



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Brasil

Moreira Corgozinho, Marcelo; Salles Pereira Primo, Walquíria Quida  
Análise bioética sobre o acesso dos usuários às unidades de terapia intensiva no Brasil  
Saúde em Debate, vol. 36, núm. 93, abril-junio, 2012, pp. 215-224  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341763009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



# Análise bioética sobre o acesso dos usuários às unidades de terapia intensiva no Brasil

*Bioethical analysis about users' access to the adult intensive care units in Brazil*

Marcelo Moreira Corgozinho<sup>1</sup>, Walquíria Quida Salles Pereira Primo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mestrando em Bioética pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.  
marcelocorgozinho@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Doutora em Ciências da Saúde pela UnB – Brasília (DF), Brasil.  
walquiriaprmo@gmail.com

**RESUMO** Trata-se de um estudo exploratório através do procedimento técnico de levantamento bibliográfico e análise documental de dados extraídos dos *sites* do Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O objetivo foi analisar a cobertura assistencial em terapia intensiva por grandes regiões geográficas brasileiras, a partir de conceitos da Bioética de Intervenção. Foi possível estimar a necessidade de leitos de unidade de terapia intensiva através da Portaria nº 1.101 do Ministério da Saúde, que corresponde a 4 a 10% do total de leitos hospitalares. Identificou-se que as regiões Norte e Nordeste, as mais vulneráveis, possuem as menores coberturas em terapia intensiva do país. Nesse contexto de política e saúde, a Bioética de Intervenção emerge com pertinência, promovendo o discurso a favor dos vulneráveis.

**PALAVRAS-CHAVE:** Bioética; Acesso aos serviços de saúde; Terapia intensiva.

**ABSTRACT** An exploratory research was undertaken through the technical procedure of literature review and data analysis from data extracted from the Ministry of Health and Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) websites. The goal is to analyze the assistance coverage in intensive care for major geographical regions, from concepts of the Intervention Bioethics. It was possible to estimate the need for ICU beds by the 1 101 Ordinance of the Ministry of Health, which corresponds to 4-10% of total hospital beds. It was identified that the North and Northeast Regions, the most vulnerable, have the worst coverage in intensive care in the country. In this context of politics and health, the Intervention Bioethics emerges with relevance, promoting the discourse in favor of the vulnerable.

**KEYWORDS:** Bioethics; Health services accessibility; Intensive care.



## Introdução

A unidade de terapia intensiva (UTI) é uma unidade altamente especializada, pois atende pacientes em estado grave que necessitam de monitorização contínua. As UTI fazem uso de alta tecnologia que implica no investimento de recurso financeiro oneroso aos cofres públicos, o que representa uma questão particular para a gestão dos sistemas de saúde do Brasil (MADUREIRA; VEIGA; SANTANA, 2003).

Pode-se dizer que as UTI de hoje são vítimas da medicina moderna (AMARAL; RUBENFELD, 2009). Segundo a *World Health Organization* (2002), o envelhecimento geral da população é um fenômeno novo, e estima-se que em 2050 existirão cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos e mais no mundo. Desta forma, pacientes sobrevivem a doenças previamente fatais e se tornam crônicos e gravemente enfermos, fazendo com que apareçam os obstáculos enfrentados no equilíbrio entre oferta de serviços e uso racional de recursos (MADUREIRA; VEIGA; SANTANA, 2003).

A gestão do sistema de saúde aparece como uma atividade advinda da responsabilidade de comandar, coordenar ou dirigir um sistema de saúde municipal, estadual e nacional. Madureira, Veiga e Santana (2003) enfatizam que a gestão em serviços de saúde no Brasil constituiu-se num grande desafio frente à crise política e econômica que se instalou no setor. Diante desta crise os gestores administram problemas ainda maiores, necessitando articular a política de saúde com outros segmentos da sociedade a fim de obter a utilização racional e eficiente dos recursos.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010c), o Brasil dispõe de 27.737 leitos de terapia intensiva que estão distribuídos entre 2.342 unidades de 1.421 estabelecimentos públicos e privados de saúde. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2010a) mostram que o tamanho da população brasileira vem sendo comparado desde a realização do primeiro recenseamento de 1872. No período de 1872 a 2000, a população aumentou cerca de 10 vezes. No ano 2000, a população estava estimada na média dos 169.799.170 pessoas, enquanto que em 2010 passou para 190.755.799 pessoas.

Através da análise destas informações será possível promover uma reflexão Bioética focada nos cidadãos

mais vulneráveis da sociedade. Neste sentido, a Bioética de Intervenção emerge em contextos de desigualdade social, através de uma visão crítica das situações geradoras de vulnerabilidade humana (GARRAFA; PORTO, 2003).

Segundo Kaztman (2001), a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou grupos sociais refere-se à maior ou menor capacidade de controlar as forças que afetam seu bem-estar, ou seja, a posse ou controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades propiciadas pelo Estado, mercado ou sociedade.

Aliada na causa dos vulneráveis, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) tem dentre seus objetivos: promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, assim como a maior difusão possível e o rápido compartilhamento de conhecimento relativo a tais desenvolvimentos, com particular atenção às necessidades de países em desenvolvimento (UNESCO, 2005, p. 7).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e a Constituição Federal de 1988 contribuíram para o processo de democratização do país. O texto constitucional trouxe a garantia universal de acesso aos bens públicos de saúde, entretanto essa garantia que em princípio deveria estabelecer a igualdade entre aos cidadãos, teria implicado também numa série de peculiaridades para a relação entre saúde pública e privada, dada a estrutura produtiva do setor de saúde montada no país, que aumentaria as desigualdades na distribuição dos bens públicos de saúde (BRASIL, 1998; WESLLAY; JULIO, 2010).

Em contrapartida, o texto constitucional e a Lei Orgânica de saúde representam um grande feito sanitário para o país. Conclusão de pesquisa documental com dados provenientes das Constituições promulgadas ou outorgadas nos anos de 1824, 1891, 1934, 1937, 1946, 1967, 1988 e da Emenda Constitucional nº 1 de 1969 evidencia que, antes da Constituição de 1988, as ações de promoção da saúde e a prevenção de doenças no geral destacavam-se somente pelas campanhas de vacinação e controle de endemias (WELLAY; JULIO, 2010). Este breve panorama proporcionou a valorização do atual sistema de saúde, mesmo com ressalvas quanto à garantia da integralidade de assistência nos serviços de saúde (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2009).



Procurou desenvolver o tema do acesso às UTI dentro do contexto do modelo de saúde atual. O sistema de saúde público representado na figura do SUS que se caracteriza por possuir uma oferta insuficiente no acesso aos bens de saúde, ou seja, por possuir um tamanho pequeno em relação à demanda existente no mercado (CECHIN, 2008; FARIAS; MELAMED, 2003), e o setor privado, denominado de setor de saúde suplementar pelo fato do sistema público ter caráter universal e este ter surgido como um complemento (CECHIN, 2008).

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a cobertura assistencial dos serviços de terapia intensiva oferecidos pelas grandes regiões geográficas brasileiras, a partir de conceitos da Bioética de Intervenção. Espera-se que as reflexões a partir desta pesquisa possam contribuir com futuras discussões com vista à melhoria do acesso aos serviços de terapia intensiva no país.

## Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório através do procedimento técnico de pesquisa bibliográfica e posterior análise documental com os dados que se encontravam disponíveis, portanto, dados secundários. O campo de investigação foi os registros do Sistema de Informação do Ministério da Saúde, dados demográficos do IBGE, informações da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) e da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). A amostra foi constituída pelo total de leitos de UTI públicos, privados e credenciados ao SUS, analisados juntamente com dados demográficos por grandes regiões brasileiras. O período de coleta dos dados foi de julho a agosto de 2011.

Como critérios de inclusão, foram considerados os registros do Ministério da Saúde, AMIB e IBGE do ano de 2010 e informações do PNAD 2008. Quanto às considerações éticas, a presente pesquisa não necessitou de autorização de instituições, bem como do Comitê de Ética e Pesquisa. Os dados captados estavam disponíveis em bases de dados da Internet com acesso livre a todos os cidadãos.

O referencial para a avaliação da cobertura assistencial em terapia intensiva foi a Portaria nº 1.101/2002 do

Ministério da Saúde, que estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. A Portaria constitui recomendações técnicas ideais no sentido de orientar os gestores dos três níveis de governo (BRASIL, 2002). Os procedimentos consistiram na análise dos dados do Ministério da Saúde, juntamente com os dados populacionais do IBGE e analisados conforme cada região geográfica brasileira. As variáveis independentes foram os dados sociais disponibilizados pelo PNAD, as variáveis dependentes foram relacionadas ao acesso às UTI e as variáveis intervenientes foram constituídas de conceitos da Bioética de Intervenção. Os dados quantitativos foram organizados pelo cálculo percentual simples.

## Resultados

Segundo a Coordenação Geral de Atenção Hospitalar (CGAH) (BRASIL, 2010b), o Brasil possui 27.737 leitos de UTI (SUS e não SUS), destes, 17.357 ou 62,57% dos leitos são disponibilizados aos usuários do SUS. A Tabela 1 mostra o total de leitos ofertados pelo SUS.

Já a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) (2010) informa um total de 25.367 leitos, enquanto que as informações do CNES do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) mostra um total de 35.024 leitos de UTI, mesmo desconsiderando as unidades intermediárias, unidades intermediárias neonatais e a unidades de isolamento.

Para os cálculos seguintes foi considerado o valor total de leitos de UTI informado pela CGAH, uma vez que o total informado pelo CNES superava exageradamente o total estimado pela CGAH e AMIB. A estimativa da necessidade de leitos foi realizada com base na Portaria nº 1.101 que estabelece o percentual de 4 a 10% do total de leitos hospitalares para suprir a necessidade de terapia intensiva (BRASIL, 2002). Segundo a AMIB (2010), o referido percentual corresponde a uma necessidade de 1 a 3 leitos de UTI para cada 10.000 habitantes.

Dando sequência ao cálculo, a quantidade geral de leitos hospitalares informada pelo CNES foi composta pela soma de 330.524 leitos do SUS com 127.901 leitos identificados como 'não SUS', que resulta em um total de 458.425 leitos hospitalares. Conforme o cálculo da



referida Portaria, o mínimo de leitos de UTI exigido seria de 4% do total de geral de leitos hospitalares, que corresponderia à necessidade de 18.337 leitos de UTI; enquanto que o máximo estimado de 10% equivaleria a 45.842 leitos de UTI.

Através do cálculo percentual simples:

- 4% do total de leitos hospitalares = 18.337 leitos UTI (mínimo exigido, 4%),
- leitos de UTI existentes = 27.737 leitos de UTI (cobertura da população geral 6%),
- total credenciado (SUS e NÃO SUS) = 17.357 leitos (cobertura dos leitos públicos e privados credenciados, 3,78%, abaixo do mínimo exigido).

Para o cálculo da cobertura assistencial tendo como referência 4% do total de leitos hospitalares e o total de leitos de UTI existentes, observou-se uma cobertura de 6%, porém, este cálculo é considerado injusto, pois o total de leitos expresso pela CGAH e AMIB não estão totalmente disponíveis aos usuários do SUS. Desta forma, ao fazer o cálculo em relação ao total credenciado junto ao SUS este valor muda para 3,78%, abaixo do mínimo exigido.

Utilizando a estimativa de leitos proposta pela AMIB, a partir de dados da população brasileira geral que era de 190.755.199 habitantes em 2010, e considerar o total de leitos de UTI que atualmente é de 27.737 leitos de UTI (SUS e não SUS), chega-se à cobertura assistencial de 1,43% leitos para 10.000, ou seja, entre

o valor recomendado. Quando o cálculo é feito somente com os leitos credenciados ao SUS, a cobertura cai para 0,89%. Realmente não houve divergência entre os resultados obtidos por meio das recomendações propostas pela AMIB e Portaria nº 1.101 do Ministério da Saúde.

Observa-se através da Tabela 2 a distribuição geográfica das UTI. A região Sudeste possui o maior percentual de leitos de UTI, 53,8%; seguido pelas regiões Sul (16,9%) e Nordeste (16,8%). As menores quantidades de leitos estão nas regiões Centro-oeste e a Norte que detêm 7,6 e 5% do total de leitos, respectivamente.

As melhores coberturas assistenciais em UTI estão nas regiões mais desenvolvidas, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, respectivamente. A iniquidade na distribuição dos leitos de UTI foi observada nas regiões mais vulneráveis, Nordeste e Norte, que dispõem das menores coberturas do país (0,76 e 0,84 leitos para cada 10.000 habitantes, respectivamente). Este cálculo foi baseado no total de leitos públicos e privados, portando, não expressa realmente a verdadeira realidade dos usuários do SUS. Assim, devido à limitação de informações sobre o total de leitos privados credenciados ao SUS por cada Estado e região geográfica, não foi possível calcular dados precisos. Como foram considerados todos os leitos (SUS e não SUS) no cálculo anterior, certamente o resultado real utilizando somente os leitos credenciados seria ainda menor.

Segundo a CGAH (BRASIL, 2010b), desde 1998 o Ministério da Saúde tem se dedicado ao tema da terapia

Tabela 1. Leitos de unidade de terapia intensiva públicos e privados habilitados no Sistema Único de Saúde, 2010

Tipo de leito	Adulto II	Neonatal II	Pediátrico II	Adulto III	Neonatal III	Pediátrico III	Tipo I	Total geral
	7.358	2.912	1.398	1.718	635	564	2.772	17.357

Fonte: Nota informativa Coordenação Geral de Atenção Hospitalar – Ministério da Saúde (Brasil, 2010c).

Tabela 2. Distribuição e cobertura assistencial de terapia intensiva por grandes regiões brasileiras, 2010

Grandes regiões brasileiras	População	Leitos SUS e não SUS	% leitos	Leitos por 10.000 habitantes
Norte	15.864.454	1.168	5,0	0,76
Nordeste	53.081.350	4.659	16,8	0,84
Centro-oeste	14.058.094	2.107	7,6	1,50
Sudeste	80.364.410	15.171	53,8	1,89
Sul	27.386.891	4.798	16,9	1,75
<b>Total</b>	<b>190.755.199</b>	<b>27.737</b>	<b>100</b>	

SUS: Sistema Único de Saúde.

Fonte: IBGE (Brasil, 2010a), CNES (Brasil, 2010c), AMIB (2009).



intensiva. Inicialmente priorizou o credenciamento de novos leitos de UTI, bem como a reclassificação de leitos que eram considerados de menor complexidade. Através da participação dos gestores estaduais e municipais de saúde, o Ministério da Saúde de 2003 até 2010 credenciou 6.399 novos leitos de UTI e reclassificou 1.668 leitos de UTI Tipo I para Tipos II e/ou III de maior exigência técnica. Tal ampliação do número de leitos representou impacto financeiro de R\$ 482,9 milhões de reais anuais (BRASIL, 2011).

No tocante à saúde suplementar, houve uma limitação em encontrar dados que informassem o valor total gasto com terapia intensiva privada, por regiões. Para dar uma ideia da representação geral do setor suplementar, dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) trazem a informação de que a movimentação das operadoras de seguros médico-hospitalares representava o valor de R\$ 74,6 bilhões para um total de 45.584.144 usuários, no ano de 2010 (BRASIL, 2011). Desta forma, os gastos com saúde não afetam as pessoas de forma uniforme, e é quase intuitivo dizer que uma minoria gaste muito, enquanto a grande maioria gaste pouco (CECHIN, 2008).

Segundo a ANS, a taxa de cobertura geral referente à medicina suplementar é de 24,4%, em 2011; sendo que as regiões mais desfavorecidas economicamente (regiões Norte, Nordeste e parte da Centro-oeste) possuem as menores coberturas de planos privados de assistência à saúde (5 a 10%); enquanto que as regiões Sudeste e Sul, as mais desenvolvidas, têm cobertura acima de 20% da população. Destes brasileiros detentores de seguro saúde, 76,1% encontram-se na categoria de planos coletivos ou planos empresariais e 20,7% pertencem à categoria de planos individuais de saúde (BRASIL, 2011). Vale lembrar que várias são as modalidades dos planos de saúde, e algumas delas não assumem o atendimento em todos os níveis de complexidade (CECHIN, 2008).

## Discussão

No que tange à análise documental, constataram-se algumas informações divulgadas pela AMIB e pelo Ministério da Saúde, em relação aos cálculos para

avaliação da cobertura assistencial em terapia intensiva no Brasil, porém, sem informações críticas quanto à vulnerabilidade decorrente da distribuição destes leitos nas macrorregiões brasileiras.

Ademais, foi constatada uma previsão injusta de leitos de UTI publicada pelo Ministério da Saúde. Chamado de injusta devido ao fato de incluir somente 80% da população total, justificando que 20% dos brasileiros são detentores de planos privados de saúde (BRASIL, 2010). Sabe-se que na necessidade de serviços de emergência, a maioria dos cidadãos acaba por receber o primeiro atendimento crítico pelo SUS. Em contrapartida, seria também injusto deixar de mencionar o aumento do número de leitos de UTI reclassificados e credenciados pelo Ministério da Saúde nos últimos anos (BRASIL 2010).

Algumas inferências foram feitas através dos resultados e que certamente merecem análise por parte da Bioética Social, uma vez que promovem e/ou são geradoras de fragilidade humana: a baixa cobertura assistencial em duas grandes regiões brasileiras, iniquidade em saúde — dado a desigualdade na distribuição de leitos de UTI em relação à população mais desfavorecidas — e a constatação da barreira de acesso — indisponibilidade de leitos de UTI credenciados ao SUS para atender toda população brasileira.

Para validar esta pesquisa buscaram-se alguns referenciais Bioéticos com a intenção de promover uma reflexão visando à defesa dos vulneráveis sociais — princípio ético da equidade em saúde e o fortalecimento dos vulneráveis em trabalhadores sociais. Assim, toda essa relação entre política e saúde se coloca na interface entre biológico e o econômico, isto é, entre dois campos nos quais se manifesta um interesse crescente pela Bioética (BERLINGUER, 2004).

Segundo informações do IBGE-PNAD (BRASIL, 2008), o Norte e Nordeste são as regiões aonde se concentram a maioria dos vulneráveis sociais do país. Conforme a ANS (BRASIL, 2011) são as regiões que se encontra a minoria dos detentores de plano privado de saúde, além disto, possuem as menores coberturas assistenciais em UTI do Brasil. A partir do pensamento ético da equidade em saúde, estas regiões deveriam ter a melhor cobertura em UTI, dado a situação de fragilidade humana encontrada nessas regiões.



A Bioética de Intervenção defende o pensamento de que os mais necessitados merecem tratamento diferenciado. A equidade deve orientar as práticas públicas de priorização na alocação dos recursos públicos. Segundo Fortes (2008) a equidade pode ser considerada como a cada um conforme suas necessidades. Para Nunes (2004), a eleição dos mais necessitados é central na elaboração de qualquer metodologia que pretenda alocar ou alterar a alocação de recursos de modo mais equitativo. Entretanto, na prática das políticas públicas sanitárias no país, as decisões de priorização de recursos, muitas vezes, mesclam os princípios utilitaristas — maximização de benefícios para a maioria da população — com o princípio da equidade em saúde (FORTES, 2008).

O princípio da equidade em saúde reconhece que os indivíduos são diferentes entre si, e, portanto, merecem tratamento diferenciado. Os indivíduos vulneráveis necessitam de uma parcela maior de recursos públicos do que os ricos para assim reduzir as desigualdades existentes (FORTES, 2008).

No âmbito da bioética, o primeiro texto em que a noção de vulnerabilidade surgiu como uma significação ética foi no já citado *Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. A vulnerabilidade foi introduzida para classificar de forma particular e em termos relativos às pessoas e também às populações em situação de fragilidade (EMANUEL *et al.*, 2008).

Macklin (2003) formula a seguinte pergunta sobre vulnerabilidade: o que torna indivíduos, grupos ou países vulneráveis? Pessoas vulneráveis são pessoas relativamente ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses. Podem ter poder, inteligência, educação, recursos e forças insuficientes ou outros atributos necessários à proteção de seus interesses. Ele conclui que diante de tal definição, a principal característica de vulnerabilidade expressa por essa diretriz seria uma capacidade ou liberdade limitada, mostrando que os grupos específicos poderiam ser considerados vulneráveis e susceptíveis.

Para contextualizar este pensamento, existem 16,2 milhões de brasileiros — 8,6% do total — vivendo na miséria extrema ou com um ganho mensal de até R\$ 70,00. Na distribuição da miséria, as regiões Nordeste (18,1%) e Norte (16,8%) lideram o levantamento, ao passo que o Sul tem menos gente extremamente pobre

(2,6%). Segundo o PNAD (BRASIL, 2008), houve uma evolução positiva dos indicadores sociais na última década, especialmente em relação ao aumento da expectativa de vida; queda da mortalidade infantil; acesso a saneamento básico; coleta de lixo e diminuição do analfabetismo. Mesmo assim, o Brasil ainda tem um longo percurso até atingir níveis sociais considerados satisfatórios.

Ainda existe um debate sobre a necessidade de se diferenciar os conceitos de vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração. Esta questão torna-se o centro nevrálgico da reflexão Bioética contemporânea, a qual poderá ser elucidada a partir dessa contextualização política. A vulnerabilidade seria um atributo antropológico de todo ser humano pelo simples fato de estar vivo, enquanto que a suscetibilidade seria um dano instalado em grupos sociais ou em indivíduos (KOTTOW, 2005). Outra questão é que nem todas as pessoas potencialmente ou virtualmente vulneráveis, são vulneradas concretamente (SCHARAMM; KOTTOW, 2001). Contudo, indivíduos e populações são momentaneamente excluídos do estado de direito, vivendo numa zona de indeterminação, perdendo assim o valor (ARÁN; PEIXOTO JR, 2007).

A partir dos dados sobre a cobertura e distribuição dos leitos de terapia intensiva, foi possível a constatação de que as regiões mais frágeis dispõem de menos leitos em relação às regiões mais desenvolvidas, ou seja, uma iniquidade em saúde pública. Contudo, reconhece também que uma questão que limita o acesso aos serviços de saúde são os desafios enfrentados pelas políticas públicas desde sua elaboração — barreiras político-administrativas. Por serem programas de governo, elas tendem a sofrer pressão da oposição partidária, dependem da iniciativa do poder executivo, encontram dificuldade de adesão e participação da sociedade civil e da iniciativa privada (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Após reconhecer estes desafios enfrentados pelos gestores, cita-se o posicionamento do Professor Schramm, citado por Kottow (2005), ao enfatizar que o Estado tem a responsabilidade de oferecer proteção sanitária e brigar por sua efetiva realização com vistas à modificação dos problemas de vulnerabilidade e de suscetibilidade humanas. Aliada à causa da Bioética de Intervenção, a Bioética de Proteção proposta por Schramm analisa também o contexto social e enfatiza



que o governo tem o compromisso de proteger todos os membros da sociedade diante de qualquer política, independentemente da estrutura de Estado (KOTTOW, 2005; GARRAFA; PORTO, 2003).

Constata-se que a noção de vulnerabilidade persiste no vocabulário Bioético, inicialmente relativa ao plano de experimentação humana e, atualmente, cada vez mais frequente para a constatação de uma realidade que se pretende ultrapassar ou mesmo suprimir por meio da atribuição de um poder crescente aos vulneráveis (NEVES, 2007). O empoderamento é um objetivo que deve ser alcançado através da transformação do vulnerável em trabalhador social, sujeito de valoração.

Segundo Freire (2011b), o trabalhador social atua com outros agentes na estrutura social. A realidade social é transformável; feita pelos homens, pelos homens pode ser mudada; que não é algo intocável, um fado, uma sina, diante de que só houvesse um caminho: a acomodação a ela. O importante é que a percepção ingênua da realidade vá cedendo seu lugar a uma percepção que é capaz de perceber-se; que o fatalismo vá sendo substituído por uma crítica esperança que pode mover os indivíduos a uma cada vez mais concreta ação em favor da mudança da sociedade.

Por que as regiões Sudeste e Sul dispõem das melhores coberturas de terapia intensiva do país? Seria apenas o fator da ordem econômica, ou o diferencial estaria na população e nos gestores destas áreas? A busca pela superação da exclusão social implica no fortalecimento das capacidades dos vulneráveis para que possam transformar as relações de poder, na medida em que o fortalecimento social passa a ser um caminho para se alcançar esse objetivo (GARRAFA, 2005). Na prática, trabalhar a informação e consciência em todos os cidadãos em relação à responsabilidade social que cada um deve ter, representa ponto primordial no fortalecimento social.

A categoria utilizada como proposta de inclusão e fortalecimento social é a emancipação. Um sujeito emancipado não deixa de ser um sujeito livre, pois significa alforria, independência, liberdade, o caminhar que se inicia com a libertação (GARRAFA, 2005; FREIRE, 2001c). Suprimir a dependência é pré-condição para a emancipação, e isso vale tanto para a pessoa quanto para o Estado. É nesta concepção que a categoria

emancipação se presta à Bioética de Intervenção como veículo para direcionar a luta pela libertação e para colocar essa luta na dimensão coletiva (GARRAFA, 2005).

A busca pela superação da pobreza e exclusão social implica no fortalecimento das capacidades dos vulneráveis para que possam transformar as relações de poder (FREIRE, 2001c). Este encontro do qual a Bioética participa, é também uma oportunidade proporcionada pelo governo ao oferecer a diversos representantes e cidadão, a possibilidade de reunirem-se para pensar em comum. Sem dúvidas representa um grande desafio rumo a efetiva participação dos vulneráveis no processo de mudança social, especialmente nas questões relativas à saúde.

Neste sentido, a Lei nº 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, onde brasileiros adquiriram o 'poder' de fiscalizar o sistema de saúde através de sua inserção nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. O Conselho de Saúde atua em caráter permanente, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários; e que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990). Enfatiza-se que não basta que os cidadãos simplesmente ocupem postos ou realizem funções sem estarem devidamente munidos de conhecimento para tal, pois um cidadão sem emancipação fica susceptível à dominação devido à falta de argumentação e diálogo (GARRAFA, 2005).

Esta 'ideia' foi lançada e regulamentada e, agora, a efetivação da verdadeira participação do trabalhador social é que deve ser alcançada. Um trabalhador social organizado e munido de conhecimento para o exercício. Quando o trabalhador social opta pela mudança, ele não teme a liberdade, não manipula, não foge da comunicação, pelo contrário, a procura e vive (FREIRE, 2011b).

A instituição de práticas de gestão democráticas nos municípios depende de como os conselhos de saúde se organizam para bloquear ou minimizar práticas clientelistas — sistema de trocas políticas em benefício particular — e desenvolver práticas e estruturas horizontais de participação, capazes de gerar sujeitos políticos autônomos. A concretização de suas proposições depende da forma como funcionam os núcleos de poder e da maneira que se realizam as interações entre



os diversos segmentos representantes nos conselhos de saúde, ou seja, governo, prestador de serviços, trabalhador e o cidadão-usuário sujeito de transformação social (SHIMIZU; PEREIRA, 2009).

Nesse processo de participação social, faz-se necessário o envolvimento dos três setores da economia, a saber, setor público; setor privado e o terceiro setor através das Organizações Não Governamentais — organização da sociedade civil de interesse público, organizações sem fins lucrativos e outras formas de associações civis sem fins lucrativos.

À medida que o trabalhador social vai ganhando 'força', se insere criticamente na ação transformadora, a conscientização surge e com ela aparecem os frutos positivos (FREIRE, 2011b).

*A proposta inclusiva aqui desenvolvida passa pelo pressuposto que a ação social politicamente comprometida é aquela capaz de transformar a práxis social* (GARRAFA, 2005).

## Conclusão

### Considerações finais

O constitucionalismo brasileiro trouxe a dignidade da pessoa humana como o valor maior do Estado, o núcleo constitucional supremo em torno do qual gravitam os demais direitos. Os direitos fundamentais, incluindo os direitos sociais, seriam os guardiões da dignidade humana, sendo a saúde, portanto, verdadeiro direito fundamental social (OLIVEIRA, 2011).

O SUS representou, sem dúvidas, um marco sanitário e democrático na saúde, mesmo com ressalvas quanto à equidade e à integralidade da assistência. A saúde consagrada como direito fundamental é um tema de extrema relevância social, econômica e científica, para o desenvolvimento do país. Nenhum país consegue se desenvolver e evoluir sem primeiro proporcionar condições mínimas de saúde para sua população.

Em relação à distribuição geográfica das UTI, constatou-se que a região Sudeste possui a maior quantidade de leitos, 53,8%; seguida pelas regiões Sul (16,9%) e Nordeste (16,8%). As menores quantidades

de leitos estão nas regiões Centro-oeste e Norte, que detêm 7,6 e 5% do total de leitos, respectivamente.

Quanto à cobertura assistencial geral de terapia intensiva no Brasil (todos os leitos públicos e privados), observou-se uma cobertura geral de 6% do total de leitos hospitalares, ou seja, entre o valor exigido pelo Ministério da Saúde que é de 4 a 10%. Quando a análise utiliza somente os leitos credenciados ao SUS (62,7% dos leitos ou 17.357 leitos públicos e privados) este valor cai para 3,8% do total de leitos hospitalares, abaixo dos valores recomendados.

Mesmo que tenha havido limitação nas informações sobre o total de leitos de UTI credenciados ao SUS por cada grande região brasileira, foi possível obter um panorama geral da cobertura assistencial através dos dados de todos os leitos SUS e não SUS. Constatou-se que as melhores coberturas em terapia intensiva estão nas regiões mais desenvolvidas, Sudeste; Sul e Centro-oeste, respectivamente. A iniquidade na distribuição dos leitos de UTI foi observada nas regiões mais vulneráveis, Nordeste e Norte, que dispõem das menores coberturas assistenciais em UTI do Brasil.

Dado a realidade social, o princípio do Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual foi consagrado no Artigo 8 da DUBDU que busca garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em relação às quais os indivíduos perdem sua autonomia e se tornam vulneráveis-vulnerados (UNESCO, 2005).

Segundo Freire (2011a),

*todo esse mundo histórico-cultural, produto da humanidade, se volta sobre o próprio homem, condicionando-o. Criado por ele, o homem não pode, sem dúvidas, fugir dele. Não pode fugir do condicionamento de sua própria produção.*

Ou seja, não pode fugir de todos os problemas socioeconômicos e de todas as barreiras que dificultam o acesso aos serviços de alta complexidade no país. Neste sentido, o cidadão fortalecido e emancipado ganhará espaço através da verdadeira participação social.

O Estado por sua vez deve alocar recursos suficientes a fim de assegurar aos cidadãos, principalmente aos mais necessitados, a proteção à saúde e à vida, bem como reorganizar



as políticas públicas de modo a suprir seu dever constitucional. A problemática é dependente de condições políticas e das forças de pressão para ampliação dos gastos públicos em saúde — que atualmente é de 4% do Produto Interno Bruto — por meio da sociedade organizada e fortalecida.

No que tange a ética do século XXI, é fato a nova Bioética social contextualizada que se consagrou após

a DUBDH. É forte seu apelo a favor dos indivíduos mais frágeis da sociedade, não promovendo uma situação passiva por parte destes, mas intervindo de modo a fortalecê-los. Intervir para vê-los como sujeitos de valoração, assumindo uma posição digna e participativa na sociedade é uma constante no discurso da Bioética de Intervenção. ■

## Referências

- AMARAL, A.C.; RUBENFELD, G.D. The future of critical care. *Current Opinion in Critical Care*, Bruxelas, v. 15, n. 4, ago. 2009, p. 308-313.
- ARÁN, M.; PEIXOTO JR., C.A. A vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, out. 2007, p. 849-857.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). *Censo 2009*. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/>>. Acesso em: 29 ago 2011.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS 07/2011 e População IBGE/2010*. 2011. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 28 out. 2011.
- \_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 28 jun. 2011.
- \_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em: 28 jun. 2011.
- \_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Síntese dos indicadores sociais da população brasileira 2008*. 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/>>. Acesso em: 20 jun. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar (CGAH). *Nota Informativa 2010 — credenciamento de leitos de UTI*. 2010b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota\\_cgosp\\_uti\\_credenciamento.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_cgosp_uti_credenciamento.pdf)>. Acesso em: 28 out. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 2010c. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 03 jul. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142 de 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://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº1.101 de 12 de junho de 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 24 jun. 2011.
- BERLINGUER, G. *Bioética cotidiana*. Tradução de Lavinia Bozzo. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2004.
- CECHIN, J. *A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação*. São Paulo: Saraiva: Letras & Lucros, 2008.
- EMANUEL, E.J.; GRADY, C.; CROUCH, R.A.; LIE, R.K.; MILLER, F.G.; WENDLER, D. *The Oxford textbook of clinical research ethics*. New York: Oxford University Press; 2008.
- FARIAS, L.O.; MELAMED, C. *Segmentação de mercados na assistência à saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
- FORTES, P.A.C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2008, p. 696-701.
- FREIRE, P. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. 14. ed. atualizada. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011a.
- \_\_\_\_\_. *Educação e mudança*. 34 ed. atualizada. São Paulo: Paz e Terra; 2011b.
- \_\_\_\_\_. *Pedagogia da Autonomia*. São Paulo: Paz e Terra; 2001c.
- GARRAFA, V; PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, v. 17, n. 5-6, 2003, p. 399-416.
- GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, v. 1, n. 2, 2005, p. 122-132, .
- KAZTMAN, R. Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. *Revista de la CEPAL*, Santiago, n. 75, 2002, p. 171-189.
- KOTTOW, M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: In: SCRAMM, F.R. et al. *Bioética: riscos e proteção*. Rio de Janeiro: UFRJ/FIOCRUZ; 2005. p. 29-44.



MACKLIN, R. Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (org). *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola; 2003.

MADUREIRA, C.R.; VEIGA, K.; SANTANA, A.F.M. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. São Paulo, v. 8, n. 6, 2003, p. 68-75.

NEVES, M.C.P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição e princípio. In: BARCHIFONTAINE, C.P.; ZOBOLI, E.L.C.P. (org.). *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Ideias e Letras; 2007.

NUNES, A. *A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora*. Brasília: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Ministério da Saúde, 2004.

OLIVEIRA, A.A.S. *Bioética e direitos humanos*. São Paulo: Loyola; 2011.

OLIVEIRA, R.; MARUYAMA, S.A.T. Princípio da integralidade numa UTI pública: espaço e relações entre profissionais de saúde e usuários. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 11, n. 2, 2009, p. 375-382. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a19.htm>>. Acesso em: 05 ago. 2011.

SCHRAMM, F.R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos em salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2001, p. 949-956.

SHIMIZU, H.E.; PEREIRA, M.F. A burocratização das práticas cotidianas dos conselhos de saúde: como superar? *Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 3, n. 3, 2009, p. 56-66. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/722/731>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (org) *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (DUBDH), 2005. Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília e Sociedade Brasileira de Bioética. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2012.

WESLLAY, C.R.; JULIO R.S. Direito e sistemas públicos de saúde nas constituições brasileiras. *Revista Novos Estudos Jurídicos*, Itajaí, v.15, n.3, 2010, p. 447-460. Disponível em: <<http://www6.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/2768/1858>>. Acesso em: 28 jul. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Active ageing: a policy framework*. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/HQ/2002/Who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/HQ/2002/Who_nmh_nph_02.8.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2011.

---

Recebido para publicação em Dezembro/2012

Versão definitiva em Março/2012

Suporte financeiro: Não houve

Conflito de interesses: Inexistente