

Bioeticistas e a priorização de recursos de saúde no sistema público de saúde brasileiro

Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Resumo Estudo exploratório qualitativo objetivou conhecer e analisar critérios levantados por bioeticistas sobre o estabelecimento de prioridades para o sistema de saúde brasileiro em face da escassez de recursos. Os dados foram obtidos no período de julho de 2007 a fevereiro de 2009 mediante entrevistas semiestruturadas com 21 professores universitários de bioética, diretores e ex-diretores da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) e de suas diretorias regionais. A maior parte dos discursos apontou a validade de se limitar recursos em situação de escassez e contrariedade à utilização dos recursos voltados para ações que se enquadram na denominação de *medicina de desejo*. Também demonstram posicionamentos, ora orientados pela equidade, priorizando os mais desfavorecidos, ora orientados pela maximização dos benefícios. Conclui-se nesta análise parcial pela existência de um pluralismo moral que traz dificuldades para decidir-se sobre o que seria um sistema de saúde justo, do que se pode depreender ser necessário exaustivo diálogo para se chegar aos consensos possíveis.

Palavras-chave: Políticas de saúde. Bioética. Sistema de saúde.

CEP da FSP da USP nº 1.361/05, aprovado em 14.9.05



Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Médico, mestre em Pediatria pela Universidade de São Paulo (USP), especialista em Droit de la Santé pela Universidade de Bordeaux/França, doutor e livre docente em Saúde Pública pela USP é atualmente presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), São Paulo, Brasil

Devido, principalmente, à pressão dos custos, resultante de diversos fatores, entre os quais o envelhecimento das populações, o incremento incessante de tecnologias custosas e as alterações epidemiológicas com o aparecimento de novas patologias e agravos da saúde, os sistemas universalistas, fundados no atendimento das necessidades, passam por intensas transformações.

A bioética, desde os anos 90, vem orientando sua reflexão para a temática da justiça, especialmente a justiça distributiva. Entendendo-se que há concordância entre várias correntes éticas de que se deva fazer uma justa distribuição dos bens, obrigações e deveres, se evidencia a diversidade de interpretações envolvendo os princípios da igualdade, da equidade, da liberdade e da eficácia – os quais, em situações concretas, podem vir a conformar alternativas contrapostas ¹.

Este trabalho partiu do pressuposto de que cabe à bioética, voltada para problemas do cotidiano do campo da saúde, refletir sobre os valores que devam presidir a orientação e a justa tomada de decisão sobre a priorização das necessidades de saúde a serem atendidas, e, porventura, os limites a serem estabelecidos em caso de escassez de recursos. Assim sendo, elegemos conhecer e analisar critérios levantados pelos bioeticistas sobre o estabelecimento de prioridades para o sistema de saúde brasileiro, ante a escassez de recursos.

Caminho metodológico

Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com orientação analítico-descritiva. A escolha da abordagem qualitativa deveu-se à potencialidade de entendimento de valores culturais. Foram realizadas 21 entrevistas semiestruturadas, no período de julho de 2007 a fevereiro de 2009, com professores universitários de bioética, atuantes em escolas públicas ou privadas no campo das Ciências da Saúde de diferentes regiões do país. As entrevistas, efetuadas pelo próprio pesquisador, foram gravadas em meio magnético e, posteriormente, transcritas na íntegra. As respostas de três pesquisados foram obtidas por escrito após envio do formulário via internet, em virtude das dificuldades pessoais de marcação de entrevista.

A todos os pesquisados foram colocadas as seguintes questões abertas: sabendo-se que não há recursos para serem contempladas todas as necessidades de saúde: i) Quais deveriam ser priorizadas?; ii) Algumas necessidades de saúde podem ou devem ser deixadas

sem atendimento? Quais?; iii) Entende que deva haver limitação de recursos a algum grupo social, faixa etária ou a alguma patologia ou agravo à saúde?

Construiu-se uma amostra de conveniência constituída por diretores e ex-diretores da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) e de algumas de suas diretorias regionais (período 2005-2008) – Rio de Janeiro, Pernambuco e São Paulo –, todos com produção científica em bioética cadastrada no Currículo Lattes do CNPq. A SBB, criada em 1995, congrega atualmente a maior parcela dos bioeticistas brasileiros e tem por finalidade reunir pessoas de diferentes formações de nível universitário, interessadas em fomentar a discussão e difusão da Bioética. Houve diversificação de categorias profissionais envolvidas, ao se incorporar à amostra profissionais do campo da Medicina, Odontologia, Enfermagem, Antropologia e Teologia.

Buscou-se, nos discursos dos entrevistados, chegar a ideias centrais descritoras dos sentidos presentes nos discursos, apresentando significado semelhante ou complementar. No texto serão apresentadas algumas expressões-chave para cada uma das ideias centrais encontradas, que consistem em *transcrições literais de parte dos depoimentos, que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento*².

Segundo as diretrizes e normas da Resolução CNS/MS 196/96, que regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, a cada um dos sujeitos da pesquisa foi demandado o consentimento livre e esclarecido para

participar no estudo, com a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Inicialmente, os entrevistados foram informados por *e-mail* sobre o caráter da pesquisa, seus objetivos, os procedimentos a serem observados e a possibilidade de recusa. O anonimato e a confidencialidade dos dados lhos foram garantidos, pois os resultados são apresentados sem possibilidade de identificação nominal. Os entrevistados foram numerados sequencialmente (E1, E2... E21).

Resultados

Algumas ideias centrais foram prevalentes nos discursos colhidos, sendo a seguir apresentadas.

É difícil priorizar/limitar recursos escassos na saúde

Alguns discursos dos bioeticistas mostram dificuldade para o estabelecimento de critérios que priorizem os recursos no sistema de saúde. (E4, E6, E9, E12): *“Essa vai ser a discussão que vamos enfrentar, não todos, mas muitos da nossa geração que discutem bioética têm enorme dificuldade de discutir isso”* (E.6).

É válido limitar recursos

Todavia, apesar de difícil, justificou-se a validade moral em se fazer escolhas em que limitações pessoais ocorram (E5, E6, E17, E21): *“Entendo que isso é inevitável. Eu acredito que, de alguma forma, a discussão de limitação de atendimento, de obtenção de medicamentos, produtos ou de serviços, de alguma forma, com algum tipo de base social vai ser inevitável”* (E.6).

Sugerem-se alguns critérios para limitar os recursos

Manifestações foram encontradas, especificando os procedimentos que deveriam ser excluídos, entre outros, invocando a medicina de desejo e procedimentos de alto custo (E18, E19, E 20, E 21): *“A medicina do desejo deve estar fora”* (E.19); *“O que pode ser deixado de lado são as técnicas de reprodução assistida, acho que o sistema de saúde não pode investir em uma técnica tão cara em detrimento de uma campanha de vacinação”* (E.20).

Não se deve limitar os cuidados de saúde em virtude de idade ou grupos sociais específicos

A maior parte das manifestações dos entrevistados foi desfavorável ao racionamento de cuidados de saúde baseado em critérios relativos à faixa etária ou grupos sociais (E1, E5, E8, E10, E11, E16, E21): *“De maneira nenhuma. Deixar grupos indígenas, idosos, de lado, por exemplo, é inadmissível. Não tem recursos para todos, mas tem que ter critérios técnicos e éticos, e sob o ponto de vista ético nenhum grupo deve ser deixado de lado”* (E.21).

Deve-se priorizar os mais desfavorecidos

Foram registrados discursos favoráveis a que os recursos escassos fossem priorizados às pessoas consideradas como sendo as mais desfavorecidas. Esta consideração se deu fundamentalmente em razão de posições sociais e econômicas de desfavorecimento e àquelas consideradas

como usuárias exclusivas do Sistema Único de Saúde (SUS) (E8, E18, E20, E21):

“Na verdade, o Estado não tem como prover direito à saúde de todos os cidadãos. Todavia, é possível oferecer acesso equitativo, oferecendo mais a quem mais necessita” (E.18);

“Acho que se você é usuário do sistema público de saúde, única e exclusivamente, talvez você devesse ter um bônus no delineamento do recurso, e se você fosse usuário de um sistema privado, consequentemente você deveria ter dinheiro para arcar alguma coisa, você poderia ser preterido, grosso modo” (E.20).

Deve-se maximizar os benefícios

Também foram encontradas manifestações orientadas pela maximização dos benefícios e beneficiados (E2, E5, E7, E12, E13, E21):

“Defendo uma decisão utilitarista, ou seja, a decisão de onde vai o recurso é aquela que deve beneficiar o maior número de pessoas pelo maior espaço de tempo, trazendo as melhores consequências. A decisão, a priorização deve se dar por dados epidemiológicos, quantitativos” (E.21).

“Tenho opinião que pode ser muito polêmica. Em algumas situações que beneficiam uma pessoa, única, porém, que isso envolva um montante muito grande de dinheiro, infelizmente essa pessoa vai ter que buscar uma solução para ela” (E.7).

Deve-se limitar recursos culpabilizando as vítimas?

A questão da culpabilização da vítima, nas decisões em escassos recursos, também foi mencionada nas duas vertentes – positiva e negativa (E7, E14): *“O que importa, enfim, ela decide ter seu hábito não saudável, e talvez ela tivesse que pagar uma sobretaxa, porque vai custar mais um sistema de saúde...”* (E.14);

“Não vou beneficiar aquele que tem cirrose hepática porque ele é o culpado pela doença dele, ou não vou beneficiar aquele que não tem câncer de pulmão porque ele fumou? Acho que não, a gente tem que analisar com prudência, para que seja uma coisa razoável, mas não se pode excluir mais nenhuma pessoa nesta questão” (E.7).

Discussão

Apesar de a maior parte dos discursos encontrados ter apontado a validade de se estabelecer prioridades e de se limitar recursos em situação de escassez, algumas manifestações mostraram haver importante dificuldade para tal tarefa. Decidir entre o certo e o errado, entre o justo e o injusto, provoca angústia, ou seja, as decisões de natureza ética levam a situações angustiantes para os agentes morais pela incerteza da validade das escolhas. É por isso que muitos preferem que outros decidam por eles, abrindo mão da tomada de decisão autônoma ³.

A realidade sanitária não torna viável a opção não decidir, pois temos recursos para os cuidados de saúde, ainda que insuficientes para

todas as necessidades ou para todos, levando a uma obrigação moral de disponibilizá-los, ainda que a decisão resulte em conflitos éticos. É o caso da recente influenza pandêmica (H1N1) em relação à qual a autoridade sanitária brasileira teve a difícil tarefa de decidir quem deveria ser priorizado no recebimento das vacinas e dos medicamentos, quando se sabia que todos não poderiam recebê-los ⁴.

Encontrou-se, nos discursos analisados, contrariedade à utilização dos recursos voltados para ações que se enquadram na denominação de *medicina de desejo* (cirurgias estéticas e procedimentos de reprodução assistida). Estas foram apontadas como possíveis excludentes na oferta de cuidados de saúde, entendendo-se que o objetivo é atingir resultados de natureza mais psicológica do que física, não devendo esta opção ser considerada de maneira idêntica a outras atividades necessárias para o tratamento de doenças ou outros agravos à saúde.

Os resultados também demonstram que os pesquisados assumem posicionamentos, ora orientados pela equidade, compreendida como a proteção aos mais desfavorecidos, ora pela maximização dos benefícios, seguindo o princípio ético da utilidade social ^{5,6}. Isso também foi observado em estudos anteriores, realizados em diferentes contextos ^{7,8}.

As posições fundamentadas na equidade aceitam que seria justo que o Estado democrático orientasse a distribuição de recursos beneficiando os mais desfavorecidos da sociedade, os mais pobres, os mais vulnerados, os sem condições de arcar com o atendimento de suas neces-

sidades de saúde por via dos modelos liberais de mercado. Cabe lembrar que o conceito *desfavorecimento* pode ser avaliado mediante diversos pontos de vista, tais como gênero, idade, condição do agravo à saúde, patologia, eminência ou perigo de morte ou incapacidades físicas ou mentais, e não somente razões sociais e econômicas, o que, por vezes, dificulta a implementação do conceito da equidade. Ressalte-se que em nosso sistema de saúde universalista a restrição de procedimentos ou cuidados escassos para as pessoas que possuam alternativas ao SUS, isto é, sejam filiadas a instituições da denominada saúde suplementar, de natureza privada, esbarraria na necessidade de transformação das normas legais vigentes.

Em paralelo, diferindo da noção de equidade, encontra-se o pensamento utilitarista que nos convoca a refletir que os recursos devem ser orientados para a satisfação de necessidades coletivas ou individuais, maximizando os resultados benéficos aos envolvidos direta ou indiretamente na ação. Os discursos se conformam com o expresso por Boitte ⁹, que entende que a maximização dos benefícios de recursos escassos tem o mérito de proporcionar maior eficiência na alocação de recursos, mas também pode causar riscos de discriminação negativa para as pessoas que tenham menor probabilidade de contribuir para o maior nível de saúde da coletividade – como apontado por um dos discursos obtidos na pesquisa.

Foi ainda evidenciado que os entrevistados se colocam desfavoravelmente a que a idade possa servir como critério para racionar recursos, a não ser um único discurso que a aponta como

critério limitador de recebimento de procedimentos de alto custo. O fato de aceitar a idade como um dos fatores para estabelecer limites para os recursos parece significar o entendimento de que existe um limite natural da vida humana validado moralmente, posição essa discutível para ser acatada se levadas em conta as profundas modificações na estrutura etária das populações ocorridas desde o século XX. Entendemos ser diferente a argumentação de que, em determinadas circunstâncias, a idade possa ser tomada como critério objetivo de distribuição de recursos. Seria o caso em que se avalia que por ter idade muito avançada a pessoa não teria condições clínicas de suportar determinado procedimento médico ou cirúrgico, ou seja, não haveria eficácia clínica.

Finalmente, alguns depoimentos consideraram a questão da existência de estilos de vida considerados não saudáveis como critérios para se estabelecer limites para a utilização de determinados procedimentos escassos, em um processo que se denomina de *culpabilização da vítima*, conforme já alertava Berlinguer¹⁰ em 1996. A literatura bioética tem apresentado posicionamentos, como o de Lemos¹¹, que defendem a tese da validade de uma responsabilidade moral intermediária, para que se evite a perda de recursos escassos, citando que um transplante de fígado realizado em uma pessoa alcoólatra deveria ter a obrigatoriedade de que ela se mantivesse abstinência, ou que um fumante ao receber novo pulmão deveria se responsabilizar por evitar o fumo. Todavia, vale o alerta de Schramm¹² que lembra que mais do que a proteção aos vulnerados, a cul-

pabilização da vítima decorre de razões econômicas e financeiras e de ideologias liberais, levando a que o cuidar da saúde se desloque do direito a ser garantido pelo Estado para o dever individual.

Considerações finais

Cabe ressaltar que se trata de pesquisa qualitativa, com amostra de conveniência, que não pretende ser representativa de toda a bioética brasileira, mas mediante seu caráter exploratório, pretendeu apresentar tendências presentes entre os principais bioeticistas nacionais ligados a instituições universitárias de renome. Com possibilidade de influenciar, direta ou indiretamente, instituições e políticas de saúde estes pesquisadores e docentes também atuam como *formadores de opinião* por meio da prática do magistério nos cursos de pós-graduação *lato e stricto sensu* no campo da Bioética.

Os resultados da pesquisa evidenciam que entre os bioeticistas pesquisados o pluralismo de valores morais é manifesto na questão da priorização ou estabelecimento de limites para utilização de recursos escassos no sistema público de saúde. Da diversidade de perspectivas e opiniões se pode inferir que as dificuldades do mundo contemporâneo em decidir moralmente sobre a questão parecem ser característica marcante de nossa época. Mostram também que, mesmo entre os bioeticistas, que refletem e discutem valores e moralidades em sua lide cotidiana faz-se necessário exaustivo diálogo entre todas as partes interessadas para se chegar a consensos possíveis.

O texto é inédito; não há conflito de interesses. O projeto de pesquisa foi financiado pelo CNPq (PQ – CA 10/2005).

Resumen

Bioeticistas y la priorización de los recursos de salud en el sistema público de salud brasileño

El objetivo fue conocer y analizar los criterios utilizados por bioeticistas sobre el establecimiento de prioridades para el sistema de salud brasileño en virtud de la escasez de recursos. Es un estudio exploratorio cualitativo, realizado de Julio de 2007 a Febrero de 2009, mediante entrevistas semi-estructuradas con 21 profesores universitarios de bioética, directores y ex-directores de la Sociedade Brasileira de Bioética (Sociedad Brasileña de Bioética) y sus directorios regionales. La mayor parte de los discursos apunta la validez de limitar recursos ante la escasez y son contrarios a la utilización de recursos para acciones que se enmarcan en la denominada *medicina de deseo*. También demuestran posiciones ora orientadas por la equidad, priorizando a los más desfavorecidos, ora orientadas por la maximización de los beneficios. Se concluye que existe un pluralismo moral que acarrea dificultades para decidir qué sería un sistema de salud justo. Así es necesario un exhaustivo dialogo para llegar a consensos posibles.

Palavras-clave: Políticas de salud. Bioética. Sistemas de salud.

Abstract

Bioethicists and the priority of health resources in the Brazilian public health system

The aim was to know and to analyze the criteria raised by bioethicists about setting priorities for the Brazilian health system in view of resources shortage. A qualitative exploratory study through semi-structured interviews with 21 bioethics college professors, directors and former directors of the Sociedade Brasileira de Bioética (Brazilian Society of Bioethics) and regional administrations, in the period of July 2007 – February 2009. The major part of the speeches noted the importance of limiting resources in a shortage situation and was opposed to the use of resources toward actions that fit into the *medicine of desire* conce. Also, they show a conflicting positioning, sometimes equity-oriented, prioritizing the most unprotected individuals, and sometimes oriented by the maximization of benefits. The conclusion shows the existence of a moral pluralism that makes it difficult to decide about what would be a fair health system, making necessary an exhausting dialogue in order to arrive to a possible consensus.

Key words: Health policies. Bioethics. Health system.

Referências

1. Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad Saúde Pública* 2008;24(3):696-701.
2. Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educ; 2000. p.8.
3. Gracia D. El fundamentalismo en la bioética. *Revista Brasileira de Bioética* 2007;3(3):292.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Informe epidemiológico influenza pandêmica (H1N1) 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 10 jan 2010]. Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_influenza.
5. Rawls J. Justiça como equidade: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
6. Mill JS. O utilitarismo. São Paulo: Iluminuras; 2000.
7. Nord E, Richardson J, Steet A, Kuhse H, Singer P. Maximizing health benefits vs egalitarianism: an australian survey of health issues. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1.436.
8. Fortes PAC, Zoboli ELCP. A study on the ethics of microallocation of scarce resources in health care. *J Med Ethics* 2002;28(4):268.
9. Boitte P. Éthique et économie: quelle justice en matière de santé? In: Dodet B, Perrotin C, Valette L. Santé publique et éthique universelle. Paris: Elsevier; 1999. p.133-5.
10. Berlinguer G. Ética da saúde. São Paulo: Hucitec; 1996. p.35.
11. Lemos MEP. Alocação de recursos em saúde: quando a realidade e os direitos fundamentais se chocam [tese]. Salvador: Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia; 2009. p.425.
12. Schramm FR. Proteger os vulnerados e não intervir aonde não se deve. *Revista Brasileira de Bioética* 2007;3(3):380.

Recebido: 5.7.2010

Aprovado: 18.8.2010

Aprovação final: 20.8.2010

Contato

Paulo Antonio de Carvalho Fortes - pacfusp@usp.br

Departamento de Prática de Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Av. Dr. Arnaldo, 715 CEP 01246-904. São Paulo/SP, Brasil.