



## Artigo de Revisão

## O ATENDIMENTO À SAÚDE COMO BENEFÍCIO, A JUSTIÇA E O BRASIL

Jorge Armindo Sell<sup>1</sup><sup>1</sup> UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina\*Autor para correspondência: [jasellvaires@gmail.com](mailto:jasellvaires@gmail.com)

## INFO ARTIGO

Histórico do artigo  
 Recebido: 05/02/2016  
 Aceito: 27/03/2017

**Palavras chaves:**  
 saúde, justiça social  
 cidadania  
 teorias da justiça  
 John Rawls

## RESUMO

Neste artigo, pretende-se desenvolver uma análise filosófica sobre a noção de saúde como um tipo de benefício e sua fundamentação enquanto direito, relacionando questões que envolvem justiça distributiva, o benefício da assistência à saúde e a racionalização de recursos. Para isso, parte-se da proposta de Beaucham & Childress (2002) de organizar o sistema de saúde em dois níveis: o nível da cobertura social obrigatória e básica (público, fundamentado enquanto direito), e o nível opcional e não básico (que é privado e eventualmente estendido àqueles que não possuem recursos por motivos de beneficência ou caridade). Essa proposta leva em consideração o horizonte político dos Estados Unidos num período em que o direito de assistência à saúde.

No Brasil há um sistema de saúde com mais de 20 anos de existência oferecendo serviços de assistência à saúde de modo universal e gratuito, fazendo do país um membro do seletivo grupo de países que dispõem de um sistema público e universal de saúde. Entretanto, o SUS – Sistema Único de Saúde – ainda enfrenta desafios para seu funcionamento pleno, dentre eles o desafio da escassez de recursos. Acredita-se que as discussões dos filósofos estadunidenses quanto a fundamentação de um direito à assistência a saúde, guardadas as devidas proporções, podem servir de instrumentos para a discussão sobre o serviço de saúde no Brasil. Essas discussões também foram empreendidas por Norman Daniels (1985; 2002; 2007) e outros, que examinam a assistência à saúde e o que ela é capaz de fazer pelas pessoas principalmente do ponto de vista da igualdade de oportunidades. Acredita-se que elas podem oferecer uma perspectiva acerca de como promover a saúde de modo mais eficiente e justo num sistema de saúde universal e gratuito que enfrenta a escassez de recursos.

## 1 A saúde no Brasil a partir de seu marco jurídico

O Sistema Único de Saúde, doravante SUS, sistema público, universal e gratuito, de atendimento à saúde, é sem dúvida um dos empreendimentos mais ousados do Brasil. Para alguns, ele se compara às maiores realizações da engenharia no Brasil, como a usina de Itaipu ou a construção de Brasília<sup>1</sup>. Não obstante, tendo em vista as enormes quantias de dinheiro público nele empregadas, são comuns as dúvidas sobre se é socialmente vantajoso e se é justo mantê-lo. Independentemente das várias respostas a essa questão, vale a pena empreender um exame filosófico sobre ele.

O SUS começou como um projeto político desde a promulgação da Lei 8080 em 19 de Setembro de 1990. Essa lei define o sistema de saúde brasileiro e estabelece as políticas

de vigilância sanitária, segurança no trabalho e outras relacionadas, visando a “promoção, proteção e recuperação da saúde”. No documento, a assistência à saúde é definida como um “direito do cidadão” e um “dever do Estado”. Esse dever,

de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Lei Federal 8.080, Art. 2º, § 1º)

É inegável a melhoria das condições de vida proporcionadas a algumas pessoas pelo então novo direito

assegurado, pois antes esse benefício social era mais restrito aqueles com emprego formal ou que tinham condições de acesso a um serviço privado. Desde então, para muitos, a assistência à saúde já se consolidou na própria cultura política como algo a que as pessoas se sentem imediatamente dispostas a reivindicar e cuja falta ou negligência desperta diariamente a resposta dos diversos setores da sociedade. E essas reivindicações se repetem constantemente, seja dentro dos próprios hospitais ou na estrutura burocrática do sistema de saúde – através de reclamações e intervenção jurídica – ou até na esfera pública através da mídia. O Sistema Único de Saúde (doravante SUS) é um grande empreendimento político e social que demanda décadas para ser plenamente consolidado, sendo que esse processo também envolve mudanças na percepção política e social das pessoas. Mas, independentemente do que se possa dizer com mais propriedade acerca das causas específicas da carência no fornecimento de serviços de saúde, da preocupação pública que isso acarreta e do atual estágio de implantação do SUS, é inegável que há o *fato* da escassez de recursos. E esse fato se impõe a qualquer planejamento e reflexão sobre a oferta desses serviços.

É preciso levar em consideração a assistência à saúde como um dentre vários benefícios sociais e tarefas políticas que se apresentam como finalidades para recursos públicos sempre escassos. Além disso, a própria assistência à saúde é um campo marcado pela constante inovação científico-tecnológica, a partir da qual tratamentos mais sofisticados (e custosos) podem vir a ser necessidades cotidianas. Tudo isso permite concluir que a assistência à saúde é marcada pela escassez, qualquer que seja seu alcance, de modo que a racionalização dos recursos limitados é parte da própria execução desse serviço. E, considerando a necessidade de um critério de distribuição de recursos prévio à execução dos serviços para que as escolhas não sejam tão arbitrárias ao ponto de gerarem uma “moral de ocasião”, as discussões sobre justiça nesse campo se fazem mais do que pertinentes. Então, como elaborar um critério para distribuir – e, se necessário, racionar – serviços de saúde a todos de modo equitativo? Qual o papel que uma concepção de saúde como bem social desempenha nesse contexto de discussão? Que benefícios esse debate proporciona?

## 2 – A Assistência à saúde como direito

Dentro do horizonte social e político brasileiro a fundamentação de um direito de assistência à saúde pode ser considerada questão ultrapassada, já que esse direito se encontra legalmente garantido. No entanto, a discussão dos filósofos estadunidenses acerca da implantação de um serviço público de atendimento à saúde é esclarecedora na definição da importância da saúde como bem social de modo a aperfeiçoar esse atendimento. A partir delas, é possível apontar perspectivas para a maior eficiência dos serviços médicos no sistema de saúde brasileiro, mantendo ao mesmo tempo a expectativa de sua melhoria constante.

Os filósofos Beauchamp & Childress, em sua *Ética Biomédica* (2002), realizaram um debate considerando as diversas concepções de justiça afim de se estabelecer um direito à assistência à saúde. Algumas dessas concepções são expressas pelos diferentes princípios materiais de justiça presentes na moralidade comum, dentre eles: “a cada um de acordo com o merecimento”, “a cada um de acordo com a necessidade”, “a todas as pessoas uma parte igual”, etc. (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p. 356). Esses diferentes princípios se apresentam como alternativas para a distribuição de serviços de saúde em um contexto social – no caso, o estadunidense – marcado por objetivos sociais divergentes entre si. Alguns deles não são considerados da mesma forma no cenário brasileiro, mas cabe aqui a

consideração de que um “Estado beneficente”, a “liberdade de escolha de um plano de saúde”, a “eficiência” e a “igualdade de acesso são metas por vezes divergentes entre si (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p 353). Para os autores, esses princípios e esses objetivos tem um peso considerável. Inclusive, no período em que a obra filosófica foi escrita nos Estados Unidos, tanto as estratégias de mercado como a concorrência foram aceitos como formas eficazes para prover serviços médicos de qualidade e, ao mesmo tempo, reduzir os custos. Por outro lado, o mercado pode ser um meio de distribuição que não contempla a todos os necessitados e, mesmo com suas virtudes, não é capaz de realizar a convicção moral das pessoas de que os serviços médicos devem ser usufruídos por todos os necessitados. Como equilibrar essas demandas divergentes?

Beauchamp e Childress consideram, como regra formal de justiça que

As decisões, as regras e as leis tendem a ser injustas quando fazem distinções entre classes de pessoas que são de fato similares em aspectos relevantes, ou quando deixam de fazer distinções entre classes que são de fato diferentes em aspectos relevantes (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p. 358).

Dada essa premissa, ambos os autores tentam definir o conteúdo dessa regra, respondendo a indagação sobre os aspectos a partir dos quais as pessoas podem ser entendidas como iguais tendo em vista o acesso aos serviços de saúde. Eles assumem as contribuições de Norman Daniels (1985), para quem a saúde é um bem relacionado à próprias possibilidades das pessoas elaborarem e perseguirem aquilo que consideram ser uma vida realizada. Para ele, essas possibilidades individuais de realização podem ser ameaçadas por contingências resultantes da *loteria natural* como, por exemplo, fatores genéticos, predisposições a doenças ou infortúnios ao longo da vida. Então, considerando que tais reverses são arbitrários do ponto de vista moral, os cuidados médicos seriam parte da realização da justiça social visando assegurar a igualdade de oportunidades.

É claro, há quem afirme que a justiça social não é um dever da sociedade, que as instituições se justificam apenas enquanto protegem os direitos básicos e prerrogativas das pessoas e que a própria noção de justiça social não pode ser realizada sem a violação desses direitos. Teóricos como Tristram Engelhardt (Cf. BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002) sustentam que a *loteria natural*, por ser neutra em relação às ações das pessoas, não necessariamente cria a obrigação de sanar seus efeitos danosos. Essa, de modo geral, é a posição das concepções de justiça libertarianas. Seus argumentos são importantes ao lembrar que a igualdade de oportunidades, mesmo sendo um argumento aceito para a fundamentação de um direito à assistência à saúde, não pode engendrar um direito sem restrições. Segundo eles, o compromisso sem restrições com a igualdade acarreta sérios impactos em outras esferas de deliberação moral e política, de modo que ele deveria se restringir à garantia dos direitos e liberdades formais.

No entanto, como afirma John Rawls (2011), essas teorias libertarianas não atribuem nenhum papel para as instituições de uma sociedade além da defesa dos direitos formais, sem contemplar obrigações de assistência. E, embora a *loteria natural* seja “neutra” no sentido de não sofrer influências decisivas de ninguém, a própria sociedade confere valor e realiza distinções a partir de seus efeitos ao ponto das contingências sociais não poderem ser pensadas sem um determinado contexto social que lhes confere significado. Pois,

“Entre os elementos que afetam a realização das capacidades naturais estão atitudes sociais de incentivo e apoio às instituições voltadas para seu treinamento e aplicação”(RAWLS, 2011, p. 320).

Mesmo sem poder tratar desse debate em sua completude aqui, pode-se considerar que a concepção libertariana é incompatível com muitas das convicções dos cidadãos de democracias já consolidadas e alguns valores da cultura política pública brasileira. Afinal, mesmo sem a pretensão de fazer uma tese sobre quais valores norteiam a cultura política brasileira, há uma crença mais ou menos geral acerca da competência do Estado em prover determinados serviços essenciais, ainda que sua qualidade seja alvo de constantes críticas.

Além disso, como também sustenta Ligia Bahia (2011) o SUS é uma das principais políticas sociais do Brasil. Tão fundamental como as políticas de transferência de renda, o sistema de saúde tem um papel central na democratização do país, sendo um dos núcleos centrais da cidadania. Mais do que um compromisso com a qualidade de vida, para ela o SUS é um compromisso com o desenvolvimento e com uma maior igualdade entre os brasileiros.

Não obstante essas contingências e diagnósticos há o aspecto mais geral e normativo envolvido nessa questão. A partir de John Rawls, pode-se assumir que cidadãos (democráticos) tendem a entender a sociedade como um sistema de cooperação que deve responder a expectativas de vantagem mútua ao invés de encará-la como um jogo de pôquer, onde “o vencedor leva tudo”. Tendo essa e outras suposições em vista, segundo ele, os cidadãos de uma sociedade democrática se veem como portadores de expectativas legítimas a direitos e liberdades cujo cumprimento é tarefa das instituições da sociedade<sup>2</sup>. Essas expectativas têm como objeto os chamados “bens primários”, que incluem direitos, liberdades e outros meios necessários à realização de diferentes projetos de vida (Cf. RAWLS, 2008, p. 75, 110-5). Mais abaixo, argumentar-se-á em favor da saúde como bem primário e, por conseguinte, como um direito. Embora Rawls não tenha incluído a saúde dentro de sua lista de bens primários, sua argumentação permitirá incluir a saúde como bem primário, dado que o acesso aos bens primários é condição para que o exercício das liberdades seja efetivo e para que o “igual valor das liberdades” seja assegurado (RAWLS, 2008, p. 250-3). Sob esse ponto de vista, é possível defender o acesso a um mínimo de benefícios como condição para o próprio exercício da liberdade.

Beauchamp e Childress, ao conciliar todas essas considerações, aceitam o argumento da oportunidade equitativa como fundamento do direito a um atendimento mínimo à saúde. Por outro lado, considerando as demandas do livre mercado e a escassez dos recursos, esse atendimento mínimo é complementado por um outro nível cujo provimento

seria competência dos mecanismos do livre mercado. O atendimento à saúde, de acordo com sua perspectiva que aceita a importância de diferentes princípios distributivos, opera com dois níveis:

A obrigação social pode ser cumprida em vários níveis, mas a abordagem do mínimo digno requer a aceitação do sistema de assistência anteriormente mencionado, dividido em dois níveis: a cobertura social obrigatória para as necessidades médicas básicas e ligadas a catástrofes (nível 1) e o seguro privado opcional para outras necessidades médicas e outros serviços que o indivíduo deseje (nível 2) (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p. 385).

Beauchamp e Childress afirmam que as necessidades “mais básicas de todos devem ser satisfeitas no primeiro nível” sendo, portanto, uma obrigação da sociedade como um todo prover e um direito dos cidadãos (1999, p. 385). Nele estão incluídas “medidas de saúde pública e cuidados preventivos, primeiros socorros, atendimento de emergência e serviços sociais para portadores de deficiências” (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p. 385). Os serviços mais sofisticados e de maior complexidade seriam atendidos no segundo nível, que é oferecido pela iniciativa privada e regulado por mecanismos de mercado.

Como já visto, essa divisão não retrata o caso brasileiro e, menos ainda, o sistema de saúde americano. Não retrata o caso brasileiro porque aqui já existe um sistema universal e gratuito de atendimento à saúde que supre os dois níveis propostos por Beauchamp & Childress, cabendo à iniciativa privada apenas um papel complementar. Tampouco retrata o sistema de atendimento à saúde estadunidense da época em que o texto foi escrito, pois os planos *Medicaid* e *Medicare* não contemplavam todas as necessidades e o público do primeiro nível<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Neste texto, argumenta-se em favor da assistência à saúde utilizando-se fontes que abordam essa questão do ponto de vista do cenário do Brasil, dos Estados Unidos e de outros países. Por outro lado, a discussão acerca do direito à saúde como parte das condições para a igualdade de oportunidades toma como referência filósofos que argumentam acerca de teorias da democracia. Portanto, as fontes mais “empíricas” tem como papel evidenciar o problema em questão, enquanto as contribuições filosóficas visam refletir sobre ele considerando um plano abstrato e, em certo sentido,

<sup>2</sup> Neste texto, argumenta-se em favor da assistência à saúde utilizando-se fontes que abordam essa questão do ponto de vista do cenário do Brasil, dos Estados Unidos e de outros países. Por outro lado, a discussão acerca do direito à saúde como parte das condições para a igualdade de oportunidades toma como referência filósofos que argumentam acerca de teorias da democracia. Portanto, as fontes mais “empíricas” tem como papel evidenciar o problema em questão, enquanto as contribuições filosóficas visam refletir sobre ele considerando um plano abstrato e, em certo sentido, “ideal”. Há uma série de premissas implícitas na relação entre ambos os níveis, mas não se supõe aqui que as contribuições do nível filosófico façam referência direta a um ou outro país e muito menos que possam ser aplicadas sem considerar fatores contingenciais de cada contexto. Na

verdade, as contribuições filosóficas consistem muito mais de premissas que se apresentam no nível da Constituição de um país ou na deliberação em seus respectivos parlamentos, como bem observa Rawls (2011).

<sup>3</sup> Essa situação tem mudado com as recentes reformas sociais introduzidas no primeiro mandato do presidente Barak Hussein Obama. Mas não se abordará esses acontecimentos aqui, sendo apenas informações gerais. Para algumas informações, ver “Câmara dos EUA aprova histórica reforma da saúde proposta por Obama”. **O Estado de São Paulo**, 22 de Outubro de 2010. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/internacional,camara-dos-eua-aprova-historica-reforma-da-saude-proposta-por-obama-,527409,0.htm>. Acesso em: 10 de Outubro de 2012.

“ideal”. Há uma série de premissas implícitas na relação entre ambos os níveis, mas não se supõe aqui que as contribuições do nível filosófico façam referência direta a um ou outro país e muito menos que possam ser *aplicadas* sem considerar fatores contingenciais de cada contexto. Na verdade, as contribuições filosóficas consistem muito mais de premissas que se apresentam no nível da Constituição de um país ou na deliberação em seus respectivos parlamentos, como bem observa Rawls (2011).

<sup>1</sup> Essa situação tem mudado com as recentes reformas sociais introduzidas no primeiro mandato do presidente Barak Hussein Obama. Mas não se abordará esses acontecimentos aqui, sendo apenas informações gerais. Para algumas informações, ver “Câmara dos EUA aprova histórica reforma da saúde proposta por Obama”. **O Estado de São Paulo**, 22 de Outubro de 2010. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/internacional.camara-dos-eua-aprova-historica-reforma-da-saude-proposta-por-obama-,527409,0.htm>. Acesso em: 10 de Outubro de 2012.

Essa divisão de competências, embora não seja útil para a discussão de um direito à assistência à saúde no horizonte político brasileiro, pode ser um bom ponto de partida para se tratar das dificuldades do SUS no que diz respeito à escassez de recursos. Afinal, como os próprios Beauchamp & Childress afirmaram, essa divisão responde primeiramente apenas à tarefa de conciliação no conflito entre argumentos liberais, comunitaristas e igualitaristas. De modo que: “Esse modelo deve ser acompanhado de uma concepção das alocações sociais justificáveis, caso contrário o ‘mínimo digno’ não passará de uma vaga abstração” (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p. 385). Além disso, segundo eles a racionalização também é parte importante da realização dessa cobertura pois, do contrário, não se torna possível cumprir as prioridades. Assim, tomando por aceita a divisão de dois níveis, o desafio que permanece é a definição das prioridades e as linhas gerais para o racionamento dos recursos e uma maior eficiência nos serviços.

### 3 - Racionalização dos recursos e o acesso universal

Por vezes é dito que “no Brasil todos tem direito ao atendimento à saúde, mas na prática o que se vê não é isso”. Não obstante, muitos dos profissionais de saúde e cidadãos consideram o SUS um sistema de saúde promissor e um serviço público importante para a democracia do país. Muitas coisas podem ser ditas acerca desses diagnósticos e das causas para as notórias limitações na realização de seus serviços. A despeito delas, pode-se dizer que o sistema de saúde brasileiro, como outros sistemas de saúde, enfrenta o problema da escassez de recursos. James Drane (2009) recentemente afirmou a escassez de recursos é um problema também enfrentado pelo sistema de atendimento à saúde do Canadá que, como o sistema brasileiro, também é universal e gratuito. Em suas palavras:

hoje, o Canadá está sendo forçado a enfrentar as reformas que vão ou reduzir os benefícios básicos ou desistir da cobertura universal, pois o seu custo é insuportável. Os benefícios e serviços dos cuidados básicos com a saúde para todos são um ideal um ideal digno, mas como a maioria dos outros ideais, sua implementação é uma luta (DRANE, 2009, p 38, tradução nossa).

Esse diagnóstico do sistema de atendimento à saúde canadense pode parecer perturbador para muitos dada a impressão que se tem do Canadá como um país próspero e dadas as consequências que esse julgamento tem para as crenças acerca da consolidação do próprio SUS. Por outro lado, para Drane, a racionalização dos recursos não se justifica somente por conta desse diagnóstico, mas também se justifica pela tarefa de conciliar princípios divergentes envolvidos na ética biomédica: o princípio da justiça e o princípio da autonomia. Afinal, é necessário considerar que no atendimento à saúde estão envolvidos tanto a justiça na distribuição dos recursos como também a autonomia do paciente expressa de modo mais geral através das suas necessidades básicas. De modo que se pensa na racionalização levando em conta também a afirmação de Beauchamp e Childress, para os quais a racionalização “deve excluir serviços e não pacientes” (2002, p. 386).

Assim, aceitando os argumentos acima expostos de que: 1) Há justificativas suficientes para o direito a um mínimo de atendimento à saúde que apontam para uma divisão de níveis sob um critério de importância e; 2) de que o nível de atendimento básico é realizado mediante a racionalização dos recursos através da definição das prioridades em termos de serviços essenciais; cabe definir os critérios para demarcar esses serviços básicos. Nesse sentido, Drane nos sugere que: “Todo sistema de racionamento é baseado em uma noção de necessidade. Racionalizar implica em pensar nas necessidades de cuidados médicos básicas de todos os cidadãos” (2009, p 38). Mas qual é o ponto de partida para se pensar essas necessidades?

É claro que as necessidades básicas dos cidadãos dizem respeito àquilo que se pressupõe como condições para que estes possam levar um vida digna e realizada. Isso traz novamente à tona o argumento em favor da igualdade de oportunidades, que foi utilizado acima para defender o “nível básico” de assistência à saúde. Mas isso também coloca outras questões relacionadas, como: O que o atendimento à saúde é capaz de fazer pelas vidas das pessoas? É possível identificar a igualdade de oportunidades a um conjunto de capacidades e habilidades mais elementares, cuja proteção definiria as prioridades? As respostas a essas questões conduzem a interpretação da assistência à saúde como um “bem social” e também mobilizam a reflexão acerca do benefício que ela proporciona.

### 4 - Benefícios da assistência à saúde e a igualdade de oportunidades

Na moralidade comum, a saúde por vezes é encarada como um bem cujo valor só se estima a partir do momento em que se enfrenta uma doença. Independentemente desse fato, a saúde é um aspecto central da vida das pessoas e parte imprescindível do seu próprio bem-estar, sendo que seu comprometimento interfere na própria possibilidade de se alcançar algum tipo de realização. De modo que a saúde, quando mantida a níveis “normais”, mantém o caminho aberto à possibilidade das diversas realizações que as pessoas podem valorizar, ligadas a diferentes modelos de vida.

A partir das leituras de Beauchamp & Childress, bem como de outros filósofos, tentar-se-á esboçar um critério filosófico para delimitar um limite mínimo para a assistência à saúde. Assume-se que a abordagem do *princípioalismo* elaborada pelos dois autores mencionados é a mais qualificada para se compreender os diferentes deveres em conflito nessa delimitação. Dentre esses deveres, examinar-se-á a relação (por vezes conflituosa) entre aqueles ligados ao princípio da beneficência e aqueles ligados ao princípio de justiça, já explorado ao longo deste texto.

A beneficência exige que “as ações tenham em vista (ou colaborem para) o bem-estar dos outros” (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002, p. 281-2). Não obstante, dependendo de como se concebe este benefício proporcionado pelas ações, diferentes serão as repercussões e o seu papel dentro de uma concepção de um direito igual à assistência médica. Há pelos menos duas formas diferentes para se pensar esse benefício. Uma delas está ligada à qualidade de vida e o desenvolvimento – ou manutenção – de certas “capacidades” de conduzir diferentes opções de vida. Ela também compreende à qualidade de vida ligada à sua duração como resultado de determinado tratamento médico. A outra forma de compreender o benefício da assistência está fortemente ligada ao seu papel de garantia de um certo “espaço de oportunidades” constitutivo do próprio status de cidadão. Compreendido dentro de uma concepção mais ampla de justiça, argumenta-se que essa abordagem possui maior força normativa para conceber um mínimo de assistência médica como obrigação da sociedade.

A respeito da primeira opção, como dito, os benefícios ligados à assistência à saúde possibilitam não apenas a continuidade da vida em determinado número de anos, mas também sua qualidade. Por isso se introduz a noção de “anos de vida levando em conta a qualidade” (*quality adjusted life years*, doravante *QALYs*) para interpretar a assistência à saúde em termos de custo-eficácia (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002, p. 319-22; DANIELS, 2007; SEN, 2002). Esse termo tem se tornado corrente no modo de se ponderar o benefício de tratamentos levando-se em conta todas as variáveis e riscos envolvidos no atendimento médico, de modo a superar a abordagem do custo-benefício, que calcula os custos em termos meramente monetários. Essa noção captura também algumas intuições já presentes na moralidade comum acerca de como as pessoas ponderam acerca de seus tratamentos. Isso porque muitas vezes as pessoas estão mais inclinadas a realizar um tratamento paliativo que lhes proporcione uma pequena expectativa de vida, porém plena de realizações ou de bem-estar, em lugar de um tratamento mais agressivo que proporcione uma longa expectativa de vida, porém com sérias limitações (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002)<sup>4</sup>.

Essa noção também se tornou importante instrumento para avaliação das políticas públicas de saúde, considerando a expectativa de vida. Mas essa noção também pode ser acoplada a outros instrumentos analíticos. Amartya Sen (2001, 2002), por exemplo, sugere que a noção de qualidade de vida pode ser mais bem compreendida levando-se em conta a noção de *capabilities* (ou ‘capabilidades’). As capacidades, capacidades e habilidades, são as oportunidades efetivas que as pessoas possuem de realizar objetivos que consideram valiosos. Nas palavras de Sen:

Elas representam as várias combinações de funcionamentos (estados e ações) que uma pessoa pode realizar. A capacidade é, portanto, um conjunto de vetores de funcionamentos, refletindo a liberdade da pessoa para levar um tipo de vida ou outro (SEN, 2001, p. 80).

Um exemplo disso é conceber que o paciente tenha diante de si um conjunto de possíveis tratamentos médicos à sua escolha. Segundo Sen (2001), a melhor forma de avaliar a vantagem (e o benefício) do paciente diante desses

tratamentos é ponderar as capacidades que ele possui de realizar diferentes objetivos considerados valiosos. Dentre esses objetivos, podem se incluir “estar livre de doenças evitáveis”, estar “adequadamente nutrido” (Cf. SEN, 2001, p. 82).

Essa abordagem também enriquece a compreensão de como a assistência médica tem repercussões para a liberdade das pessoas. Isso porque as capacidades não incorporam somente a noção de bem-estar e de liberdade para realizar coisas (como no caso dos *QALYs*), mas também ampliam a participação do paciente na própria escolha dos tratamentos que este julga mais apropriados. Além disso, pode ajudar a evitar algumas controvérsias resultantes da adoção do critério dos *QALYs* com única ferramenta de decisão, dentre elas, a mensuração das perspectivas de vida de pessoas mais jovens e mais velhas em relação a um mesmo tratamento.

Há ainda a associação dessas noções de benefícios com o problema da distribuição dos recursos limitados para a saúde. Enquanto o critério *QALY* é expresso em termos mais gerais, a noção de capacidades leva mais em conta a relação do tratamento com as variações entre as pessoas e, desse modo, consegue se relacionar melhor com as exigências de igualdade de vantagens dele auferidas. Afinal, “A equidade de saúde não pode ser entendida em termos da distribuição de cuidados médicos” (SEN, 2002, p. 661). Pelo contrário, ela tem de ser mais sensível às variações interpessoais e focar as oportunidades reais que as pessoas tem de realizar objetivos que consideram valiosos.

Isso conduz à outra forma de se conceber os benefícios da assistência médica que, no entender de Norman Daniels, concebe a assistência à saúde como instrumento de proteção do escopo de oportunidades de uma pessoa. Para ele,

A especificidade dos cuidados médicos é melhor entendida de um modo diferente – para o qual um de nós já argumentou em detalhe em outra oportunidade (Daniels, 1985). Em vez de contar com a tendência da doença e das inaptidões de interferirem na felicidade, enfatizamos a maneira pela qual dos desvios adversos do funcionamento normal reduzem o alcance das oportunidades que as pessoas desfrutariam em um caso contrário (DANIELS, 2002, p. 14, tradução nossa)

Daniels adota uma perspectiva diferente daquela adotada em *Just Health Care*, entendendo a pessoas com a aptidão para “funcionarem” de determinada maneira. Embora influenciado pelas contribuições de Sen, Daniels entende esse aspecto com relação ao que ele chama de “âmbito de oportunidades” que uma pessoa “normal” (melhor seria dizer, sadia) dispõe. Esse ideal normativo permite a ele conceber o benefício da saúde como algo que protege e até mesmo corrige as vulnerabilidades que ameaçam esse status, definindo prioridades: “A razão principal para os cuidados médicos, em nossa visão, se foca na correção dos impactos da doença e das inaptidões, não para melhorar os traços normais mas sim os desvantajosos” (DANIELS, 2002, p. 16, tradução nossa).

Tanto Daniels como Sen entendem esse “âmbito de liberdades” implicando em uma forma de autonomia que supõe não apenas a ausência de impedimentos, mas também a presença de elementos materiais que permitem à pessoa

médico. Dado que elas são mais contingentes e relativas às opções de vida dos pacientes, não há como examiná-las aqui.

<sup>4</sup> Isso sem contar a ponderação das consequências psicológicas que muitos pacientes fazem com vistas a seus familiares no momento de sua decisão por um tratamento

realizar aquilo que considera valioso. Mas ela também aponta para a remoção dos obstáculos ao seu exercício, de modo que se pode considerar a minimização das inaptidões como a tarefa central dos serviços de saúde. Para ambos, a redução dos chamados “anos de vida ajustados às inaptidões” (*disability-adjusted life years – DALYs*) possui uma importância independente de outros critérios distributivos. Dentre essas inaptidões estão as doenças crônicas ou mesmo com limitações causadas por problemas de saúde que estariam dentre as prioridades de atendimento à saúde. Isso oferece o conteúdo para a noção de um mínimo digno de assistência médica, já que essas enfermidades são especialmente limitantes.

Além desse ponto em comum, ambos também entendem a importância das considerações mais amplas de uma teoria da justiça mais geral para se definir um nível mínimo e obrigatório de assistência à saúde. Daniels, entretanto, concebe esse nível obrigatório de maneira mais franca e com maior força normativa. Para ele, a assistência à saúde tem um caráter moral na medida em que ela tem a função de “proteger e promover a saúde” como meio de proteção da “igualdade de oportunidades dos indivíduos”: “A gama de oportunidades de uma determinada sociedade é o conjunto de planos de vida que pessoas razoáveis estão propensas a desenvolverem por si mesmas” (DANIELS, 2003, p. 43). Em outras palavras, a saúde é um dos bens (quem sabe, juntamente com a educação) que permitem às pessoas a busca e a realização de todos os demais objetivos da vida e estão ameaçadas por fatores que não dependem das pessoas, de modo que se convertem em objeto de proteção. Embora seja semelhante ao critério proposto por Sen, Daniels identifica essa gama de oportunidades ao status de cidadão, o que lhe permite defender um limiar mínimo para aos cuidados médicos.

<sup>1</sup> Isso sem contar a ponderação das consequências psicológicas que muitos pacientes fazem com vistas a seus familiares no momento de sua decisão por um tratamento médico. Dado que elas são mais contingentes e relativas às opções de vida dos pacientes, não há como examiná-las aqui.

## 5 - Tomando os vários critérios em conjunto

Por vezes, Daniels afirma que o argumento da igualdade de oportunidades que ele toma da concepção de justiça de John Rawls carrega implícito dentro de si a suposição do exercício de certas capacidades fundamentais, o que também é defendido por Sen. Isso suscita um debate específico acerca dos traços comuns entre as teorias de Rawls, Sen e Daniels. Não obstante, resolver isso é tarefa de uma abordagem bibliográfica comparativa mais focada que não será feita aqui. Para fins de síntese, cabe tomar em conjunto os elementos até aqui expostos.

Primeiramente, assumiu-se que o SUS enfrenta o problema da escassez de recursos na oferta de serviços de saúde para a população. Através de alguns argumentos, oferece-se a perspectiva de que tal problema não é só um reflexo das contingências brasileiras que incluem a implantação gradual do serviço de saúde e fatores negativos como a corrupção, mas sim um fator inerente à própria efetivação das políticas públicas. Então, uma saída para enfrentar essa conjuntura foi a distinção entre serviços de saúde básicos e os não básicos.

Dentre os elementos para a delimitação desse nível mais básico estão considerações sobre o benefício da assistência à saúde, que incluem a qualidade de vida e a proteção do “âmbito de oportunidades”. Elas remetem, por sua vez, critérios mais específicos da proteção desses elementos, tais como a eliminação das doenças que comprometem as atividades das pessoas como a minimização dos efeitos danosos das doenças crônicas. E, embora tudo isso ofereça um

conteúdo que define as prioridades da assistência à saúde, é necessário estabelecer um mínimo segundo condições equitativas. Dentre essas condições estão a lista de algumas capacidades mínimas que compõem o ideal normativo da igualdade de oportunidades, levando em conta também o status de cidadão e as condições para o exercício dos direitos ligados a essa condição.

Tudo isso pode operar como um critério norteador para uma deliberação posterior acerca dos serviços de saúde prioritários. Nesta etapa, esses elementos normativos provavelmente se consolidam em termos gerais que regem a distribuição dos serviços de assistência médica. Munindo-se deles, inicia-se a discussão dentro das instâncias deliberativas do próprio SUS levando-se em conta recursos orçamentários e outras variáveis. Dentre essas variáveis, certamente está a participação democrática. Afinal, a gestão democrática também é um princípio norteador do funcionamento do SUS, tal como estabelecido pela lei 8.142, de 1990.

## 6 - Conclusão

Esse artigo buscou oferecer elementos filosóficos para se pensar serviços médicos mais importantes dentro da definição um direito básico à saúde que permitam elencar prioridades. Levando em conta o caso brasileiro, essas prioridades organizam as preocupações centrais com a saúde das pessoas de modo a promover a eficiência do SUS levando-se em consideração um contexto de escassez de recursos. As pretensões não vão muito além e se encerram no momento em que se inicia a deliberação nas instâncias que selecionam os serviços, tanto nos hospitais como nos demais órgãos do governo.

É claro que, como dito, o trabalho mais importante precisa ser feito nos sentido de ampliar o atendimento e a qualidade dos serviços do SUS. Porém, enquanto isso não se concretiza é preciso fazer o melhor possível com aquilo que se tem. Se as instâncias deliberativas funcionarem adequadamente e o sistema se pautar por algumas prioridades, quem sabe pelo menos se terá um atendimento à saúde cada vez mais eficiente e justo, se afastando tanto da corrupção como da “moral de ocasião”.

## 4 - Referências Bibliográficas

- BAHIA. Lúcia. Financiar o SUS universal sem tergiversar, In, *Le Monde Diplomatique Brasil*, 01 de Outubro de 2011. Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1023>. Acesso em: 20/11/2012.
- BEGOUCCI, Leandro. Ponto de Vista: Brasília? Itaipu? Não. SUS é a maior obra da história do Brasil, In: BBC Brasil (site de notícias), 2016. Disponível em: [http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/01/160128\\_ponto\\_de\\_vista\\_sus\\_pai\\_lb](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/01/160128_ponto_de_vista_sus_pai_lb). Acesso em 04/02/2016.
- BRASIL. **Lei Federal nº 8.080, de 19/09/1990** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em 10/11/2012.
- \_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 8.142, de 28/12/1990** - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm). Acesso em 11/11/2012.

- BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- DANIELS, Norman. **Just Health Care**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- \_\_\_\_\_; SABIN, James E. **Setting Limits Fairly: Can We Learn to Share Medical Resources**. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Just Health: Meeting Health Needs Fairly**. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
- DRANE, James F. **Equality and justice in medicine: a paradigm of Uncertainty**, In: Bioethikos, 2009, vol. 3 p 33-40.
- MELLO, Patrícia Campos. Entenda: Sistema de saúde dos EUA exclui 46 milhões, in; **O Estado de São Paulo**, 9 de Setembro de 2009. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/internacional,entenda-sistema-de-saude-dos-eua-exclui-46-milhoes,431943,0.htm>. Acesso em 15/11/2012.
- RAWLS, John. **Uma Teoria da Justiça**. Edição revista, trad. Jussara Simões, rev. trad. Álvaro de Vita, 3ª ed. Coleção Justiça e Direito. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- \_\_\_\_\_. **O liberalismo Político**. Trad. Álvaro de Vita. Ed. ampliada. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- SEN, Amartya K. **Desigualdade Reexaminada**. Trad. Ricardo Doninelli Pires. São Paulo: Editora Record, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Why Health Equality?**, In: Health Economics, nº 11, 2002, p 659-66.