rigor, não se consegue aplicar a Lei Orgânica da Saúde<sup>2</sup> em sua integralidade, isto é, sem contradizer pelo menos um, ou outro, dos princípios morais norteadores da *igualdade, integralidade e universalidade*. De fato, o conflito existe, e é patente, uma vez que, numa época de escassez de recursos, se pretende garantir o pleno direito integral à assistência à saúde, sem distinção, a cada indivíduo necessitado e, ao mesmo tempo, garantir tal direito para todos.

A Bioética, criada para tentar compreender e dissolver conflitos de interesses e valores no campo da saúde, constitui indispensável ferramenta para auxiliar a prática gestora de serviços públicos de saúde. Inclusive, em sua dimensão analítica, detectando incongruências entre valores norteadores das práticas sanitárias, sobretudo quando tais incongruências podem levar ao impasse prático na solução de problemas sanitários relevantes.

Com efeito, se, por um lado, as atuais ações políticas de saúde se justificam pelas "garantias legais" para a vida social, por outro lado, não conseguem cumprir com seu objetivo maior que é atender às demandas da população brasileira, ocasionando aumento das desigualdades e gerando cada vez mais injustiça, como pertinentemente destacado pelo relatório do Conselho Nacional de Saúde<sup>4</sup>.

Para tentar equacionar esse problema, sugerimos que os princípios e diretrizes do SUS sejam revistos como princípios válidos *prima facie*, sabendo que, como tais, poder-se-á chegar, na melhor das hipóteses, ao "consenso por interseção" (*overlapping consensus*) proposto por Rawls e, na pior, à diminuição da qualidade das condições de saúde dos menos favorecidos, devido à impossibilidade de conciliar princípios norteadores contraditórios que se anulam reciprocamente, levando praticamente à situação da *res nullius*. Talvez uma maneira

de evitar esta situação dramática seja a de considerar seriamente a utilização de uma ética mínima baseada no Princípio da Proteção como instrumento de reflexão e de atuação para priorizar, ou focalizar, os investimentos do Estado, que inclua o estudo da destinação, alocação, distribuição e controle dos recursos financeiros dirigidos à área da saúde, por meio do controle social, e no qual os cidadãos menos favorecidos se sejam efetivamente protegidos, isto é, atendidos em suas necessidades sanitárias básicas.

## REFERÊNCIAS

1. Callahan D. False hopes: why América's quest for a perfect health is a recipe for failure? New York: Simon & Schuster; 1998.
2. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)
3. Senado Federal (Brasil). Constituição Federal de 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/const88.htm>
4. Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília (Brasil): CNS; 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livro.htm>
5. Gracia D. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Bogotá: Editorial El Buho; 1998.
6. Rawls J. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
7. Schütz GE. Quando o "igual tratamento" acaba em injustiça: um paradoxo bioético das políticas sanitárias universalistas de alocação de recursos [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
8. Kerstenetzky CL. Desigualdade e pobreza: lições de Sen. Rev Bras Ciênc Soc. 2000;15(42):113-22.
9. Sen AK. Desigualdade reexaminada. Rio de Janeiro: Record; 2001.
10. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad Saúde Pública. 2001;17(4):949-56.
11. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Relatório anual 2002. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2003.