

sys: 410309
Gf 2003/020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

A DIMENSÃO ÉTICA E O USO RACIONAL DOS
RECURSOS NOS SISTEMAS DE SAÚDE:
CENÁRIOS POSSÍVEIS

UFRGS
Escola de Administração
BIBLIOTECA
R. Washington Luiz, 855
Fone: (51) 316-3840 - Fax: (51) 316-3991
CEP 90010-460 - Porto Alegre - RS - Brasil

Monografia apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde

ANTONINO GERMANO
Aluno

ROGER DOS SANTOS ROSA
Orientador

Porto Alegre, maio de 2003.

“Guardando alla diversità delle etiche e delle bioetiche non siamo autorizzati a considerarle come una molteplicità di etiche false al cospetto di un'etica vera, bensì come una varietà di risposte cui esseri umani sono pervenuti circa le proprie domande essenziali”¹.

Uberto Scarpelli

1 Olhando a diversidade das éticas e das bioéticas não estamos autorizados a considerá-las como uma multiplicidade de éticas falsas na presença de uma ética verdadeira, mas como uma variedade de respostas a que os seres humanos chegaram em relação às próprias demandas essenciais (tradução minha).

SUMÁRIO

- 5 Cenários possíveis

- 6 Sistema de Saúde Brasileiro
 - Os Modelos Assistenciais
 - A Reforma Setorial
 - A Saúde Supletiva no Brasil

- 11 O Direito à Saúde e a Questão Ética
 - O Direito
 - As Éticas
 - A Dimensão Ética nos Sistemas de Saúde
 - A Dimensão Individual e Coletiva da Demanda de Assistência à Saúde

- 27 Um desafio possível: a recuperação de um sistema de valores para uma assistência à saúde sustentável através da Medicina de Família

- 30 Conclusões

- 32 Referências Bibliográficas

CENÁRIOS POSSÍVEIS

Estamos vivendo em uma época em que a idéia do “fim da história” parece estar se consolidando sempre mais entre os teóricos (e não somente) do gerenciamento, que propõem a administração do Estado segundo métodos e condutas que correspondam à administração de uma empresa, na busca de uma pretendida maior eficiência, independentemente do grau de participação da sociedade.

Depois da crise de 1929, entre os anos 30 e os anos 60, o Estado teve um papel fundamental no desenvolvimento econômico e social, na tentativa de alcançar os “grandes” objetivos da humanidade: crescimento, equidade e pleno emprego (expressão de uma época na qual, do ponto de vista ideológico, poderíamos chamar de social-democrata ou keynesiana) (FIORI, 1996). Esta forma de pensamento do Estado consolidou-se mais fortemente na Europa desta época, quando o conceito de “Welfare State” (bem-estar social) veio a configurar uma sociedade que se preocupava com os direitos dos cidadãos em todos os níveis de expressão e organização do aparato social. A partir de 1973 (crise do petróleo), a economia e a política mundial começam a passar por uma verdadeira situação de crise e instabilidade. No mesmo período, a sociedade passa por “mudanças dramáticas que, em conjunto, constituíram a Grande Ruptura nos valores sociais que prevaleceram na sociedade da era industrial até meados do século 20. Trata-se de um enfraquecimento dos laços sociais e dos valores morais que uniam as pessoas e que, segundo sua hipótese forte, acompanha a passagem tecnológica da economia industrial para a era dos serviços e da informação” (FIORI, 2000).

A partir disso, o foco na gestão do Estado desloca-se para o alcance do equilíbrio macroeconômico, da eficiência e da competitividade. Começam a ser propostas e adotadas medidas de “ajustes estruturais” (era Reagan-Thatcher), e os grandes organismos financeiros internacionais elaboram uma série de receitas que o Consenso de Washington² exprime sinteticamente em 10 pontos: 1) ajuste fiscal; 2) redução do tamanho do Estado (redefinição do seu papel, menor intervenção na economia); 3) privatização; 4) abertura comercial; 5) fim das restrições ao capital

externo; 6) abertura financeira; 7) desregulamentação (redução das regras governamentais para o funcionamento da economia); 8) reestruturação do sistema previdenciário; 9) investimentos em infra-estrutura básica; 10) fiscalização dos gastos públicos e fim das obras faraônicas (GOLFE, 2002).

Os reflexos na área da saúde também são inequívocos, pois estamos assistindo sempre mais ao deslocamento do fórum de debate da OMS (Organização Mundial da Saúde) para a OMC (Organização Mundial do Comércio).

A partir deste cenário, portanto, é que pretendo, nesta Monografia, ao revisar algumas das referências bibliográficas sobre o assunto, apresentar e discutir idéias atualmente existentes sobre os sistemas de saúde, desenvolvendo, ao longo do texto, dois eixos principais: o primeiro será uma reflexão sobre o sistema de saúde brasileiro, como o mesmo foi se constituindo e evoluindo ao longo dos últimos anos. O segundo eixo deste texto busca refletir sobre as implicações éticas e econômicas presentes nesta construção.

Pretendo, portanto, de um lado, evidenciar o indivíduo como centro da lógica humanista (moderna) de direitos e liberdades, em que as novas aplicações técnicas e científicas aumentaram as possibilidades de intervenção sobre seu corpo. Por outro lado, é preciso considerar as implicações econômicas e éticas que derivam das escolhas que se fazem (ou devem ser feitas) nas práticas de saúde, e que estão relacionadas à aplicação deste direito.

É esta, em linhas gerais, a ambigüidade e a complexidade do problema que aqui pretendo apresentar, não com a intenção de mostrar uma única saída ou um único cenário. Neste mundo e neste tempo, muitas são as possibilidades e este será, sem dúvidas, apenas um dos cenários possíveis.

2 Termo usado, em 1989, por John Williamson para descrever as idéias de mudanças econômicas que, naquela época, emanavam de Washington (sede de organismos políticos e financeiros) e que estavam sendo impostas aos países em desenvolvimento.

SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Modelos Assistenciais

Modelos de atenção à saúde ou *modelos assistenciais* podem ser definidos como o conjunto de ações de intervenção no processo saúde-doença. Na realidade, não existem “modelos puros”, pois a estruturação da atenção à saúde é ligada à realidade histórica que responde a condicionantes de ordem política, econômica, técnica e cultural. Podemos, então, afirmar que os modelos de atenção à saúde são “historicamente construídos” (BARBOSA, 2002). A configuração dos modelos diz respeito ao tipo de financiamento, à gestão da demanda e ao tipo de práticas de saúde. O financiamento pode ser *excludente*, quando o acesso aos serviços de saúde é regulado com base na proporcionalidade da contribuição da pessoa ou grupo de pessoas, ou *redistributivo* quando são observados princípios de equidade. A gestão da demanda pode ser gerada de forma espontânea por parte dos usuários, pode ser direcionada, ou ainda, as ações de saúde podem ser independentes da demanda. As práticas de saúde, no Brasil, consolidaram, no século passado, dois principais modelos: o sanitarismo campanhista e o modelo médico-assistencialista (MENDES, 2002). O primeiro, voltado ao combate das endemias, se fundamenta no modelo epidemiológico da tríade causal das doenças, ou seja, agente-hospedeiro-ambiente. Todas as ações de saúde, freqüentemente impostas à população³, deveriam ser capazes de identificar o ponto mais fraco desta relação e intervir no processo saúde-doença (SABROZA, 2002). Desta lógica assistencial teve origem, no Brasil, a chamada saúde pública.

O modelo médico-assistencialista se desenvolveu paralelamente ao processo de industrialização e urbanização do país (segunda e terceira décadas do século passado). A lógica de base deste modelo é atender a demanda definida pelos trabalhadores, com base na própria auto-avaliação (queixas de saúde). Esta lógica era, porém, ajustada à exigência da indústria de dispor de mão-de-obra saudável e deu origem ao sistema

3 No Brasil, o caso mais famoso de imposição de ações de saúde pelas autoridades públicas, foi a obrigatoriedade da vacina antivariólica que causou uma forte reação popular, conhecida como a *Revolta da Vacina*, em 1904 no Rio de Janeiro. Na época o médico Oswaldo Cruz tinha sido nomeado diretor da Secretaria de Saúde Pública da cidade (MEIHY, 1995).

previdenciário que cobria inicialmente apenas o trabalhador e sua família (IAP's, INPS, INAMPS⁴).

Ao longo dos anos, durante a expansão do setor industrial e da atividade econômica urbana, este dualismo se caracterizou sempre mais entre os dois modelos. De um lado, as atividades preventivas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais, chamadas de saúde pública e, de outro, as atividades curativas dos institutos previdenciários. A unificação dos institutos consolidou, na década de 70, a hegemonia do modelo médico-hospitalar-privatista, que estimulou uma forte expansão de uma rede privada de prestadores de serviços de saúde, que dependiam do financiamento público (a maior parte contratados pelo INAMPS). Este quadro foi propício ao nascimento do chamado modelo de saúde supletivo. Os setores mais dinâmicos da economia que, originariamente, tinham se organizado nos institutos, agora davam origem aos planos de saúde, com a finalidade de oferecer à própria força de trabalho uma condição especial de assistência médica.

As principais características dos modelos de saúde predominantes no Brasil, o sanitarismo e o assistencialismo médico, podem ser sintetizadas conforme o quadro abaixo:

Sanitarismo	Assistencialismo Médico
Financiamento público estatal	Financiamento misto (estado, empregador)
Acesso universal	Acesso à população definida
Ações enfaticamente de prevenção	Ações curativas
Ações programadas	Atendimento à demanda
Ações sobre o ambiente e sobre a coletividade	Ações individuais

4 IAPs: Instituto de Aposentadorias e Pensões (vigência: 1933-1966)
 INPS: Instituto Nacional de Previdência Social (vigência: 1966-1990)
 INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (vigência: 1977-1993)

Práticas não necessariamente médicas	Práticas enfaticamente médicas
Ações não hospitalares	Ações enfaticamente hospitalares

Visando à superação desta dicotomia, durante as décadas de 80 e 90, com o novo cenário político nacional, operou-se um processo de transformação na perspectiva de um novo modelo baseado na integralidade da atenção à saúde, que culminou com o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dessa afirmação e, mesmo este modelo tendo sido consagrado pela norma constitucional, não se pode admitir, porém, que isso represente um marco inicial, pois precisamos entender que o SUS representa a expressão de um processo social em movimento e, como tal, não possui um começo determinado e não possuirá um momento definido para seu término (MENDES, 2002).

A Reforma Setorial

A implantação do SUS foi uma inovação que deveria apresentar, entre outras vantagens, as virtudes da descentralização, da universalidade, da equidade e da gestão participativa. Este modelo, porém, viveu e continua vivendo, desde o início de seu processo de constituição, uma crise que é decorrente das dificuldades mais gerais, econômicas, sociais e políticas do país.

Frente à precarização de implantação desse sistema, observou-se um forte estímulo ao processo de empresariamento da saúde que culminou na implantação de um modelo assistencial que vinha, desde meados dos anos 60, se apresentando como alternativa mais eficiente ao sistema público. As poucas restrições governamentais permitiram que as empresas do setor pudessem limitar as coberturas de saúde a cuidados médicos básicos, enquanto o gerenciamento dos casos de alto risco (por exemplo, doenças crônicas) continuavam ficando no âmbito do setor público. Isto, combinado com o ambiente econômico da época (instabilidade monetária e inflação alta), permitiu um forte ganho para o setor e poucos incentivos para as reformas do setor saúde.

Nestes últimos anos, tentando preencher estas lacunas, o governo começou a delegar sempre mais ao setor privado áreas de atuação que, por definição histórica, lhe

pertenciam. Foi neste sentido que a Lei 9.656, de 03/06/1998, passou a regulamentar os planos de saúde, e com a qual foi aberto o universo da cobertura de doenças e problemas de saúde sob responsabilidade dos planos privados.

A convicção que um sistema privado forte e estável pudesse melhorar o sistema de cuidados médicos e assegurar uma cobertura adequada aos cidadãos que aderissem ao mesmo, foi o pressuposto da reforma legal. O governo acreditou que fortalecendo esta área, os brasileiros mais ricos e as empresas que patrocinavam planos de saúde, escolheriam de usufruir da cobertura dos planos privados. Assim, com o desagravo relativo das finanças públicas, mais recursos sobrariam para subsidiar cuidados de pessoas impossibilitados de comprar a assistência privada.

A conseqüência imediata foi que as empresas da área de saúde tiveram que procurar novas fórmulas, a fim de se adequarem a este “novo mercado”, para continuarem prestando seus serviços e poderem oferecer produtos/serviços que as fizessem mais competitivas. O impacto da medida legal, no sentido da regulamentação, teve papel positivo porque permitiu a criação de meios de avaliação, controle e fiscalização de um setor onde a circulação de valores é fortemente expressiva. De outro lado, observou-se, também, o crescimento dos custos médicos, com substancial impacto no orçamento das operadoras do setor, que encontraram dificuldades em enfrentar esta nova situação, até por falta de estatísticas adequadas sobre perfil de uso que incluísse cobertura de doenças que previamente eram excluídas. Isso contribuiu para um aumento progressivo nos valores dos planos, fazendo com que muitos empregadores, que ofereciam benefícios, revisassem suas despesas e fossem buscar planos de menor custo (freqüentemente de baixa qualidade, mas financeiramente mais atrativos).

Hoje, a assistência à saúde suplementar, assim como é definido o setor privado dos planos de saúde, envolve uma complexa variedade de processos que relacionam empresas empregadoras, operadoras de planos de saúde, hospitais e provedores de serviços.

As mudanças do setor, porém, continuam a ser realizadas em um contexto de desregulamentação da economia. O “consenso reformista” que está dando o rumo a

estas modificações na área da saúde, pode ser resumido em alguns pontos fundamentais:

- Reestruturação do mix público/privado para prestação de serviços médicos;
- Separação entre provisão e financiamento;
- Construção de mercados regulados ou gerenciados;
- Redução da ênfase do gasto hospitalar;
- Redirecionamento para práticas extra-hospitalares.

De um lado, está a esfera do governo com as ações reguladoras, e de outro, os agentes de mercado e os prestadores privados e semipúblicos. Com a Lei 9.656 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as conseqüências mais gerais da reforma administrativa são representadas pela introdução de elementos de universalismo normativo, tripartismo, parametrização burocrática e pactuação política (ROSA e BORDIN, 2002).

Atualmente, a maior parte dos estudos e das propostas de intervenção no campo da saúde demanda uma compreensão da política de saúde e da sua correspondente estrutura de produção de serviços.

O tema das políticas institucionais para as demandas que se originam das necessidades de saúde da população e da satisfação dos usuários será aqui tratado com maior ênfase. A igualdade do acesso à cura pode ser considerada, face às considerações feitas até agora, um princípio inalienável (ou um direito)? Ou deve ser considerada como uma experiência destinada a renovar-se? Como refletir sobre a dimensão ética nos sistemas de saúde?

O DIREITO À SAÚDE E A QUESTÃO ÉTICA

O Direito

Início este capítulo com uma indagação: o direito à saúde é uma verdadeira conquista devida à evolução das consciências dos homens ou é expressão de outras necessidades?

A saúde começou a ser considerada como direito logo depois da Segunda Guerra Mundial. Este direito está na base do ato constitutivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 7 de abril de 1948. Mas como se chegou a isso?

A OMS nasceu com base em dois objetivos formais: como emblema concreto do esforço de colaboração internacional na luta contra as doenças – iniciado em meados do século XIX –, e como movimento político e ideal que colocava a saúde dos indivíduos e das populações no centro da iniciativa política e da ação internacional. A chegada na Europa, respectivamente em 1830-37 e em 1846-50, das duas primeiras pandemias de cólera, “doença nova”, desconhecida e terrível, motivou que, em 1851, os governos europeus promovessem, em Paris, a Primeira Conferência de Saúde Internacional, com a finalidade de tomar as medidas necessárias para impedir a chegada e o avanço de novas pandemias (HOWARD-JONES, 2003). Tratou-se, na época, de medidas de natureza exclusivamente defensivas e protecionistas contra epidemias que provinham de territórios não europeus, enquanto outras doenças graves, mas presentes de forma endêmica na Europa, como a varíola, a febre tifóide, a malária, nem entravam na pauta das reuniões.

Os principais motivos, porém, que estavam na base das discussões das conferências internacionais, que se sucederam durante as primeiras décadas do século XIX, eram relacionados com o interesse nas novas atividades comerciais internacionais. Se buscava chegar a um acordo sobre o risco que se corria e quais medidas de quarentena e de controle deveriam ser introduzidas nas fronteiras para impedir a difusão das doenças infecciosas, sem que isso influenciasse negativamente as transações comerciais internacionais com os países interessados (FIDLER, 2001).

Contudo, após o nascimento da microbiologia (que contribuiu para esclarecer os mecanismos da transmissão das doenças infecciosas e, portanto, da inutilidade das quarentenas), a política protecionista e defensiva deu lugar à criação de instituições de saúde realmente internacionais ou, melhor dizendo, supranacionais, cuja finalidade principal e declarada era a luta ativa contra as doenças infecciosas no mundo inteiro. Foi em 1892 que se realizou, em Paris, a primeira Convenção Sanitária Internacional (*International Sanitary Convention*), então limitada unicamente à cólera e que, cinco anos depois, se estendia à luta contra a peste, para, em 1926, ser ampliada para incluir também a varíola e a febre tifóide. Finalmente, em 1933, as resoluções de tal convenção foram adotadas para a navegação aérea (FIDLER, 2001).

O governo dos Estados Unidos em 1902 criou, em Washington, a Repartição Sanitária Internacional que se tornou, em 1923, a Repartição Sanitária Pan-Americana (*Pan American Sanitary Bureau*), atualmente estrutura regional da OMS. Em 9 de dezembro de 1907, os delegados de doze Estados participaram de uma “Conferência para a criação de um órgão internacional de higiene pública” e firmaram o Acordo de Roma, criando o *Office International d’Hygiène Publique* (OIHP), com sede em Paris. Esta nova estrutura deveria ser uma nova instituição sanitária nascida do «encontro entre ciência e diplomacia» (WHO, 2003). A sua finalidade permanecia igual à da primeira conferência sanitária: “defender” os países industrializados, buscando obter a máxima proteção sanitária com o mínimo de obstáculos ao comércio e à livre circulação de pessoas, sob a égide da “aplicação da doutrina geral do liberalismo às normas sanitárias” (DALLARI, 1998). Esta intenção de regulação sanitária, entretanto, permanecia ainda eurocêntrica, dado que as doenças infecciosas eram consideradas como uma ameaça permanente contra os “estados civilizados”. Ao organismo recém criado foi solicitado, pela primeira vez, que desenvolvesse também “obra de humanidade e de solidariedade internacional, obra de filantropia e de progresso” (FIDLER, 2001). Foi assim que nasceu o interesse, por parte de entidades como a Fundação Rockefeller, de desenvolver um papel importante para o financiamento da Medicina Tropical e de outros “organismos filantrópicos” e científicos como os da rede de Institutos Pasteur. Ou seja, não se tratava mais de proteger somente os territórios dos estados civilizados da ameaça das epidemias provindas dos outros países, mas também tentar evitar que

essas doenças se propagassem no interior desses últimos. Em outras palavras, era necessário cortar o mal pela raiz. Além disto, a “nova higiene” não considerava ser suficiente que a luta contra as doenças fosse somente tarefa da Medicina tradicional, era necessário, também, “melhorar o homem (...) acentuar a vitalidade, temperar o sistema nervoso, porque não ser doentes não basta mais” (HOWARD-JONES, 1950).

Terminava a época das barreiras geográficas contra as doenças infecciosas, reconhecendo a necessidade de lutar contra as doenças lá nos focos de origem: os países tropicais. Agora, a tarefa principal das organizações de higiene e a finalidade das políticas de saúde pública deviam ser o melhoramento das condições sanitárias gerais de cada país.

É neste contexto que, entre o primeiro e segundo conflito mundial, se definem as tendências que culminarão com a criação da OMS. Em 1945, a Conferência das Nações Unidas de São Francisco, sobre proposta das delegações do Brasil e da China⁵, reconhece a saúde como um dos fatores essenciais para alcançar condições de estabilidade e de bem-estar. Em 1948, é criada uma organização de “saúde”, que depois de um longo debate, é definida como “mundial” e não “internacional”. A Organização Mundial de Saúde define desde logo como seu objetivo “a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível” (WHO, 1946). A noção de “saúde” substitui aquela de “higiene” empregada pelas organizações internacionais anteriores e indica a passagem de uma ação negativa e de defesa em relação às doenças infecciosas para uma ação positiva que tenta operar todos os recursos da Medicina preventiva e curativa e todos os fatores de melhoramento físico e mental dos indivíduos e dos povos, em todas as partes do mundo, independentemente das diferenças sócio-político-econômicas existentes.

No caminho para o alcance do objetivo de um governo mundial no campo da saúde, a OMS encontrou as mesmas dificuldades que se manifestam no nível das políticas nacionais de saúde: a tensão entre tentativas de coerção e respeito da liberdade individual e a autonomia dos diversos estados; a dinâmica entre conhecimento científico e técnico e a rigidez das legislações e dos protocolos internacionais; a

5 Interessante observar o aparente contra-senso desta iniciativa, pois justamente as delegações de dois países periféricos propuseram aquilo que vinha sendo debatido e defendido pelos países ricos.

contradição entre rapidez desejada para as ações de saúde e a lentidão das estruturas burocráticas centrais e periféricas. Mas como vimos, à saúde agora é reconhecido o *status* de direito (independentemente se isso foi imposto ou não) e como tal deve ser garantido, e é assim que está previsto na Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 196 inspirado no preâmbulo da Constituição da OMS que define a saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Temos que admitir, porém, que apesar de inovadora, a definição da OMS é abstrata e falha, pois não leva em consideração que a saúde é um conceito relativo. A saúde de indivíduos e/ou grupos de indivíduos, com estabelecido nicho social, tem que ser vista em relação a suas expectativas, suas capacidades e os ambientes eco-sócio-políticos em que vivem. Sendo assim, os indivíduos ou grupos que não são capazes de promover o seu desenvolvimento pleno, se tornam dependentes de um “órgão mais forte” que lhes dêem condições de manter seu “estado de bem-estar físico e mental”. O problema reside próprio neste “órgão forte”, que não sempre, ou melhor, raramente, consegue garantir este direito, sobretudo nos países “periféricos”. E, no Brasil, o “desenho constitucional moderno”, no campo da saúde, ocorreu contemporaneamente ao “avanço inexorável de uma crise fiscal e política do Estado, que sinalizava o esgotamento da estratégia nacional-desenvolvimentista e da coalização sociopolítica que a sustentou durante os anos de esforço industrializante e de fracassos sociais” (MENDES, 2002). A discussão agora é centrada sobre qual seria o nível de cuidado que um cidadão teria direito e qual autoridade teria que estabelecer eventuais limites, isto é, o problema da alocação e distribuição dos recursos.

As Éticas

O uso dos recursos na Saúde representa uma situação de conflito que leva a implicações diferentes segundo a perspectiva considerada. A decisão de como alocar os recursos e eventualmente estabelecer critérios para fazer uma lista de prioridades é de suma importância para se pensar nas questões relativas à ética na saúde. Diante desta complexidade de definições, talvez devêssemos falar de éticas, pois dependendo do

contexto estrutural em que se decide o que é justo dar, para quem e em que condições, teremos respostas diferentes e coerentes com o modelo considerado.

Mas, qual/quais modelo(s) considerar? Sob qual ótica sustentaremos nossas afirmações? Nesse sentido, e por questões metodológicas, tomo emprestado de Max Weber (*apud* BORTOLOTTI, 2003) o conceito de “juízos de valores”. Segundo Weber, expressar um juízo de valor é pessoal e subjetivo, portanto, é preferível falar “em relação aos valores”, cuja expressão implica num processo de seleção/organização da realidade para obter uma ciência objetiva. Por exemplo, dois sujeitos históricos podem expressar juízos de valores muito diferentes sobre a liberdade política. Portanto, a tarefa do pesquisador não é expressar um juízo sobre este valor ou sobre a interpretação que os sujeitos dão. Ele deve evidenciar os aspectos importantes e dominantes de uma época/civilidade/formação social e delinear o desenvolvimento lógico dos fatos (*idem*).

É importante observar, tal como nos assinala Bauman (1997), que sempre corremos o risco de nos depararmos com nosso “impulso moral” que foge de toda a codificação e convenções preestabelecidas, pois este não possui razão de existir fora delas, nasce como liberdade de toda a fonte de heteronomia e nos leva a formular juízos de valores. No entanto, cabe questionar: quais valores? Qual o sentido de justiça que serve como referencial?

Aristóteles é comumente reconhecido como o primeiro a definir de forma completa o conceito de justiça, com a distinção que ele faz entre *justiça particular*, como legalidade; *justiça universal*, como igualdade; *justiça corretiva* ou *comutativa*, como referência às corretas relações interpessoais; *justiça distributiva*, como destinação diferenciada de bens públicos (ARISTÓTELES, 2002). Estes conceitos influenciaram o pensamento filosófico e jurídico até o século XVII, quando começaram a prevalecer posições diferenciadas, como aquela utilitarista, a liberal (hoje neoliberal) e a social igualitária. Todas estas posições – desde as mais antigas, como a platônica que diferenciava a Medicina dos homens livres daquela dos escravos, até as atuais que pretendem realizações de universalidade, de equidade, de integralidade, etc. – entram, também, na discussão sobre o sistema geral da convivência civil e sobre o sistema de saúde. No conceito de justiça, em nosso caso, temos que considerar qual o papel que as três partes – estado, prestador e paciente – devem desempenhar ou desempenham. É neste cenário

que acontece a relação médico-paciente⁶, e que é fortemente influenciada pelas formas que a “justiça” e a “moral” assumem. E a ética médica podemos afirmar que, talvez, seja a última ciência não física a sofrer um processo de “matematicização” que a envolveu em uma rápida progressão com a Economia e a Biologia antes, e as Ciências Sociais e do comportamento depois.

De forma esquemática poderíamos apresentar três modelos éticos que orientam as escolhas na Medicina em relação aos aspectos considerados:

	Época pré-moderna	Época moderna	Época pós-moderna
A boa medicina	«Qual tratamento traz maior benefício ao paciente?»	«Qual tratamento respeita o doente nos seus valores e na autonomia das suas escolhas?»	«Qual tratamento otimiza o uso dos recursos e produz um paciente/cliente satisfeito?»
O ideal médico	Paternalismo benévolo	Autoridade democraticamente compartilhada	Liderança moral, científica, organizativa
O bom paciente	Obediente (<i>compliance</i>)	Participante (consentimento informado)	Cliente <i>justamente</i> satisfeito e consolidado
A boa relação	Aliança terapêutica (o médico com o <i>seu</i> paciente)	Contrato terapêutico (profissional-usuário)	Pacto para a saúde (Governo/Empresas/ População)
Quem decide	O médico, em «ciência e consciência»	O médico e o paciente juntos (decisão consensual)	Negociação entre todas as partes envolvidas
Princípio-guia	Beneficência	Autonomia	Justiça

Fonte: SPINSANTI, 2002.

6 Embora enfatize, por questões históricas e culturais, a relação médica na redação desta monografia, reconheço que a área da saúde é hoje composta por pelo menos treze profissões, reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 218/97).

Parece claro que, em todos os casos, a cooperação do paciente constitui uma condição prévia e indispensável para o alcance do resultado terapêutico. Porém, este consenso se expressa de forma diferente segundo a época considerada. Na época pré-moderna, se observa a necessidade de *compliance* do paciente, ou seja, uma estabilidade psicológica que leva o mesmo a estabelecer uma relação de confiança com as pessoas envolvidas no seu tratamento clínico. O médico deve inspirar nos seus pacientes gratidão, respeito, confiança. Aqui, os limites entre a indicação clínica e outros critérios de ordem social ou moral tendem a se esvaecer, pois a ética se inspira unicamente no “bem do paciente”, caracterizando uma situação de moralismo paternalístico.

Quando mudamos de cenário, a sociedade passa a ser influenciada pelos traços constitutivos da época moderna, em que, a partir do Iluminismo, assume importância o sentido de emancipação da pessoa, o ideal da autodeterminação. Podemos, porém, afirmar que a Medicina ficou por muito tempo impermeável a estas idéias/ideais, pois, somente há cerca de vinte anos começou a transição da ética médica à bioética, que representa a passagem para a época moderna.

No novo modelo, à autonomia do médico se contrapõe a autonomia do paciente. Este último agora se comporta como se fosse já um “usuário” de um serviço prestado por um profissional, que coloca à disposição o seu saber e sua competência. O doente tem referenciais de valores que não necessariamente coincidem com os do médico. Esta situação, que pode desencadear um conflito, nasce do fato de que na Medicina ainda não existe para cada patologia uma única solução terapêutica, um único caminho diagnóstico. As escolhas, então, levarão em conta, entre as alternativas de tratamento, aquelas que mais se relacionam com o referencial ético de cada pessoa (médico e/ou paciente).

Enquanto na Modernidade, de acordo com Weber (1980), no ensaio “Rejeições religiosas do mundo e suas direções”, se diferenciam esferas de valores, que compreendem ciência, lei e moralidade, geradas em um processo cultural de racionalização, na nova perspectiva dada pelos ensaios da Pós-modernidade assistimos a crise da racionalidade e dos projetos de transformação da sociedade ligados ao eixo racional da organização social (racionalidade, eficiência, funcionalidade). O pós-moderno é o sinal de ruptura com a visão iluminista, que pressuponha a existência de

um mundo real que existe independentemente de nossa experiência, pensamento e linguagem. São estas as posições que fundamentam também o perspectivismo, o pragmatismo, o construcionismo social, o desconstrucionismo e o relativismo (SEARLE, 1997). Os conceitos se aplicam também no campo da pesquisa, em que, segundo o próprio Weber (*apud* BORTOLOTTI, 2003), o sujeito está duplamente presente, nos dois lados do conhecimento, demonstrando a insuficiência da explicação e a necessidade da compreensão. O médico, então, mesmo com essa limitação da busca do conhecimento, se tornará moralista quando, para agir, deverá escolher no mundo das possibilidades? A moral pode justificar o processo de escolha? Isso é um exercício muito difícil, pois a ética médica, ainda hoje, é essencialmente uma ética hipocrática-cristã, normativa, impostada no princípio da beneficência, pois, em geral, os profissionais médicos não estão “acostumados” a usar as outras categorias decisórias, como as baseadas na economia, na gestão dos recursos, nos custos/benefícios, etc. O médico está “acostumado”, na maior parte das vezes, a obedecer a seu *ethos*: o seu senso moral, ou melhor, o seu impulso moral, no qual se baseia o princípio da *Beneficência*. Mas este princípio pode esbarrar com outros dois: o da *Autonomia* do paciente e o da *Justiça* da sociedade. Veremos como isso acontece.

A Dimensão Ética nos Sistemas de Saúde

O princípio da *Autonomia* introduz não somente uma mudança ética, mas também uma revolução jurídica: o médico gradualmente se despe da roupa do respeitável e impunível sacerdote da saúde, para vestir aquela de técnico que estipula um contrato com o próprio cliente. A relação prestador-paciente e prestador-cidadão é uma relação individual que, como vimos, está sempre mais mediada e regulamentada por relações econômicas e jurídicas. Seria como dizer que junto ao leito do doente estão sentados um médico, uma enfermeira, um economista, um filósofo e até um juiz. A saúde como bem comum se torna um bem econômico e, como tal, está diretamente implicada com o uso dos recursos. Neste caso, assistimos, atualmente, a uma dupla distorção: a tendência em limitar o conceito de recurso somente aos obstáculos financeiros, e aquela de introduzir critérios de racionamento, isto é, em circunscrever

todas as demandas (quais recursos, quando, como, para quais finalidades, com qual comprovada eficácia, etc.) em uma somente: para quem?

A palavra racionamento, para o nosso contexto, não será aplicada no sentido da **distribuição** de recursos para todos, mas no sentido da **exclusão**, ou seja, da seleção de quem deve ser tratado e como deve ser tratado. Paralelo ao racionamento explícito existe, também, uma espécie de racionamento oculto, isto é, uma seleção implícita dos doentes. Algumas pesquisas, por exemplo, demonstram que o tempo médio de duração da consulta médica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, é de 1 a 5 minutos, enquanto para pacientes de consultas particulares é de 20 a 30 minutos (KIYOHARA, 2001).

Quando consideramos a questão da alocação dos recursos no campo da saúde, evidencia-se um conflito que existe entre os diferentes modelos éticos, principalmente entre aquele utilitarista, baseado na “maximização da utilidade coletiva” sobre os modelos de alocação inspirados no cálculo custo-benefício, e aquele deontológico, onde o princípio ético de fundo tem a supremacia sobre os cálculos custo-eficácia. Comumente se pensa que a abordagem deontológica consista, no âmbito médico, em um dever incondicionado em relação a cada paciente e que, portanto, não se pode negar nada a ninguém. Mas uma interpretação tão rígida seria incompatível inclusive com a própria profissão médica, pois a deontologia consiste em salvaguardar alguns princípios como prioritários - *prima facie*⁷ – em relação aos outros. Como exemplo, podemos citar o caso em que para o médico cada paciente tem que ser tratado igualmente bem e de forma eficaz, representando a equidade como sendo a referência *prima facie* da alocação dos recursos, enquanto o balanço custo-benefício pode vir em segundo plano.

Um problema importante que temos que considerar é que freqüentemente as escolhas no âmbito da saúde são ou querem ser, aparentemente, *value-free*, enquanto escondem modelos éticos implícitos. Gostaria de dizer, desde já, que minha posição é a favor de uma forma mista entre o modelo ético/deontológico (a equidade como valor

7 “Que se pode constatar de imediato, sem ser necessário examinar melhor; claro, evidente, óbvio” (HOUAISS, 2001). Este termo foi usado em 1930 por Sir David Ross, filósofo moral, indicando deveres que devem ser cumpridos a menos que não entrem em conflito com outros deveres de igual ou maior porte (GOLDIM, 2003).

prima facie) e o modelo utilitarista, que para os governos é sem dúvida a questão central. Demonstrarei, a seguir, o porquê desta escolha.

Começo resumindo algumas experiências muito diferentes de “racionamento” da assistência médica, e vou tentar fazer uma análise ética, considerando, de uma forma mais geral, as implicações éticas da Medicina Baseada em Evidências⁸ (EBM: *Evidence-Based Medicine*).

O racionamento da assistência à saúde nem sequer foi cogitado na impositação do SUS no Brasil, assim como a referência aos “níveis essenciais de assistência”. No entanto, em outros países ou culturas, racionamentos da assistência são já uma experiência consolidada. Como exemplo, podemos citar o racionamento italiano da “lista negativa”, ou seja, do conjunto de procedimentos médicos cuja cobertura é excluída por parte do sistema público de saúde (*SSN: Sistema Sanitario Nazionale*) por julgá-los inapropriados e de eficácia não comprovada. Acredito, no entanto, que o limite entre procedimentos essenciais (eficazes, apropriados e necessários) e os não essenciais seja pouco definido, e que seria útil conhecer experiências de outras realidades para poder identificar situações polêmicas no plano ético.

Podemos citar pelo menos quatro modalidades de seleção de procedimentos, que serão na continuidade do texto melhor explicitados, que representam exemplos de diferentes exercícios éticos em relação ao racionamento: (a) aquela baseada nas pessoas (como no sistema de saúde americano, em que o acesso ao sistema é segmentado de acordo com o fato do cidadão possuir o seguro privado de saúde ou se for enquadrado como alguém que tem direito à assistência pública⁹); (b) uma seleção de procedimentos baseada na gravidade clínica, como aquela que se atua na Nova Zelândia; (c) uma seleção de procedimento baseada no impacto em termos de saúde na população e na relação custo-benefício ou custo-utilidade, como naquela praticada no *Oregon Health Plan*¹⁰; (d) e,

8 Achei interessante a seguinte definição da Medicina Baseada em Evidências: “*Evidence-based medicine is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients*” (SACKETT, 2003).

9 Dado que o SUS brasileiro tem a característica da universalidade esta modalidade não é pertinente. Confesso, todavia, que tenho dúvidas em relação ao conceito desta “universalidade”, pois o art. 32 da Lei 9.656 de 03/06/1998 (a lei que regulamenta o mercado privado de assistência à saúde), que estabelece ressarcimento ao SUS por parte das operadoras de plano de saúde, representa, independentemente dos critérios de justiça aplicados, uma forma de discriminação oficial entre cidadãos: os que têm seguro e os que não têm.

10 Experiência do Estado de Oregon, nos Estados Unidos.

enfim, uma seleção baseada em critérios éticos estabelecidos *a priori*, como no documento sueco sobre as prioridades da assistência médica¹¹. Muito sinteticamente, poderíamos afirmar que o caso (a) se inspira na teoria liberal, o caso (d) na filosofia deontológica, e o caso (c) na abordagem utilitarista que se baseia na combinação de avaliações científicas (eficácia) e estimativas quantitativas, como a frequência da patologia, seu desenvolvimento e seus custos.

A experiência da Nova Zelândia, proposta principalmente por Hadorn (1997), é de uma certa forma uma experiência circunscrita, sendo limitada ao racionamento de alguns tipos de intervenções cirúrgicas¹², cuja cobertura, por parte do sistema público de saúde, seria regulada por uma escala de pontos dados a cada caso clínico. Neste sistema, o critério da pontuação é em parte clínico, baseado no grau de avanço da doença, de sua gravidade e de sua capacidade de impedimento do desenvolvimento de funções sociais por parte do paciente. Por exemplo, a pontuação relativa à catarata se baseia na acuidade visual, no grau de perda da visão (mesmo por motivos diferentes da catarata), em outros motivos de debilitação e nos efeitos relativos à limitação da capacidade de trabalho, ou de cuidar de pessoas dependentes e de ter um trabalho independente. A cada um destes critérios foi dado um peso diferente através de um processo complexo que envolveu grupos de trabalho multiprofissional, e que utilizou o método de Delphi¹³ para a realização do consenso. A pontuação obtida define se o tratamento terá cobertura ou não por parte do sistema público de saúde, uma vez que o Estado decidiu financiar exclusivamente os casos que se encontram além de um certo limiar com base no orçamento (*budget*) disponível (sem comportar, obviamente, riscos significativos para os casos excluídos). De outro lado, agir desta forma implica em tratar gratuitamente somente condições de doença relativamente avançadas, em desvantagem então da

11 O documento final (*Ministry of Health and Social Affairs. Health Care and Medical Priorities Commission. No easy choices--the difficult priorities of health care. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs, 1993:93*) discute e propõe princípios éticos nos quais os gestores e profissionais de saúde podem fazer referência. Tais princípios são, em ordem de importância "o princípio da dignidade humana, o princípio da necessidade e da solidariedade e o princípio do custo-benefício" (MCKEE, 1996).

12 Os procedimentos em questão são: a cirurgia da catarata; o *by-pass* aorto-coronariano; a colocação de prótese da articulação coxo-femoral e do joelho; a colecistectomia; a timpanotomia para tratamento da otite média exudativa (HADORN, 1997).

13 É um método estatístico interativo que prevê favorecer, através de avaliações expressas em mais de uma consulta e técnicas de *feedback*, um mecanismo de autocorreção e de convergência das diferentes opiniões sobre o assunto tratado ou permitir o nascimento de eventuais posições críticas. Para maiores detalhes sobre este método ver: <http://www.iit.edu/~it/delphi.html>.

prevenção secundária; ou seja, quem quer se tratar na fase mais precoce da doença tem que recorrer ao mercado privado. Uma situação discutível se pensamos no papel da tutela à saúde – equidade da assistência – que o Estado teria que ter. O caso da Nova Zelândia é de um racionamento interno de particulares patologias e seus tratamentos, e se baseia no princípio de tratar somente aqueles que têm um impedimento real relacionado à patologia. Tal princípio pode funcionar para as doenças tratáveis cirurgicamente, mas não para muitas outras. Com certeza este método não se aplicaria aos casos de câncer e, acredito, que ninguém sonharia em propor isto. Outro grande problema que vejo é que o método de Hadorn acaba direcionando as condições menos complexas – ou seja, as que não serão tratadas gratuitamente – para o mercado privado, ampliando as diferenças entre as classes sociais.

Em relação ao *Oregon Health Plan* (OHP), creio ser importante sintetizar alguns aspectos: o racionamento neste Estado norte-americano se baseia na criação de uma lista de duplas (patologias-tratamento), ordenadas hierarquicamente com base em parâmetros como eficácia terapêutica, frequência da patologia e de seus efeitos, custos. Através deste plano de reforma sanitária, atuada em 1994 no Estado de Oregon, o governo decidiu racionar um pacote de serviços garantidos pelo Medicaid¹⁴ e, ao mesmo tempo, aumentar o número de usuários. A lista de prioridades incluía 709 procedimentos (passou para 743 em 1997), para os quais era garantida a cobertura por parte do sistema público. Na escolha dos critérios para a formação destas prioridades, se realizou um amplo processo de consulta à população para estabelecer os princípios gerais em que precisava se inspirar e também em relação às escolhas específicas que deveriam ser feitas (JACOBS, 1999). A escolha decisiva do OHP foi de selecionar, a partir das 743 duplas identificadas, somente aquelas compatíveis com o *budget* à disposição do programa Medicaid. O efeito foi aquele de reduzir a cobertura de alguns procedimentos aos quais os “pobres” já tinham direito, para ampliar o número de pessoas que poderiam ter acesso à lista simplificada dos procedimentos com cobertura pelo governo. O processo de redistribuição interessou, sobretudo, as mulheres de baixa renda e seus filhos que, depois dos idosos, representam

14 O *Medicaid* é um programa de assistência à saúde mantido e administrado pelo governo federal e estadual dos EUA, que reembolsa os provedores de serviços médicos administrados às pessoas elegíveis para tal.

a maior categoria de assistidos pelo programa público americano. O *Oregon Health Plan* é um clássico exemplo de alocação utilitarista dos recursos.

A *Cochrane Collaboration* é uma organização internacional que tem como finalidade ajudar pessoas na tomada de decisões em saúde através da preparação, atualização e promoção de publicações sistemáticas sobre a eficácia das intervenções no campo da saúde. Entre os princípios chave da *Cochrane Collaboration* estão o “empenho para definir a forma adequada de promover as avaliações de procedimentos terapêuticos que utilizam resultados de interesse real para os pacientes e de promover o acesso, através de uma ampla disseminação dos resultados para permitir alianças estratégicas para a realização de conteúdos, preços e meios adequados para responder as exigências dos usuários de sistema de saúde em todo o mundo, para pessoas com diferentes competências e bagagem profissional” (COCHRANE, 2000).

Pode-se notar que nas premissas acima citadas da Medicina Baseada em Evidências existe um forte empenho ético, com ênfase na transparência, no rigor científico e nos direitos dos usuários de sistema de saúde. Porém, o quadro é diferente se consideramos os usos da EBM no contexto em que uma “terceira parte” exerce um controle sobre o uso dos serviços de saúde, influenciando, em situações diferentes, a autonomia profissional do médico e a autonomia decisional do paciente. Esta terceira parte pode ser representada pelas posições formais de um gestor público, como no caso das *Guidelines* da Nova Zelândia, ou pelas práticas de um gestor privado, como no caso do *Managed Care* das HMO’s americanas, que se referem à EBM para justificar escolhas baseadas em provas científicas.

Podemos aqui levantar diversos argumentos potencialmente relevantes para a questão ética. Estas dizem respeito a esta *terceira parte* da relação. Isto é importante porque a terceira parte tem direitos e deveres diferentes das outras duas. Já vimos que o médico age segundo o princípio da *Beneficência* e o paciente exige respeito a seu princípio de *Autonomia*. O princípio fundamental da *terceira parte*, ou seja, da sociedade, é aquele da *Justiça*. Os três princípios, segundo a terminologia usada por David Ross (GOLDIM, 2003), são considerados *prima facie*. Eles são diferentes entre si: *autonomia* e *beneficência* dizem respeito ao bem individual da pessoa, a *justiça* tende ao bem comum e, além

disso, são conflitantes. No âmbito da ética, os problemas que nascem da relação entre economia e saúde podem ser vistos à luz do conflito entre estes três princípios.

Qual é o papel que a terceira parte, a sociedade ou estado, devem desenvolver no campo da saúde? Na alocação dos recursos, a ética médica deve receber a contribuição da ética econômica e das teorias da ação racional?

A Dimensão Individual e Coletiva da Demanda de Assistência à Saúde

A atual ineficiência da assistência do sistema de saúde no Brasil é demonstrada pela progressiva deterioração da saúde coletiva pela incidência crescente de todas as doenças diretamente ligadas à nocividade do ambiente de trabalho, de moradia, de alimentação; recorrência freqüente de patologias infecto-contagiosas que se acreditava que pudessem ser debeladas (BRASIL, 2002). Paralelamente, as doenças crônicas e degenerativas se manifestam com todo seu peso. Ao mesmo tempo, o debate no campo da assistência à saúde se tornou sempre mais dominado por discussões concernentes ao papel do mercado, às privatizações, ao controle de custos e a análise custo-benefício. Parece óbvio que todos estes argumentos sejam plausíveis, mas não podemos esquecer que existe outro argumento não menos importante. Se de um lado a atenção é concentrada sobretudo nos instrumentos e nos meios da gestão da assistência à saúde, não podemos esquecer que a Medicina tem uma sua finalidade específica. Poderíamos rapidamente afirmar que a finalidade da Medicina é aquela de salvar a vida e de prolongá-la ou de promover e manter o estado de saúde dos indivíduos ou ainda de aliviar as dores e os sofrimentos ou, enfim, para usar uma expressão sintética como a da Enciclopédia Britânica “*the science and art dealing with the maintenance of health and the prevention, alleviation, or cure disease*” (BRITANNICA, 2002). Não estamos errados em descrever o escopo da Medicina com estas afirmações, porém, diante das peculiaridades significativas dos vários ambientes, a Medicina, ou melhor, o campo da atenção à saúde sofre as fortes tensões devidas a toda uma variedade de razões científicas, econômicas, sociais e políticas. Aqui adoto o entendimento de *campo de atenção à saúde* que Misoczky dá ao definir o mesmo como um espaço socialmente estruturado em que os atores envolvidos se enfrentam como meios diferenciados, conforme suas posições na

estrutura de poder (MISOCZKY, 2002). Neste sentido, a demanda para serviços de saúde é fortemente influenciada por três fatores: a demanda pública, os programas de governo e as forças de mercado.

Os sucessos da Medicina, a confiança na sua eficácia e o avanço tecnológico são, porém, os fatores que alimentam a intensificação da demanda por serviços de saúde. A *força* que o mercado exerce e que representa um potente motor de inovação, age de forma a satisfazer a demanda do usuário e a dos próprios profissionais, estimulando a indústria a investir grandes quantidades de dinheiro na pesquisa, a inovar incessantemente, a conseguir benefícios marginais e a promover, com determinação, sempre mais novos produtos. Não podemos esquecer, porém, que o mercado, por sua natureza, responde prioritariamente às necessidades e às preferências dos indivíduos e, não necessariamente, às daquelas do bem comum. Acredito que o núcleo da questão esteja próprio aqui: entre as necessidades e preferências individuais de um lado e as necessidades e preferências sociais do outro, podem existir grandes disparidades. Ao mesmo tempo em que o mercado incrementa o crescimento econômico em geral, torna mais visível o desequilíbrio entre segmentos da mesma sociedade, seja através da dificuldade de acesso a bens e serviços, seja pela dificuldade do exercício pleno da racionalidade como consumidor devido à assimetria da informação¹⁵.

O risco de agravamento das desigualdades faz-nos perceber que estamos diante de um setor em que o Estado precisa intervir chamando para si a responsabilidade em assegurar a totalidade ou a quase totalidade do financiamento e, em alguns casos, a prestação dos cuidados de saúde. De outro lado, as circunstâncias contingenciais nos mostram que, em grande parte, o universo da saúde é dominado pela carência de recursos. Estas contingências, pelo menos em médio prazo (mas certamente também em longo prazo), não poderão ser removidas através de intervenções técnicas, mas, em parte, através das limitações de algumas deliberações de política social. Historicamente, o controle dos custos da assistência à saúde, sobretudo nas sociedades dominadas pelo mercado, levaram à produção de uma assistência de qualidade superior somente para

15 A assimetria de informações está relacionada à incapacidade do consumidor em avaliar os resultados obtidos e as conseqüências advindas da utilização de um determinado produto ou serviço, ou simplesmente, significa dizer que uma das partes, numa relação qualquer, tem mais informação relevante para o valor dessa relação que a outra parte.

alguns segmentos privilegiados de população, pois a ação do mercado, geralmente, favorece uma eficiência que não tem a equidade como característica. Sob esta ótica, a tecnologia aplicada à Medicina favorece, em um ritmo impressionante, a produção de medicamentos e de instrumentos sempre mais novos e sofisticados. As indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos entram como protagonistas neste mundo e esta forte presença contribui para mudar o foco da Medicina em direção à cura da doença. Para mudar este foco, a intervenção do Estado no campo da saúde deveria levar à superação do princípio da cobertura do risco que se verifica por causa da doença para promover, assim, a *saúde* do cidadão.

Esta escolha põe no centro desta intervenção a *promoção da saúde*, não somente como empenho em garantir a todos o mais elevado e uniforme nível de assistência, mas sobretudo em valorizar o momento preventivo como o fator principal para evitar o surgimento da doença.

Fazer prevenção quer dizer captar a dimensão coletiva e formular as corretas indicações de análise e de intervenção. Ou seja, esta tarefa deve ser coletivamente desenvolvida porque é necessária não somente a competência técnica disponível, mas também toda a vontade política empregável. A prevenção e a promoção da saúde e suas ações não podem se distanciar do âmbito social, do âmbito da vida e do trabalho do homem (MACCACCARO, 1979). Entre as necessidades e a realidade continua a ser jogada a partida da verdadeira e da falsa prevenção, devido ao fato de que, na realidade, as referências à doença (ao invés vez da saúde) e ao individual (ao invés do social) permanecem ainda fortemente influenciadas pelas premissas culturais.

Sem negar a utilidade da Medicina diagnóstico-curativa, hoje a necessidade é representada pela Medicina preventiva, ou melhor, pela prevenção vista como ação social complexa, não somente como sanitária. A indicação dos objetivos e estratégias finalizadas à prevenção deve ser clara e precisa, não somente no plano político mas também no operativo. Atualmente, estamos assistindo a um processo de substituição da Medicina preventiva pela Medicina do diagnóstico precoce. Esta, certamente, tem sua função no âmbito do exercício médico, mas nem sempre é sustentada por precisos controles de eficácia e eficiência. A criação de um verdadeiro Plano Nacional de Saúde no Brasil poderá representar a ocasião e o instrumento para permitir a mais ampla

difusão da cultura da prevenção e da promoção da saúde, para uma atualização científica que permita também aprimorar a componente operativa do processo.

UM DESAFIO POSSÍVEL: A RECUPERAÇÃO DE UM SISTEMA DE VALORES PARA UMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUSTENTÁVEL ATRAVÉS DA MEDICINA DE FAMÍLIA

Se olharmos as relações existentes entre os atores do campo da saúde, poderemos constatar que elas são muito complexas e que por isso, não poderemos produzir resultados intervindo isoladamente em um dos pontos do sistema (MISOCZKY, 2002). Mas a qual sistema estamos nos referindo? Qual seria o papel do médico neste sistema? Que tipo de profissional seria necessário preparar e de que maneira ele deveria atuar sem alterar a homeostasia do sistema? Teremos condições de formar profissionais, como definidos por Charles Boelen (2000), "cinco estrelas"? Poderia o médico de saúde da família ser este "profissional de saúde cinco estrelas" com a capacidade de prestar assistência de boa qualidade; atento às necessidades da sua comunidade; que raciocine com base em princípios epidemiológicos; que seja capaz de tomar decisões adequadas e baseadas em um princípio de custo/benefício; e que seja um comunicador e educador de sua comunidade?

Mas quem é o Médico de Saúde da Família no Brasil hoje? Ele é um membro de uma categoria bem definida ou é um médico capaz de compreender em sentido *lato* aquilo que pode determinar a saúde e a doença e ajudar o indivíduo, as famílias e a comunidade a obter uma resposta adequada a suas complexas necessidades de saúde?

Enquanto a organização e as funções da Atenção Primária diferem de um país a outro por causa do desenvolvimento histórico e das diversas circunstâncias sociais, econômicas e culturais, os serviços fornecidos pelos médicos de família constituem um elemento essencial no contexto do sistema de saúde brasileiro:

A APS [Atenção Primária à Saúde] é um termo aceito internacionalmente e que engloba todas as iniciativas que se baseiam nos quatro princípios descritos anteriormente: primeiro contato/ acesso; longitudinalidade; integralidade e cooperação, ainda que agreguem novos elementos a esses.

Há críticas à forma como a APS tem sido historicamente implantada em alguns países, de forma conservadora e com enfoque nas doenças e em grupos populacionais específicos.

Isto, provavelmente, influenciou o Ministério da Saúde ao criar a expressão Atenção Básica, para definir uma forma própria de organização dessa estratégia de atenção à saúde, incorporando novos princípios e aprofundando aqueles definidos na Conferência de Alma Ata, em 1978, com a adoção do enfoque promocional da saúde. O PSF com seus princípios estabelecidos e reconhecidos é entendido como o formato operacional dado à implementação da atenção básica, nomenclatura brasileira atual para a atenção primária.

Ambas as definições, na atualidade, defendem os mesmos princípios, entretanto, a prática tem demonstrado que não é a nomenclatura adotada que define a forma de atuação e os resultados alcançados. (MENDOÇA, 2003, p.1)

Independentemente do fato de trabalharem individualmente ou em grupo junto com outros profissionais da área, eles são os principais prestadores do “primeiro acesso” e podem desempenhar um papel importante na oferta da promoção integrada da saúde, da prevenção das doenças, do tratamento e da reabilitação. Sem ignorar a contribuição das outras especialidades médicas e das outras profissões, é hoje difusamente aceito que a Medicina de Família¹⁶ tem o potencial de contribuir na oferta de serviços acessíveis e aceitáveis para o cidadão; com distribuição de forma equânime dos recursos da assistência; do uso racional da tecnologia médica do nível intermediário e dos medicamentos; da aplicação de critérios de custos-benefícios. A Medicina de Família pode assim conseguir oferecer um serviço de atenção básica de alta qualidade, que influenciaria positivamente a carga de trabalho e a qualidade do tratamento no nível especializado e hospitalar. A importância da formação do Médico da Saúde da Família como especialidade tem que ser vista no sentido de que este profissional poderá representar uma melhoria nas condições individuais e coletivas de saúde. Para o desenvolvimento adequado da Medicina de Família é necessário dispor de um profissional que não esteja, simplesmente, capacitado para aplicar tecnologias médicas, mas que seja capaz de levar em consideração conceitos de qualidade, custos/benefícios, riscos, etc. no seu processo de tomada de decisão clínica. E, sobretudo, capaz de

16 No Brasil, a expansão e a qualificação da atenção básica à saúde é hoje uma das diretrizes e prioridade do novo governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva (SUS, 2003).

comunicar efetivamente e de educar, assim como, planejar e gerenciar um programa de saúde para a sua comunidade.

A Saúde da Família tem a vantagem de poder ser desenvolvida e organizada em diferentes formas segundo as circunstâncias, os recursos e as tradições do país ou do lugar. Então, podemos afirmar, que ela poderá servir também como um útil instrumento para a estruturação e o desenvolvimento das bases sobre as quais poderão ser fundamentados os modelos de saúde mais apropriados para as realidades a que se destinam.

Sistemas cujas linhas gerais visem a prevenção, a abordagem epidemiológica, e que contem com profissionais que saibam e possam desempenhar habilidades no sentido de que sejam satisfeitas as reais necessidades da comunidade, não deverão necessariamente ser prerrogativa do setor público. De fato, as exigências institucionais e as demandas da população, em relação às necessidades de saúde, correspondem a áreas de necessidades que nenhum sistema social consegue fazer coincidir completamente, seja quando o sistema seja orientado mais para o controle e a interação entre instituições e população, seja quando se oriente para a garantia da assistência para todos, ou mesmo em direção ao livre mercado. A coincidência entre as necessidades da população com aquelas do sistema institucionalizado, na multiplicidade das variáveis em jogo, certamente não prospectam soluções únicas. As possibilidades de experimentar modelos que não sejam necessariamente rígidos e que para ser operativos sejam mais interrogativos do que afirmativos e que permitam mais peculiaridades do que universalidades, talvez possam efetivamente dar respostas diferenciadas e adequadas à população a que se destinam.

CONCLUSÕES

A abordagem utilitarista, baseada nas estimativas quantitativas (econômico-sociais) do impacto das medidas de assistência médica nos índices gerais de saúde na população em geral, é imprescindível nas políticas de Saúde Coletiva. Todavia, isso não pode ser desvinculado do referencial de *justiça social*, de *beneficência do médico* e de *autonomia do paciente*, ou seja, dos princípios *prima facie*. Porém, se aceitarmos somente o referencial de *justiça social* como critério *prima facie*, uma das conseqüências poderia ser o prevalecer de estratégias econômico-sociais, mais relacionadas com medidas financeiras de orçamento do que com as reais exigências de saúde da população. Se, por outro lado, aceitarmos somente o referencial de *beneficência do médico* como critério *prima facie*, os ritmos da inovação tecnológica e de sua escolha em detrimento da comprovada eficácia terapêutica, trariam uma situação dificilmente sustentável, seja em termos financeiros como em termos de equidade da assistência prestada. Enfim, prever uma forma de “proteção” das intervenções voltadas exclusivamente à defesa da dignidade e da autonomia da pessoa, ou seja, aceitar única e exclusivamente o referencial de *autonomia do paciente* como critério *prima facie*, traria como conseqüência a desvinculação entre necessidades individuais e necessidades coletivas (basta pensar na obrigatoriedade de algumas vacinações).

Condição moral necessária para a realização de escolhas coletivas é a participação democrática e para a realização de escolhas individuais é a liberdade da pessoa. A liberdade de escolha, que está na base do direito fundamental da autodeterminação, comporta também deveres e responsabilidades. Para poder exercer corretamente estas responsabilidades precisa-se, além de cultura, de um confronto sério de opiniões e de um contexto político e social que respeite as escolhas feitas. No campo da saúde, essas escolhas deverão ter como resultado a combinação certa entre os diferentes processos de produção de saúde. Não podemos permitir, tal como vem ocorrendo em muitas situações atuais, que apenas um princípio prevaleça sobre os outros, mas, sim, que a soma dos mesmos, nas proporções adequadas, poderá levar a uma ética legítima e válida para a realidade considerada.

A saúde sustentável, defendida por alguns autores como Callahan (1999), é uma saúde que, seja no terreno do interesse do mercado, como naquele do interesse comum, tende a alcançar uma condição de estabilidade em um nível economicamente suportável e equanimente acessível para satisfazer a maior parte das necessidades e expectativas que a sociedade tem em relação à saúde.

É necessário, portanto, diante das constatações até o momento feitas, que seja proposto um novo "pacto social" entre os atores do campo da saúde, para que cada um, mais consciente dos próprios direitos e dos próprios deveres, colabore na construção de uma sociedade mais *justa*.

Sobre o plano estritamente político, considero também que seja necessária a descentralização da capacidade decisória para níveis subnacionais, para que - através da prática do deslocamento de poder em direção à periferia, não acompanhada, porém, por um modelo de gestão único - seja possível a criação de modelos alternativos.

Por fim cabe lembrar que:

(...) não há modelos gerais ou universais, e sim modelos de atenção específicos para cada problema ou grupo de problemas de saúde, já que o grau de conhecimento científico, assim como o grau de importância que cada sociedade dá a este ou aquele agravo, não é constante ou equivalente. A busca de efetividade exige a diversificação de estratégias e ações, assim como diferentes combinações de recursos e padrões de organização do trabalho. (BARBOSA, 2002, p.16)

Referências Bibliográficas:

ALMEIDA, Célia. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas - IPEA, 1998 (Texto para Discussão, n. 599).

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Ed. Martin Claret, 2002, Livro V, p.103-127.

BARBOSA, Pedro Ribeiro; CARVALHO, Antonio Ivo de; RIBEIRO, José Mendes. *Modelos de Atenção à Saúde: conceitos básicos, aspectos históricos e desafios para práticas inovadoras*. Disponível em: <http://www.ead.fiocruz.br/cursos/autogestao/ags/apresentacao/autogestao/contexto/tema6/tema6.html>. Acesso em: 30 de outubro de 2002.

BAUMAN, Zygmunt. *Ética Pós-Moderna*. São Paulo: Paulus, 1997, p. 143-144.

BERLINGUER, G. *Etica della salute*. Milano, Il Saggiatore, 1994.

BOELEN, C. *Towards Unity For Health: Challenges and opportunities for partnership in health development*. A working Paper. Geneva. World Health Organization, 2000.

BORTOLOTTI, L. *Significati e Piani di Razionalità in Rapporto alla Teoria della Razionalizzazione in Max Weber*. Disponível em <http://users.libero.it/telaio/enigma/weber.htm>. Acesso em: 12 de março de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *A Saúde no Brasil: estatísticas essenciais 1990 – 2000*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRITANNICA. *Encyclopædia Britannica*. Deluxe Edition CD-ROM. 2002

CALLAHAN, D. *False Hope: Overcoming the Obstacle to a Sustainable, Affordable Medicine*. Rutgers University Press, New Jersey, 1999.

COCHRANE LIBRARY. Update Software, Issue 1, 2000. Disponível em: <http://www.centrocochranedobrasil.org>. Acesso em: 08 de abril de 2003.

COSTA, R.C.R.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Rev. Sociol. Polit.*, Jun 2002, no.18, p.49-71

DALLARI, S.G. A Bioética e a Saúde Pública. In: COSTA, S.I.F. et al. *Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 205-216.

FIDLER, D.P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. In: *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (9).

FIORI, J.L. "*A corrosão moral.*" São Paulo: Folha de São Paulo, 4 de junho de 2000.

_____. *O Consenso de Washington.* 1996. Disponível em: <http://www.pdt.org.br/conswash.htm>. Acesso em: 01 de junho de 2002.

GOLDIM, J.R. *Dever Prima Facie.* Disponível em: <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/primafd.htm>. Acesso em 20 de março de 2003.

GOLFE, O.L. *A Crise do Estado Contemporâneo.* Disponível em: <http://www.rubedo.psc.br/Artigos/crisesta.html#FOOTNOTE>. Acesso em: 01 de junho de 2002.

GUYATT, G *et al. Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine.* JAMA 1992; 268:2420-2425.

HADORN, D.C., HOLMES, A.C. *The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview.* BMJ 1997; 314(7074):131-4

HOUAISS, A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Objetiva, São Paulo, 2001.

HOWARD-JONES, N. Origins of international health work. In: *Re-Emergence of an Old Challenge for the International Community.* Disponível em: <http://www.oup.co.uk/pdf/0-19-826851-3.pdf>. Acesso em: 22 de março de 2003.

JACOBS, L. *et al. The Oregon Health Plan and the political paradox of rationing: what advocates and critics have claimed and what Oregon did.* J Health Polit Policy Law, 1999; 24(1):161-80

KIYOHARA, L.Y. *et al. The patient-physician interactions as seen by undergraduate medical students.* Sao Paulo Med. J., May 2001, vol.119, n.º.3, p.97-100.

MACCACARO, G.A.: *Per una Medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976,* Feltrinelli, Milano 1979, p. 86-88.

MCKEE, M., FIGUERAS, J. *For Debate: Setting priorities: can Britain learn from Sweden?* BMJ 1996; 312: 691-694. Disponível em: <http://bmj.com/cgi/content/full/312/7032/691>. Acesso em: 24 de março de 2003.

MEIHY, J.C.S.B., BERTOLLI, C. *Revolta da Vacina.* Editora Ática S.A., São Paulo, 1995.

MENDES, E.V. *O sistema único de saúde um processo social em construção.* Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf. Acesso em: 20 de outubro de 2002.

MENDOÇA, C. S., AZEVEDO, E. G. *Existe diferença entre Atenção Básica, Atenção Primária e PSF ?* Disponível em: http://www.saudepublica.bvs.br/itd/level3.php?channel=psf_faq2_3. Acesso em: 28 de março de 2003.

MISOCZKY, M.C.A. O Campo de atenção à saúde após a constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social. Decasa Editora, Porto Alegre, 2002, p.37-51.

ROSA, R.S e BORDIN, R. Aspectos da Reforma do Estado e de Setores da Seguridade Social. *Versão para o VII Curso de Especialização em Gestão em Saúde*. Maio 2002.

SABROZA, Paulo Chagastelles. Concepções sobre Saúde e Doença. Disponível em: <http://www.ead.fiocruz.br/cursos/autogestao/ags/apresentacao/autogestao/contexto/tema1/tema1.html>. Acesso em: 30 de outubro de 2002.

SACKETT, D.L. et al. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72.

SCARPELLI, U. *Bioetica laica*. Baldini e Castoldi, Milano, 1998, p. 153.

SEARLE, J.R. Rationality and Realism, What is at Stake? In: *The American Research University*". *Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, Dædalus, 1993, Vol. 122, N. 4

SPINSANTI, S. *Modelli etici in rapporto all'assistenza*. Disponível em: <http://www.gimb.org/lea/doc/Spinsanti.doc>. Acesso em: 10 de outubro de 2002.

SUS. *Sistema Único de Saúde – Diretrizes e Prioridades do Novo Governo. 2003*. Apresentação de Maria Luisa Jager, Secretária de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, na 3ª Reunião Plenária Ordinária do CES/RS, 20 fev. 2003.

VIANNA, S.M. Reforma do Estado e cenários alternativos no sistema de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Regulação e gestão de recursos humanos em saúde na perspectiva da Reforma do Estado – Relatório Final*. Brasília: MS/UnB, 1998, p. 185-190.

WEBER, M. Rejeições religiosas do mundo e suas direções. In: *Max Weber: textos selecionados*. Coleção "Os Pensadores". São Paulo, 1980, Abril Cultural: 237-268.

WHO - History of international health organizations documents. Disponível em: <http://www.who.int/library/historical/access/international/index.en.shtml>. Acesso em: 10 de março de 2003.

_____ - Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé, vol I, n. 1-2, 1947, p 14. Disponível em: <http://www.who.int/library/historical/access/international/index.en>. Acesso em: 10 de março de 2003.

_____ - Constitution of The World Health Organization, cap. I, art. 1, 1946.