

**MARCELO MOREIRA CORGOZINHO**

**ANÁLISE BIOÉTICA SOBRE O ACESSO DOS USUÁRIOS ÀS UNIDADES DE  
TRATAMENTO INTENSIVO NO BRASIL**

**BRASÍLIA – DF**

**2012**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**MARCELO MOREIRA CORGOZINHO**

**ANÁLISE BIOÉTICA SOBRE O ACESSO DOS USUÁRIOS ÀS UNIDADES DE  
TRATAMENTO INTENSIVO NO BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Walquíria Quida Salles Pereira Primo

**BRASÍLIA – DF**  
**2012**

**MARCELO MOREIRA CORGOZINHO**

**ANÁLISE BIOÉTICA SOBRE O ACESSO DOS USUÁRIOS ÀS UNIDADES DE  
TRATAMENTO INTENSIVO NO BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Defendida e aprovada em 2 de março de 2012.

**BANCA EXAMINADORA**

**Dr<sup>a</sup>. Walquíria Quida Salles Pereira Primo (Presidente)**  
**Universidade de Brasília**

**Dr. Volnei Garrafa**  
**Universidade de Brasília**

**Dr<sup>a</sup>. Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli**  
**Universidade de São Paulo**

**Dr<sup>a</sup>. Helena Eri Shimizu (suplente)**  
**Universidade de Brasília**

*Dedico a todos os usuários, profissionais, gestores e acadêmicos, enfim, a todos os trabalhadores sociais que compartilham de um mesmo ideal, com vistas à promoção do acesso e da equidade nos serviços de saúde do Brasil.*

## AGRADECIMENTOS

Devoto um agradecimento mais que especial à Quely Melo (*in memorian*), por tudo.

Aos avós Francisco e Carmozina (*in memorian*), pela forte memória que permanece viva e influencia positivamente as decisões de minha vida.

Aos meus pais, Iolanda e José Francisco; irmãs, Carla e Daniela; cunhados, Walber, Júlio, Antero e Quênia; aos amigos Yasmine, Eduardo, Valdair, José Eduardo e Leciana, por compartilharem dos momentos de alegria e percalços desta vida.

Aos colegas enfermeiros, anesthesiologistas, cirurgiões, terapeutas, técnicos e equipe de apoio da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação.

Aos enfermeiros Júlio Lourencini e Linda Mary, lideranças do bloco cirúrgico do Hospital Sarah Centro, pelo apoio durante o curso.

Ao comitê de enfermagem do Hospital Sarah Centro.

À equipe da biblioteca do Hospital Sarah Centro.

À Prof<sup>a</sup>. Me. Jacqueline Ramos, pela amizade e incentivo nos momentos de dúvidas e dificuldades.

Ao Prof. Dr. Volnei Garrafa, pela confiança e fonte de inspiração.

Ao Prof. Dr. José Vitor, por despertar-me o interesse inicial pela Bioética durante a graduação em enfermagem, no ano 2000.

Ao Prof. Dr. Jorge Córdon, pela sabedoria compartilhada durante a disciplina saúde e sociedade, que por sua vez contribuiu para a construção desta pesquisa.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Walquíria Primo, pela paciência; disponibilidade; apoio e conhecimento transmitido.

Aos membros da banca examinadora, Professores Dr. Volnei Garrafa, Dr<sup>a</sup> Helena Shimizu e Dr<sup>a</sup>. Elma Zoboli, pelas importantes contribuições para a finalização desta pesquisa.

Aos servidores das secretárias da Cátedra UNESCO de Bioética e da Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Aos colegas e professores do curso de especialização em Bioética de 2009.

Aos colegas e professores do Programa de Mestrado e Doutorado em Bioética, período de 2010 a 2012.

Por fim, à Universidade de Brasília, por proporcionar-me a concretização desta realização.

Muito obrigado!

*“A propriedade primeira da terra é uma propriedade comum a todos. Deus deu-a “em comum à humanidade” e, por isso, cada qual, em estado de natureza, pode dela se apropriar particularmente tendo em vista suas necessidades [...]”.*

*(John Locke, 1689)*

*“O primeiro que, tendo cercado um terreno, atreveu-se a dizer: isto é meu, e encontrou pessoas simples o suficiente para acreditar nele, foi o verdadeiro fundador da sociedade civil. Quantos crimes, guerras, assassínios, quanta miséria e horrores não teria poupado ao gênero humano aquele que, arrancando as estacas; houvesse gritado aos seus semelhantes: evitai ouvir esse impostor. Estareis perdidos se esquecerdes que os frutos são de todos e que a terra não é de ninguém!”*

*(Rousseau, 1750)*

Corgozinho MM. Análise bioética sobre o acesso dos usuários às unidades de tratamento intensivo no Brasil [Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética – Cátedra UNESCO de Bioética]. Orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Walquíria Quida Salles Pereira Primo. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília-UnB; 2012.

## RESUMO

Realizou-se um estudo exploratório através do procedimento técnico de levantamento bibliográfico e análise documental de dados extraídos dos sites do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Associação de Medicina Intensiva Brasileira. O objetivo foi analisar a partir de conceitos bioéticos a cobertura assistencial em terapia intensiva por grandes regiões geográficas brasileiras. Foi possível estimar a necessidade de leitos de UTI através da Portaria 1101/2002 do Ministério da Saúde, que corresponde a 4 a 10% do total de leitos hospitalares ou 1 a 3 leitos para cada 10.000 habitantes, segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Os resultados evidenciaram situações de iniquidade na distribuição de leitos de terapia intensiva no Brasil. As regiões Norte e Nordeste, as mais vulneráveis, dispõem das menores coberturas do país (0,7 e 0,8 leitos para cada 10.000 habitantes), enquanto que as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste possuem as melhores coberturas (1,9; 1,7; 1,5 leitos para cada 10.000 habitantes, respectivamente). A falta de leitos em UTIs é um problema recorrente e que impede com que várias pessoas, das mais variadas idades e classes sociais tenham respeitados os direitos Constitucionais previstos. É dever do Estado realocar recursos suficientes, a fim de assegurar assistência aos cidadãos, principalmente aos mais necessitados. A Constituição Brasileira de 1988 trouxe a dignidade da pessoa humana como o valor maior do Estado, o núcleo constitucional supremo em torno do qual gravitam os demais direitos, sendo que o SUS representou 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. A análise dos resultados foi desenvolvida com base na Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos, a saber, equidade em saúde, respeito pela vulnerabilidade humana e responsabilidade social compartilhada. No que tange à ética do século XXI, é fato a nova Bioética social e contextualizada que se consagrou após a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. É forte o 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 valorização, assumindo uma posição digna e participativa na sociedade. Todos os membros da sociedade são trabalhadores sociais em potencial, portanto, responsáveis pelo processo de reconstrução social.

**Palavras-chave:** Bioética; acesso aos serviços; 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, Brazilian Association of Critical Care Medicine and Brazilian Institute of Geography and Statistics websites. The goal is to analyze the assistance coverage in intensive care for major geographical regions, from concepts of the Bioethics. It was possible to estimate the need for ICU beds by the 1101/2002 Ordinance of the Ministry of Health, which corresponds to 4-10% of total hospital beds, or 1 to 3 beds per 10.000 inhabitants, according to Brazilian Association of Critical Care Medicine. It was identified that the North and Northeast regions, the most vulnerable, have the worst coverage in intensive care in the country (0,7 and 0,8 beds per 10.000 inhabitants), while the Southeast, South and Midwest have the best coverage ( 1.9, 1.7, 1.5 beds for every 10.000 inhabitants, respectively). The lack of beds in ICUs is a recurring problem and that impedes several people, of various ages and social classes, to have their provided Constitutional rights respected. It is the duty of the State to reallocate sufficient resources to ensure assistance to citizens, especially the needy. The Brazilian Constitution of 1988 brought the dignity of the human person as the largest value of the state, the supreme constitutional core, around which the other rights gravitate, while the SUS represented a sanitary and democratic mark in health, even with reservations about the assistance equity and integrality. The health enshrined as a fundamental right is a topic of extreme social, economic and scientific importance for the development of the country. No country can develop and evolve without firstly, providing the minimum conditions of health for its population. The analysis of the results was developed based on objectives of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, namely, health equity, respect for human vulnerability and shared social responsibility. Regarding the ethics of the century XXI, is indeed the new Bioethics and social context that proved after the Declaration Universal on Bioethics and Human Rights. It is strong appeal in favor of the weaker individuals of society, not promoting a passive situation on their part, but intervening in order to strengthen them. Intervene to see them as subjects of valuation, assuming a dignified position in society and participatory. All members of society are potential social workers, therefore, responsible for the process of social reconstruction.

**Keywords:** Bioethics; access to services; intensive care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Lista de Tabelas

Tabela 1. Fatos históricos e saúde no Brasil	27
Tabela 2. Leitos de terapia intensiva credenciados ao SUS, 2003 a 2010	73
Tabela 3. Cobertura assistencial UTI por regiões brasileiras, 2010	78

### Lista de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição dos leitos de UTI segundo o perfil da mantenedora	75
Gráfico 2. Total de leitos de UTI habilitados e credenciados ao SUS	76
Gráfico 3. Total de serviços de saúde no Brasil por entidade mantenedora	80

### Lista de Figuras

Figura 1. <i>Homepage</i> do CNES/DATASUS	74
Figura 2. Cobertura assistencial de UTI por grandes regiões brasileiras, 2011	79
Figura 3. Cobertura dos planos de saúde no Brasil, 2011	82
Figura 4. <i>Homepage</i> do Ministério Público Federal	92

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS (em ordem alfabética)

---

Sigla ou abreviatura	Significado
APACHE	<i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation</i>
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional da Vigilância Sanitária
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CDC	<i>Centers for Disease Control</i>
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIBs	Comissão Intergestores Bipartites
CEP	Comitê e Ética e Pesquisa
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CGAH	Coordenação Geral de Atenção Hospitalar
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
DATAPREV	Processamento de Dados da Previdência
EC	Emenda Constitucional
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HAB	Habitantes
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões

---

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS (em ordem alfabética)

---

Sigla ou abreviatura	Significado
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
mmHg	milímetros de mercúrio
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPF	Ministério Público Federal
MODS	<i>Multiple Organ Dysfunction Score</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
ONGs	Organizações Não Governamentais
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Pressão Intracraniana
PVC	Pressão Venosa Central
PNAD	Programa Nacional de Amostra por Domicílio
PNHPN	Programa Nacional de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento
PUBMED	<i>National Library of Medicine</i>
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RIDE/DF	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e seu entorno
SciELO	<i>Scientific Electronic Library</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SOBRAMI	Sociedade Brasileira de Medicina Intensiva

---

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS (em ordem alfabética)

---

Sigla ou abreviatura	Significado
SCCM	<i>Society for Critical Care Medicine</i>
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TISS	<i>Therapeutic Intervention Scoring System</i>
UTIs	Unidades de Tratamento Intensivo
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
2.1. BIOÉTICA .....	19
2.1.1. Bioética de Intervenção e Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos .....	20
2.1.1.1. Vulnerabilidade Social .....	23
2.2. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO .....	26
2.2.1. Uma Breve Trajetória .....	26
2.2.2. Contextualização Internacional .....	31
2.2.3. Sistema Único de Saúde .....	34
2.2.4. Estimativa de Leitos Hospitalares .....	42
2.2.5. A Regulação dos Leitos no SUS .....	42
2.2.6. Público e Privado na Assistência à Saúde .....	44
2.3. UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA .....	46
2.3.1. Breve Histórico e Início no Brasil .....	47
2.3.2. Características das Unidades .....	49
2.3.3. Procedimentos Frequentes .....	53
2.3.4. Questões Bioéticas em Terapia Intensiva .....	61
2.4. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	65
2.5. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL .....	66
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>69</b>
<b>4. MÉTODO .....</b>	<b>70</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>72</b>
5.1. SOBRE A PESQUISA BIBLIOGRÁFICA .....	72

5.2. QUANTIDADE DE LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA OFERECIDOS PELO SUS .....	74
5.3. COBERTURA ASSISTENCIAL EM TERAPIA INTENSIVA NO BRASIL .....	76
5.4. COBERTURA ASSISTENCIAL EM TERAPIA INTENSIVA POR REGIÃO BRASILEIRA .....	78
5.5. INVESTIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL .....	82
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>84</b>
6.1. EQUIDADE EM SAÚDE .....	85
6.2. RESPEITO PELA VULNERABILIDADE HUMANA .....	90
6.3. OS VULNERÁVEIS FORTALECIDOS EM TRABALHADORES SOCIAIS .....	96
6.4. PARA NÃO CONCLUIR E CONTINUAR A REFLEXÃO .....	101
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES .....</b>	<b>103</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>123</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva-UTIs são unidades altamente especializadas, pois atendem pacientes em estado grave e que necessitam de monitorização contínua. Fazem uso de tecnologia onerosa, que representa uma questão particular para a gestão dos sistemas de saúde do Brasil <sup>1</sup>.

Pode-se dizer que as UTIs de hoje são vítimas da medicina moderna <sup>2</sup>. O envelhecimento geral da população é um fenômeno novo, e estima-se que em 2050 existirão cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo <sup>3</sup>. Através de um estudo sobre a caracterização da população atendida em uma UTI, os autores apontaram uma predominância de idosos aposentados do sexo masculino, e a maior causa de internação foi o infarto agudo do miocárdio (43,23%) dos 166 pacientes admitidos no período <sup>4</sup>. É importante lembrar que os diagnósticos variam conforme o perfil do hospital e da região estudada, mas, no geral, observa-se que os resultados apontam para o homem idoso acometido por patologias cardiovasculares.

Em outro estudo sobre a descrição das causas de internação em uma UTI geral, foi observado os seguintes diagnósticos em uma amostra de 175 pacientes: acidente vascular cerebral hemorrágico 2,27%; acidente vascular cerebral isquêmico 3,98%; choque séptico 2,27%; diabetes mellitus descompensado 1,14%; edema agudo de pulmão 0,57%; infarto agudo do miocárdio 3,41%; insuficiência respiratória pulmonar aguda 5,68%; pneumonia comunitária 3,41%; pneumonia nosocomial 1,14%; pós-operatório abdominal 19,89%; pós-operatório de aneurisma 0,57%; pós-operatório cardiovascular 11,36%; pós-operatório de craniotomia 4,55%; pós-operatório torácico 10,23%; pós-operatório vascular 5,11%; politraumatizados 1,7%; sepse 3,98%; traumatismo crânio encefálico 3,41%; outros cirúrgicos 2,27% e outros clínicos 4,55%. No tocante aos pacientes clínicos, as patologias do sistema cardiovascular se destacam alcançando 9,66%, estatística influenciada pelo envelhecimento populacional, ligado diretamente ao aumento da prevalência de doenças degenerativas <sup>5</sup>. Assim, pacientes sobrevivem a doenças previamente fatais e se tornam crônicos e gravemente enfermos, tornando-se obstáculos



enfrentados no equilíbrio entre oferta de serviços de saúde e uso racional de recursos <sup>1,6</sup>.

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 *et al.*<sup>1</sup>, enfatizam que a gestão em de saúde no Brasil constituiu-se num grande desafio frente à crise política e econômica que se instalou no setor de saúde. Diante desta crise, os gestores da saúde encontram problemas ainda maiores, necessitando articular a política com os outros segmentos da sociedade - setor privado, por exemplo - a fim de obter a utilização racional e eficiente dos recursos, visando a melhoria da qualidade, produtividade e consequente acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde de 1986 e a Constituição Federal de 1988 contribuíram para o processo de democratização do país <sup>7,8</sup>. O texto constitucional trouxe a garantia universal de acesso aos bens públicos de saúde, entretanto, essa garantia que em princípio deveria estabelecer a igualdade de direitos 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. <sup>9</sup>.

Em contrapartida, reconhece-se que o Sistema Único de Saúde-SUS representou um grande feito sanitário para o país. Através da conclusão de uma pesquisa documental com dados provenientes das Constituições promulgadas ou outorgadas nos anos de 1824; 1891; 1934; 1937; 1946; 1967; 1988 e da Emenda Constitucional-EC nº01 de 1969, evidenciou 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 <sup>10,11</sup>. Assim, esse breve panorama proporcionou a valorização do atual sistema de saúde, mesmo com ressalvas quanto à garantia da integralidade da assistência <sup>12</sup>.

Durante o Fórum da Reforma Sanitária<sup>13</sup> ficou registrado a má qualidade de práticas de saúde no âmbito do SUS.

Os brasileiros em busca de assistência e cuidados à saúde na rede do SUS são submetidos a filas que se formam desde a madrugada para pegar senhas, passam por triagens, aguardam horas em locais de espera, frequentemente desconfortáveis, e necessitam, quase sempre, percorrer mais de um estabelecimento nos casos exigentes de realização de exames e obtenção de medicamentos. A lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais da saúde é a de tornar mais fácil a vida do cidadão/usuário, no usufruto de seus direitos (2006, p. 387).

Segundo dados do Ministério da Saúde<sup>14</sup>, o Brasil possui 27.737 leitos de terapia intensiva que estão distribuídos em 2.342 unidades públicas e privadas das 27 Unidades Federativas, que devem atender a mais de 190 milhões de pessoas <sup>15</sup>. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE sobre o tamanho da população brasileira vêm sendo comparados desde a realização do primeiro recenseamento de 1872. No período de 1872-2000, 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 <sup>15</sup>.

Através da análise detalhada das informações de leitos de UTI, população e cobertura assistencial, será realizada uma reflexão Bioética focada nos vulneráveis sociais. Para as situações geradoras ou agravadoras da vulnerabilidade humana, a Bioética emerge na tentativa de minimizar a desigualdade social através de uma visão crítica das situações de vulnerabilidade social <sup>16</sup>.

Para Garrafa & Porto<sup>16</sup>, a Bioética dos chamados países periféricos deve de preferência estar preocupada com as situações persistentes, ou seja, com aqueles problemas que ainda acontecem (falta de acesso aos bens públicos indispensáveis à dignidade humana, já garantida por lei) e que não deveriam acontecer no século XXI. Os autores alertam para a crescente falta de análise política dos conflitos morais e de indignação humana, baseados em premissas de que o conceito de equidade significa "tratar desigualmente os desiguais".

Segundo Katzman<sup>17</sup>:

[...] 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 (2001, p.174).

Aliada na causa dos cidadãos vulneráveis, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos-DUBDH<sup>18</sup> 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 (2005, p.7).

Neste sentido, procurou-se desenvolver o tema do acesso às UTIs dentro do contexto do modelo de saúde brasileiro. O sistema de saúde público representado na “figura” do SUS, que apesar de universal e integral, se caracteriza por possuir uma oferta insuficiente no acesso aos de bens de saúde, ou seja, por possuir um tamanho pequeno em relação à demanda existente no mercado <sup>9,13,19</sup>; 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 ao SUS, conforme firmado em Lei <sup>8,9</sup>.

A presente pesquisa teve como proposta analisar a partir de conceitos bioéticos a cobertura assistencial dos serviços de terapia intensiva oferecidos nas grandes regiões brasileiras.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A BIOÉTICA

Há relatos que o termo Bioética foi utilizado pelo pastor evangélico alemão Fritz Lahr em 1927 numa publicação intitulada *“Bio-Ethics: a review of the ethical relationships of humans to animals and plants”* (Bio-ética: uma análise das relações éticas dos seres humanos com os animais e plantas) <sup>20</sup>. Em 1971, o termo foi utilizado no livro *“Bioethics: Bridge to the Future”* (Bioética: Ponte para o Futuro), do biólogo e oncologista americano Van Rensselaer Potter. Foi proposto para enfatizar os componentes reunidos para definir uma nova sabedoria tão necessária à existência humana - o conhecimento biológico e os valores humanos <sup>21</sup>.

Desenvolvida na mesma época pelo *“Kennedy Institute of Ethics”*, nos Estados Unidos da América, a Bioética sofreu já em 1971 uma redução da concepção potteriana original no âmbito biomédico, e foi com esta aparência que acabou finalmente difundida pelo mundo. Uma Bioética com forte conotação individualista e cuja base de sustentação se firmava na autonomia dos sujeitos sociais <sup>22</sup>.

A consolidação acadêmica da Bioética deu-se com a publicação do Relatório Belmont em 1978. Por meio da *“National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research”* (Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos de Pesquisas Biomédicas e Comportamentais) foi identificado os princípios éticos básicos que deveriam conduzir a experimentação em seres humanos. Dessa forma, apresenta o Relatório Belmont e os princípios éticos considerados básicos: i) o princípio do respeito às pessoas; ii) o princípio da beneficência; iii) o princípio da justiça. As diretrizes da Bioética começaram a consolidar-se após a tragédia do holocausto da Segunda Guerra Mundial, quando o mundo ocidental, chocado com as práticas abusivas de médicos nazistas em nome da ciência, cria um código para limitar os estudos relacionados <sup>23</sup>.

Com a publicação do livro “*Principles of Biomedical Ethics*” (Princípios da Ética Biomédica) de Beauchamp & Childress<sup>24</sup>, restringiu-se a preocupação Bioética à prática médica e procurou separá-la do enfoque deontológico característico dos códigos e juramentos éticos. Nessa obra, os autores sugerem a ampliação de três para quatro princípios universais, a saber, beneficência; não maleficência; respeito à autonomia e a justiça, que se tornaram conhecidos como princípalismo e seriam aplicados para as questões éticas que envolvessem os cuidados em saúde.

Com a prática, observou-se que apesar de extremamente úteis para a resolução de problemas éticos nos campos da biomedicina e da biotecnologia, tais princípios não conseguiam alcançar questões de grande impacto social que atingem países mais pobres<sup>22,25,26,27</sup>.

### **2.1.1 A Bioética de Intervenção e a Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos**

A realidade social dos países periféricos, incluindo o Brasil, fez com que a Bioética procurasse alternativas às teorias tradicionais; mesmo que o princípalismo tenha sido a mola propulsora da disciplina, e ainda exerça certa hegemonia<sup>25,26,27</sup>.

O desenvolvimento histórico da Bioética foi descrito em quatro fases ou momentos<sup>25</sup>. Observe que na terceira etapa onde surgem as críticas ao princípalismo, emerge também a possibilidade de intervenção para os contextos desfavorecidos.

- i) A etapa de fundação, relacionada com os anos 1970, quando os primeiros autores estabeleceram suas bases conceituais (Van Rensselaer Potter);
- ii) A etapa de expansão e consolidação acontecida na década de 80, quando se expandiu por todos os continentes, principalmente a partir do estabelecimento dos quatro princípios (Beauchamp & Childress);
- iii) A etapa de revisão crítica que compreende o período posterior aos anos 1990 até 2005. Caracteriza-se por dois movimentos: i) o surgimento de críticas ao

“principlismo” baseado nos princípios, onde emerge a Bioética contextualizada ; ii) a necessidade de se enfrentar, de modo ético e concreto, as questões sanitárias básicas, como a equidade no atendimento sanitário e a universalidade do acesso das pessoas aos benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico;

iii) A etapa de ampliação conceitual, que se fortaleceu após a homologação da DUBDH da “*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*”- UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Ciência, Educação e Cultura).

Observou-se que a Bioética de Intervenção teve seu desenvolvimento tardio - surgindo na última década do século XX -, e recuperou seu tempo perdido com um vigor inusitado <sup>26,30</sup>. Surgiu como ferramenta de denúncia, reflexão e busca de alternativas para a solução de problemas bioéticos que aparecem em contextos típicos de desigualdades registradas no hemisfério sul, especialmente na América Latina, sobretudo os macroproblemas – iniquidade em saúde, por exemplo <sup>31</sup>.

Sua maioria foi atingida com a realização do Sexto Congresso Mundial de Bioética, realizado no ano de 2002, na cidade de Brasília. Se até 1998 a Bioética brasileira ainda era uma cópia colonizada dos conceitos vindos dos países anglo-saxônicos do Hemisfério Norte, a partir do surgimento e consolidação de vários grupos de estudo e pesquisa pelo país, a história começou a mudar <sup>26</sup>.

A Universidade de Brasília por meio da Cátedra UNESCO de Bioética fez sua significativa contribuição através do desenvolvimento de estudos e pesquisas para estabelecer parâmetros éticos capazes de interpretar a realidade social e mediar seus possíveis conflitos. As chamadas Situações Persistentes em Bioética (exclusão social, violência, discriminação, restrição de acesso à saúde), que nos países periféricos ditam a maneira estrutural de lidar com problemas ligados à vida, saúde, ética e política, e que segundo a Bioética de Intervenção requerem ferramentas diferentes daquelas utilizadas nos moldes dos países centrais <sup>16,25,30,31</sup>.

Pesquisa também as Situações Emergentes em Bioética (o projeto genoma humano e todas as situações pertinentes à engenharia genética; as doações e transplantes de órgãos e tecidos humanos; o tema da saúde reprodutiva; as questões relacionadas com a biossegurança; as pesquisas científicas envolvendo

seres humanos e seu controle ético; entre outras), desde a perspectiva da justiça social ancorada na busca do combate às desigualdades provocadas pela dinâmica ou influência imperialista verificada principalmente nos últimos 60 anos a partir do acelerado desenvolvimento científico verificado nos países centrais <sup>16,25,30,31</sup>.

Após 2005, momento de ampliação conceitual da Bioética, surgem categorias como responsabilidade; cuidado; solidariedade; comprometimento; alteridade; tolerância; pluralismo de valores; teoria da complexidade; relativismo moderado; utilitarismo consequencialista; multi-inter-transdisciplinaridade; totalidade concreta; responsabilidade individual; responsabilidade pública; além dos Quatro “Ps” - prudência, prevenção, precaução e proteção - são utilizados para o exercício de uma prática Bioética comprometida com os mais vulneráveis, com a coisa pública e com o equilíbrio ambiental <sup>25,26,27</sup>.

Ao incluir a análise social no contexto da Bioética, buscou-se aprofundar os fundamentos epistemológicos dessa vertente latino-americana, onde o tema da justiça social em saúde e sua relação com a bioética a partir dos diferentes conceitos utilizados para promover inclusão social e a expansão significativa do assunto foi consagrado após sua inserção DUBDH <sup>28</sup>. O teor da Declaração muda significativamente a agenda da Bioética do Século XXI, tornando-a aplicada e comprometida com as populações mais necessitadas <sup>18</sup>.

Ainda sobre a questão social, a utilização de termos como o empoderamento, também conhecido como inclusão social; capacitação; emancipação; libertação; dentre outros, passam a ser empregados no sentido de aumentar a autonomia pessoal e coletiva dos indivíduos e grupos sociais vulneráveis, nas suas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e discriminação social <sup>28,32</sup>.

O Brasil teve papel decisivo na ampliação do texto da DUBDH para os campos sanitário, social e ambiental. Com o apoio de todas as demais delegações latino-americanas presentes na Reunião dos Peritos Governamentais realizada em Paris 2005 - França, sede da UNESCO; secundadas pelos países africanos e pela Índia. Através de seu conteúdo, verificou o resultado da “luta” da Bioética brasileira

(inclusão da análise social na DUBDH), por meio das ações desenvolvidas nos anos anteriores pela Sociedade Brasileira de Bioética, quando a entidade decidiu aproximar suas ações ao campo da saúde pública e à agenda social. A definição do tema oficial do Sexto Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília em 2002, já prenunciava uma significativa ampliação conceitual para a disciplina: Bioética, Poder e Injustiça <sup>18</sup>.

A partir da homologação da DUBDH confirmou-se o caráter pluralista e multi-inter-transdisciplinar da Bioética e ampliou-se definitivamente sua agenda para além da temática biomédica-biotecnológica, incluindo assim, a análise social <sup>27</sup>. Assim, a DUBDH é o primeiro documento internacional sobre o tema, e seu conteúdo apresenta aspectos inovadores para a Bioética, como a ampliação de seu escopo para abarcar questões sociais e a formalização de sua conexão com o referencial dos direitos humanos <sup>33</sup>.

A Bioética e os direitos humanos foram concebidos como reação ao horror das atrocidades cometidas durante a Segunda Guerra Mundial, assim, ambos sustentam padrões de suporte para o respeito às pessoas, tendem às pautas universais, sustentam alianças de governos e organismos não governamentais <sup>34</sup>.

Garrafa & Porto <sup>35</sup>, relatam que entre os referenciais norteadores da Bioética de Intervenção são elencados os direitos humanos compreendidos como “instrumentos” éticos de controle social, como os direitos de igualdade e equidade que incorporam um discurso de cidadania ampliada. Assim, implementar os direitos humanos significa efetivar as normas cujo conteúdo impõe o respeito ao homem e à humanidade, partindo do reconhecimento da complexidade e pluralidade em razão do caráter universal destes direitos <sup>33</sup>.

#### 2.1.1.1 A vulnerabilidade social

Como efeito do padrão de organização capitalista os latino-americanos sentiram na “pele” as influências do mercado capitalista. Os anos 80 e 90



representaram décadas de baixo crescimento e ou estagnação e retrocessos econômicos na maioria dos países da região, decorrente das políticas liberais e conservadoras do ponto de vista macroeconômico e social. Como resultado, os mercados nacionais de trabalho tornaram-se precários e desestruturados <sup>36</sup>.

Segue um fragmento do texto de Busso<sup>37</sup> que descreve bem o referido período.

[...] em alguns momentos o crescimento da pobreza nos anos oitenta e noventa em grande parte dos países latino-americanos, contribuiu para o reaparecimento na agenda internacional e nas agendas públicas nacionais de temas sociais relativos ao bem estar e a pobreza, momentos em que surgiram também questionamentos sobre os enfoques utilizados para enfrentar estes desafios (2002, p. 8). (tradução nossa)

O termo exclusão social é uma construção que antecedeu a formulação do conceito de vulnerabilidade social, tendo num primeiro momento servido de referência para a caracterização de situações sociais limites, de pobreza ou marginalidade, e para a consequente formulação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento destas questões <sup>38</sup>.

A exclusão social representa, portanto, o desmantelamento do Estado de bem-estar social advindo da Europa, sendo que o mesmo é dotado de uma grande amplitude, onde o estado de exclusão caracterizaria um conjunto de situações marcadas pela falta de acesso aos meios de vida, tais como: falta de emprego, de salários, de moradia, ausência ou dificuldades no acesso aos serviços de saúde, dentre outros <sup>37,38</sup>.

Com o aprofundamento da crise social, se estendeu aos setores formais da economia, onde os trabalhadores eram antes considerados incluídos. Este fato deu novo sentido para o estudo da exclusão social, pois se tratava agora não mais de analisar situações extremas de inclusão ou exclusão, mas situações que seriam mais bem definidas pelo conceito de vulnerabilidade social <sup>39</sup>. Em um contexto de intensas transformações no padrão de regulação do mercado de trabalho que afetava os países desenvolvidos e os em desenvolvimento, foi que então surgiu e desenvolveu o conceito de vulnerabilidade social, inicialmente relacionada ao mundo do trabalho <sup>37,38</sup>.

Os termos do debate político das décadas de 80 e 90 podem ser sintetizados na polarização entre a visão francesa e a visão norte americana sobre a questão social. Por um lado, a tradição francesa evocava a necessidade de uma forte intervenção estatal que garantisse ao indivíduo vulnerável condições de reinserção social. Por outro lado, nos Estados Unidos a vulnerabilidade social era tratada enquanto um fenômeno mais localizado, típico de algumas formações sociais específicas, que no debate acadêmico e político até o início dos anos 90 foi definida como “*underclass*” (classe baixa) <sup>38,39</sup>.

Esses debates de certa forma continuam orientando até hoje as discussões sobre política social na maioria dos países <sup>38</sup>. O conceito de vulnerabilidade, por sua capacidade de apreensão da dinâmica dos fenômenos tem sido apropriado para descrever melhor as situações observadas em países pobres e em desenvolvimento como os da América-latina, que não podem ser resumidas na dicotomia, pobres e ricos ou incluídos e excluídos <sup>39</sup>.

Finaliza-se este item com uma citação de Bourdieu<sup>40</sup>, o qual diz que não há espaço em uma sociedade hierarquizada, que não seja hierarquizado, e que não exprima as hierarquias e as distâncias sociais, sobretudo, dissimulada pelo efeito de naturalização que as realidades sociais acarretam.

## 2.2 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

### 2.2.1 Uma Breve Trajetória

A História da Saúde Pública no Brasil tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas. Da instalação da colônia até a década de 1930, as ações foram desenvolvidas sem significativa organização institucional <sup>41</sup>.

O período histórico e o marco fundamental da trajetória da saúde pública nacional datam do século XX, mais precisamente em 1923 com a instituição, por iniciativa do poder central, das Caixas de Aposentadorias e Pensões-CAPs, primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado. Durante o período de 1933 a 1938, as CAPs foram unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões-IAPs <sup>41,42,43</sup>.

A partir de 1946 a democracia populista vai transformar a estrutura em poderoso instrumento de agregação ou associação das classes assalariadas pelo poder instituído. Ao mesmo tempo, houve intensa mobilização e luta dos trabalhadores em busca de organização, o que transformou a Previdência Social num instrumento de reivindicação de direitos <sup>41,42</sup>.

Com um ritmo acelerado da industrialização da década de 50, todo o sistema previdenciário cresce em volume de recursos, em aparato institucional, e em clientela a ser atendida <sup>41</sup>. Desde a década de 1960, ocorreu intensa publicação de normas para acompanhar o aumento da produção e consumo de bens e serviços, surgindo conceitos e concepções de controle <sup>42</sup>.

O golpe militar de 1964, alijando os trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil do cenário político oficial e condenando-os à condição de resistência à força do Estado, implementa um projeto de unificação da previdência. Em 1966, foi criada então a Instituto Nacional de Previdência Social-INPS <sup>43,44</sup>.

Em nível hospitalar, a década de 40 foi constituída uma rede hospitalar do Instituto Nacional de Previdência, que na década de 60 foi incorporada pelo INPS. Na década de 70, mais especificamente em 1974, esta absorção se fez pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária-INAMPS. Em 1980, 80,4% dos leitos hospitalares brasileiros estavam nas “mãos” da rede de hospitais privados <sup>42,44</sup>.

No movimento pela redemocratização do país, cresceram os ideais pela reforma da sociedade brasileira, com o envolvimento de diversos atores sociais e pessoas de destaque. A democratização na saúde fortaleceu-se no movimento pela Reforma Sanitária, avançando e organizando suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que conferiu as bases para a criação do SUS. Neste evento, os participantes denunciavam os desmandos na saúde e clamavam por ações de garantia dos direitos da população <sup>7,42</sup>.

O movimento social reorganizou-se na última Constituinte, com intensa luta travada pela afirmação dos direitos sociais. Assim, em 1988 a nova ordem jurídica foi assentada com a Constituição, onde define o Brasil como um Estado Democrático de Direito, proclama a saúde direito de todos e dever do estado, estabelecendo canais e mecanismos de controle e participação social para efetivar os princípios constitucionais que garantem o direito individual e social <sup>41,42</sup>.

De forma resumida, será descrito alguns momentos históricos e as respectivas práticas de saúde adotadas no Brasil.

Tabela 1. Fatos históricos e a saúde no Brasil

Período	Fatos históricos e práticas de saúde
1500 até o 1º reinado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A saúde limitava-se aos próprios recursos da terra,</li> <li>- Vinda da família real para o Brasil,</li> <li>- Organização sanitária mínima,</li> <li>- Predominava a carência de médicos,</li> <li>- Em 1808, ocorre a fundação do Colégio Médico na Bahia e Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro-RJ.</li> <li>- Em 1902, várias epidemias aconteceram no RJ,</li> <li>“continua”</li> </ul>

Período	Fatos históricos e práticas de saúde
República 1889 até 1940	<p>“continuação”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em 1903, Oswaldo Cruz foi nomeado diretor-geral de saúde pública,</li> <li>- Departamento de Saúde Pública propõe erradicar a epidemia de febre amarela,</li> <li>- Em 1904, tornou obrigatória em toda a República, a vacinação contra a varíola,</li> <li>- Arbitrariedades são cometidas pelos “guardas sanitários” que causaram a revolta da vacina,</li> <li>- Registros demográficos permitem conhecer o perfil da população e uso do laboratório como auxiliar diagnóstico,</li> <li>- Em 1907, ocorreu a criação do Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos - atual Instituto Oswaldo Cruz,</li> <li>- Em 1909, Carlos Chagas descobriu a doença causada pelo <i>Trypanosoma cruzi</i>, que passou a se chamar doença de Chagas,</li> <li>- Em 1913, início da construção dos esgotos em Porto Alegre,</li> <li>- Em 1923, ocorre a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública,</li> <li>- Carlos Chagas, o sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde ligado ao Ministério da Justiça,</li> <li>- Educação sanitária – órgão especializado na luta contra a tuberculose, lepra e doenças venéreas,</li> <li>- Lei Eloi Chaves de 1923, marca o desenvolvimento da previdência social brasileira, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões-CAPs.</li> <li>- A assistência hospitalar infantil e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados,</li> <li>- Expansão de saneamento para outros estados,</li> <li>- Desde o final do século XIX até o início dos anos 60, predominou o Modelo Sanitarista Campanhista de combate às endemias na zona rural,</li> <li>- Revolução de 1930 e Revolução Café com Leite provocaram deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos,</li> <li>- Em 1931, foi criado por Getúlio Vargas o Ministério da Educação e Saúde,</li> <li>- Surge a sociedade brasileira assalariada,</li> <li>- Criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio,</li> <li>- Em 1933, troca da estrutura de previdência social CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões-IAPs,</li> <li>- Criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio,</li> <li>- Em 1933, troca da estrutura de previdência social CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões-IAPs,</li> </ul> <p>“continua”</p>

Período	Fatos históricos e práticas de saúde
1940 até 1970	<p>“continuação”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em 1942, ocorre a Primeira Conferência Nacional de Saúde,</li> <li>- Aumento do desemprego após a Segunda Guerra Mundial,</li> <li>- Em vários países: concepção do “Estado do bem estar social”,</li> <li>- Na década de 50 a assistência médica passa a consumir recursos significativos,</li> <li>- Industrialização do país,</li> <li>- Em 1950, foi fundada a Escola Nacional de Saúde Pública no RJ,</li> <li>- Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde,</li> <li>- Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais,</li> <li>- Em 1960, crise na previdência devido ao aumento de benefícios sem aumento nas receitas,</li> <li>- Em 1962, primeiro ensaio para administração da vacina BCG,</li> <li>- Golpe de 1964, centraliza o poder na esfera Federal,</li> <li>- O Estado unifica os IAPs nos Instituto Nacional de Previdência Social-INPS,</li> <li>- Em 1964, pouca verba é destinada ao Ministério da Saúde, aumentando os casos de meningite, dengue e malária,</li> <li>- Em 1965, Campanha Nacional de Erradicação da Malária,</li> <li>- Em 1967, reformulação a partir do Decreto-lei 200, privilegiando a prática médica curativa, individual e assistencialista,</li> <li>- Terceirização e capitalização para o setor privado de saúde.</li> </ul>
1970 até 1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crise na previdência em meados da década de 70,</li> <li>- Epidemia de pólio e meningite,</li> <li>- Em 1971, foi instituído o Plano Nacional de Controle da Poliomielite,</li> <li>- Em 1974, criação do Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS, e do Processamento de Dados da Previdência-DATAPREV,</li> <li>- Em 1977, aprovação da “caderneta” de vacinação,</li> <li>- Definição atuação do Ministério da Saúde (interesses coletivos) e MPAS (atendimento médico individualizado),</li> <li>- Crise generalizada no país, intenso êxodo rural e crescimento da população a margem do sistema de assistência à saúde,</li> <li>- Criação do Instituto Nacional da Previdência Social-INAMPS,</li> <li>- Insatisfação geral culminou na Reforma Sanitária.</li> <li>- Em 1985, ocorre o enfraquecimento e queda da ditadura militar,</li> <li>- Transição democrática do país,</li> <li>- Diretas já! Voto direto com eleição de Tancredo Neves,</li> </ul> <p>“continua”</p>

Período	Fatos históricos e práticas de saúde
1970 até 1990	<p>“conclusão”</p> <p>Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que lança as bases da reforma sanitária e propõe a criação do SUS,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em 1987, ocorre a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS, com formação das secretarias de saúde e desmonte do INAMPS,</li> <li>- Instalação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária,</li> <li>- Em 1988, ocorre aprovação da atual Constituição Federal,</li> <li>- Em 1990, Lei 8080 (SUS) e Lei 8142 (Conselhos e Conferências de Saúde).</li> </ul>

Fonte: Weslly <sup>10</sup>, Zanchi & Zugno <sup>41</sup>, Souza <sup>42</sup>, Homci <sup>43</sup> e Menicucci <sup>44</sup>.

Após a Segunda Guerra Mundial, a sociedade internacional passou a questionar as condições humanas, surgindo a necessidade de garantir de modo efetivo os direitos humanos no mundo. Esse movimento iniciou-se em 1948 com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que estabeleceu um vasto campo de dispositivos referentes aos direitos sociais, em especial à saúde <sup>45</sup>.

Segue abaixo, o Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 <sup>46</sup>.

Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Historicamente o Estado brasileiro privou grande parcela de sua população do direito ao acesso aos serviços e bens de saúde, pois, antes da Constituição de 1988, o acesso aos serviços públicos de saúde era exclusivo aos trabalhadores com vínculos empregatícios formais <sup>43</sup>.

O INAMPS aplicava mais recursos nos estados das Regiões Sul e Sudeste, mais ricos, e nestas e em outras regiões, em maior proporção nas cidades de maior porte. Nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam

divididos em três categorias, a saber: os que podiam pagar pelos serviços, os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS, e os que não tinham nenhum direito <sup>43</sup>.

Mesmo assim, não foi possível afirmar que as Constituições passadas foram totalmente omissas quanto à saúde, já que todas elas apresentavam normas tratando desta temática, geralmente com o intuito de fixar competências legislativas e/ou administrativas. Como exemplo, cita-se as ações de promoção da saúde e a prevenção de doenças destacadas pelas campanhas de vacinação e controle de endemia <sup>10,11,43</sup>.

### **2.2.2 Contextualização Internacional**

Antes de iniciar a descrição sobre o SUS, será feita uma breve exposição sobre o contexto internacional da saúde. Em 1935, a Dinamarca cobria 90% da população com o seguro-saúde, seguida pela Nova Zelândia três anos após. Entre 1940 e 1950, os países mais ricos do mundo organizaram seus sistemas de saúde, onde no pós-guerra propiciou o estabelecimento dos chamados “*Welfare State*” (estado de bem-estar social) <sup>41</sup>.

Nos Estados Unidos, por exemplo, o Estado se responsabiliza pela saúde dos desempregados e idosos, através dos programas “*Medicaid, Medicare*” e o Sistema de Veteranos de Guerra <sup>41,47</sup>. O cidadão que não se enquadra nestas categorias tem que assumir o valor integral, o que no geral é feito por meio dos planos ou seguros de saúde <sup>41</sup>.

Frente à situação o presidente Obama aprovou no Congresso Estadunidense um projeto de reforma que busca estender a cobertura de saúde à população excluída. Tal reforma garante um plano de saúde a 32 milhões de norte-americanos hoje desassistidos, o que amplia o programa federal de saúde para os pobres, impõe novos impostos para os ricos e proíbe as seguradoras de práticas como de rejeitar cobertura a clientes com doenças preexistentes <sup>47</sup>.



A Inglaterra e o Canadá dispõem de um sistema de saúde público parcial, no qual o governo não se responsabiliza de forma integral <sup>41</sup>. Na Inglaterra, o “*National Health Service*”-NHS (Serviço Nacional de Saúde) passou por várias reformas devido aos crescentes gastos, sendo a mais intensa durante o governo conservador de Margareth Thatcher, acusada de tentar privatizar o NHS, embora o governo trabalhista de Tony Blair tenha estimulado a terceirização dos serviços hospitalares <sup>47</sup>.

O Canadá tem um sistema médico predominantemente financiado pelo setor público e dispensado pelo setor privado <sup>41</sup>. Conhecido pelos canadenses como o “*Medicare*” - não confundir com o homônimo americano -, o sistema fornece acesso a uma cobertura universal e abrangente de serviços médico-hospitalares <sup>47</sup>.

A França dispõe de direitos numerosos e muitas vezes excepcionais, onde todos os residentes legais possuem seguro de saúde garantido. Para mais de 96% dos franceses, os tratamentos médicos podem ser totalmente gratuitos ou reembolsados em 100%. O que chama a atenção é que os franceses podem exercer sua total liberdade de escolha, seja qual for o seu nível de renda. Assim, não existe espera para as intervenções cirúrgicas, nem racionamento, salvo em determinadas cidades, quando o tratamento requer equipamentos pesados de produção de imagens diagnósticas <sup>48</sup>.

## América Latina

Na América Latina, o primeiro país a desenvolver cobertura de saúde aos trabalhadores foi o Chile, em 1924 <sup>41</sup>. É na América Latina que se encontram alguns dos mais antigos e institucionalizados sistemas de proteção social (baseado no modelo europeu), que tiveram início no início do século XIX; em países como Argentina, Uruguai, Chile e Brasil <sup>49</sup>.

Entre os anos 60 e 70 os governos militares que tomaram o poder nos países do Cone Sul, reformaram os sistemas de proteção social na Argentina, Brasil, Chile

e Uruguai. As reformas levadas a cabo no regime autoritário-burocrático caracterizam-se pela tentativa de exclusão do processo decisório das políticas sociais daquelas forças mobilizadas durante o período populista, de forma a eliminar o jogo político da barganha e pressão exercidas pelos trabalhadores <sup>49</sup>.

A década de 80 na América Latina foi caracterizada por dois fenômenos que atuaram simultânea e contraditoriamente sobre o sistema de proteção social. A crise econômica e o endividamento externo afetaram profundamente a economia regional, reduzindo a capacidade financeira do Estado <sup>49</sup>.

Conforme afirma Bianquim & Silva<sup>49</sup>,

Em geral, a oferta de serviços de saúde na América Latina terminou se organizando em torno de um sistema de prestação de serviços, composto por: um setor público que atendia a população mais vulnerável; e um sistema de seguros, que em alguns casos se transformaria de um sistema coletivo para um sistema de caráter individual (Chile, Argentina e Colômbia). Diante disso, uma série de reformas concorrentes no setor saúde foi se realizando, a fim de modificarem a estrutura desse setor, tal como a introdução de mecanismos de mercado em alguns segmentos (2004, p.16).

Naquela época, a estrutura dos sistemas públicos de saúde limitaria as possibilidades de uma condução flexível da oferta de planos de saúde, o que permitiria que os afiliados reconhecessem a relação entre seus aportes e os benefícios que retornassem desse sistema. Por outro lado, a falta de flexibilidade dos planos de saúde oferecidos pelo setor público estaria contribuindo para a criação de subsídios cruzados no interior do sistema público <sup>49</sup>. E por último, a privatização dos sistemas de saúde em alguns países - Chile, Costa Rica - estaria acentuando a regressividade do sistema em seu conjunto <sup>50</sup>.

Como consequência, nos países onde foram implementadas reformas dirigidas a ampliar a participação do setor privado na provisão dos serviços de saúde e deslocando elevadas taxas de investimentos para o sistema privado, foram reduzidos de forma significativa os recursos do sistema público <sup>49</sup>.

Já Homedes & Ugalde<sup>50</sup> discordam ao falarem da experiência de privatização na Costa Rica. A privatização neste país ficou restrita ao fornecimento de certos

serviços de atenção médica através da contratação de médicos individuais ou de cooperativas, e limitada à contratação de empresas comerciais de prestação de serviços. Concluem dizendo que esse modelo de atenção à saúde é mais igualitário, eficiente, solidário e possivelmente mais satisfatório para os usuários.

A evolução das políticas sociais estaria sendo impulsionada pelas transformações de ordem econômica internacional que forçaram inclusive a inserção da prática de políticas de saúde capazes de conciliarem níveis de desenvolvimento quantitativo e qualitativo satisfatórios. A exigência imediatamente detectada foi a ampliação da assistência pública pelos Governos e o reconhecimento de que a pressão crescente em um ambiente social mais politizado, certamente pressionaria o Estado à ampliação de políticas de proteção abrangentes <sup>49</sup>.

### **2.2.3. Sistema Único de Saúde - SUS**

Como foi descrito anteriormente, antes da criação do SUS o Ministério da Saúde com o apoio dos estados e municípios, desenvolviam quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças <sup>10,11,43</sup>. Estas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação em relação à população beneficiária. Na área de assistência à saúde, o Ministério da Saúde atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública-FSESP em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste <sup>42</sup>.

No fim da década de 80, o INAMPS promoveu uma ampliação da assistência à saúde proporcionando uma cobertura “mais universalizada”, destacando-se nesse período, a permissão para o atendimento na rede própria e conveniada, sem a exigência de apresentação da “carteira de segurado” <sup>41,43</sup>. Tais ações proporcionaram a criação do SUDS, instituído por meio da celebração de convênios com os governos estaduais. Essa generalização da cobertura decorreu da crescente crise de modelo de assistência à saúde vigente até então, resultante dos

movimentos de mobilização política dos trabalhadores da saúde, estudantes e setores da sociedade civil que constituíram o chamado “Movimento da Reforma Sanitária” e consequente implantação do SUS <sup>10,43</sup>.

Segundo Souza<sup>42</sup>,

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer (2002, p. 16).

O arcabouço legal do SUS está embasado na Carta Magna que foi aprovada através da Assembleia Nacional Constituinte de 1988. Alguns Artigos tratam desta questão <sup>8</sup>.

- Artigo 196 - contempla a saúde como direito de todos e dever do Estado, consagrando a universalidade do direito à saúde;
- Artigo 197 - define as ações e serviços de saúde como sendo de relevância pública;
- Artigo 198 - estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituem um sistema único, determinando a criação do SUS, regido e normatizado por princípios e diretrizes;
- Artigo 199 - mantém a assistência à saúde livre à iniciativa privada;
- Artigo 200 - dispõe sobre as competências desse sistema.

Constata-se que se tratando de direitos à saúde, o Brasil atingiu seu ponto máximo com a promulgação da Constituição 1988, cujo texto contempla inúmeros dispositivos que tratam expressamente da saúde. É possível afirmar que o tema da saúde em seu tratamento constitucional está calcado sob duas características principais: a sua inclusão como direito fundamental e o estabelecimento das regras gerais e dos princípios que devem conduzir as políticas públicas nessa área <sup>6,45</sup>. Conforme Wesllay & Julio<sup>10</sup>, *“a saúde tida como direito fundamental no Estado Social Democrático passa a ser vista, agora, não apenas como uma obrigação do*

*Estado, mas como um elemento de efetivação da dignidade da pessoa humana”* (2010, p. 451).

Para a efetiva implantação do SUS, foram necessários atos legislativos que regulamentassem os direitos e deveres descritos na Constituição. Assim, seguiu-se um processo de elaboração e aprovação da legislação infraconstitucional, denominada Leis Orgânicas de Saúde, que detalhou princípios, diretrizes e condições para o funcionamento do sistema <sup>41</sup>.

Para atender as novas vertentes constitucionais foi editada a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que instituiu o SUS e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, que em seu Artigo 2º determina que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” <sup>51</sup>.

Além da Lei 8.080, foi publicada a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”. Em seu Artigo 1º determina que o SUS deve contar com duas instâncias colegiadas - a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde -, ambas com a finalidade de proporcionar a gestão participativa de diferentes entidades na administração do atual sistema de saúde <sup>51,52</sup>.

Mesmo que as Leis 8.080 e 8.142 de 1990 estruturassem o novo sistema de saúde, o antigo sistema representado pelo INAMPS continuaria a existir e a servir de sustentação para o SUS. Somente com a Lei 8.689 de 1993, o INAMPS foi extinto <sup>42</sup>.

A regulamentação do SUS constitui-se numa responsabilidade do Poder Legislativo e do Executivo em âmbitos nacional, estadual e municipal, sendo realizada por meio de instrumentos legais e executivos - leis, decretos, portarias, resoluções, medidas provisórias e documentos oficiais <sup>42</sup>. Além disto, existem alguns fundamentos normativos que ocupam destaque na regulação nacional da descentralização da saúde, dos quais não se aprofundará neste estudo: a Norma

Operacional Básica-NOB 1991, 1993 e 1996; a Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS 2001 e 2002; os Pactos pela Saúde de 2006 e a Emenda Constitucional-EC N°29<sup>53</sup>.

O processo de transformação do sistema público de saúde continuou com a criação da Lei 8.029 de 1990, que instituiu a Fundação Nacional de Saúde-FUNASA por meio da incorporação da Fundação Serviços de Saúde e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública-SUCAM. Assim, a FUNASA estabeleceu-se com a finalidade de promover as ações e os serviços de saúde pública, atuar na implementação de atividades para o controle de doenças e agravos à saúde, desenvolver ações e serviços de saneamento básico, realizar estudos, pesquisa e apoiar a implementação e a operacionalização de sistemas e serviços locais de saúde e saneamento<sup>10,42</sup>.

Foram criadas também as agências reguladoras, como exemplo, a Agência Nacional da Vigilância Sanitária-ANVISA, criada pela Lei 9.782 de 1999. Ela possui independência administrativa incorporando as competências da antiga Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, que em seu Artigo 6º afirma a finalidade institucional de promover a proteção da saúde, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária<sup>54</sup>.

Outra instituição que merece destaque é a Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS que foi criada através da Lei 9.961 de 2000. Esta Agência veio da necessidade de regular o que foi estabelecido no Artigo 199 da Constituição Federal, que “*mantém a assistência à saúde livre à iniciativa privada*”<sup>6,51,54</sup>. Assim, ela tem por finalidade institucional garantir os direitos do consumidor, segmento mais vulnerável da relação, duplamente atingido pela assimetria de informações que caracteriza o setor: i) não tem domínio sobre o produto a ser consumido, que é tecnicamente definido pelos prestadores de serviço; ii) vulnerável frente a relação entre as operadoras de quem adquire os serviços que serão prestados<sup>44,55</sup>.

O consumidor não possui instrumentos eficazes para coibir abusos aos seus direitos, pois tem baixa capacidade de negociação e pouca influência no controle da

qualidade dos serviços <sup>9,41</sup>. A ação reguladora da ANS é fundamentada no pressuposto de que o mercado da assistência à saúde é imperfeito e não pode ser operado livremente, demandando regras para garantir a prevalência do interesse público e equilibrar a relação entre consumidores, operadoras e prestadores de serviço <sup>9</sup>.

Observa-se que o direito à saúde passa a ter uma estrutura sistematizada e alicerçada através de vários órgãos fiscalizadores, com a participação de todas as esferas dos poderes político e administrativo <sup>53</sup>.

### Princípios e Diretrizes

O processo de luta travada pelo movimento da Reforma Sanitária desde o final dos anos setenta produziu um amplo consenso em torno de princípios básicos que deveriam nortear a atuação do Estado na saúde, a começar pela inequívoca afirmação de que a saúde deveria ser considerada como um direito de todos e um dever do Estado, seguindo por uma compreensão bastante ampliada da saúde e de seus determinantes sociais <sup>53</sup>. Tal movimento também formulou os princípios que deveriam nortear a construção de um sistema de saúde, sendo esses os elementos centrais que comumente chamamos de princípios e diretrizes do SUS <sup>56</sup>.

O Artigo 7º da Lei 8080 legisla que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS devam ser desenvolvidos conforme as diretrizes previstas no Artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios e diretrizes <sup>51</sup>:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- Direito à informação sobre sua saúde;
- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- Participação da comunidade no SUS;
- Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde;
- Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Além dos referidos princípios e diretrizes, o princípio ético da equidade em saúde deve orientar as práticas públicas de priorização na alocação dos recursos públicos. A equidade é um termo polissêmico, confundido por vezes como igualdade, que na atualidade é tratada como a diferença entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias, tendo assim necessidades diferenciadas <sup>56</sup>. Ela pode ser considerada como a cada um conforme suas necessidades <sup>57</sup>.

Em face da necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e essas diretrizes e princípios do SUS, foram criadas as Comissões Intergestores. Elas visam propiciar o debate e a negociação entre os três níveis de governo, no processo de formulação e implementação da política



de saúde, devendo submeter-se ao poder fiscalizador e deliberativo dos Conselhos de Saúde <sup>53</sup>.

A Comissão Intergestores Tripartite-CIT está em funcionamento desde 1991, em âmbito nacional. É formada por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos Secretários Estaduais de Saúde indicados pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde-Conass e representantes dos Secretários Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde-Conasems <sup>43,53</sup>.

A Comissão Intergestores Bipartites-CIBs foi criada formalmente pela NOB-93, que a estabelece como uma instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS, ressaltando os aspectos relacionados ao processo de descentralização no âmbito estadual. É formada paritariamente por representantes do governo estadual indicados pelo secretário de estado de saúde e representantes dos secretários municipais de saúde, indicados pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde-Cosems de cada estado <sup>42,53</sup>. Em geral, estas instâncias organizam suas reuniões com periodicidade mensal. Percebe-se uma ampliação gradativa da abrangência destas reuniões, envolvendo temas como a descentralização, a regionalização e a hierarquização da assistência, assim como a organização de políticas de promoção e prevenção da saúde <sup>53</sup>.

Atualmente é discutido em que medida as decisões da CIT e CIBs tendem a colidir com as decisões dos Conselhos de Saúde ou até traspassá-las, pois se percebe que devido ao seu caráter especializado e restrito, as Comissões Intergestores passam a influenciar a agenda de discussão no âmbito dos Conselhos de Saúde - Lei 8142 <sup>53</sup>.

Segundo Shimizu & Pereira<sup>58</sup>,

A criação dos Conselhos de Saúde, como instância institucionalizada de participação social, sem dúvida, significa uma conquista da sociedade civil em busca da construção de uma perspectiva mais democrática em saúde, que possibilita a reconfiguração do espaço público (2009, p. 56).

Assim, o estabelecimento de prioridades nas políticas públicas, e a distribuição de recursos para a saúde passam pelas decisões dos órgãos do Poder Executivo - o Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde -, com o aval dos órgãos de controle social - os Conselhos de Saúde - e a negociação entre as autoridades sanitárias dos três níveis de governo por meio das CIBs e CIT <sup>57</sup>.

Noronha *et al.*<sup>53</sup> enfatizam que:

implementar o SUS em sua concepção original significa romper com o modelo sobre o qual o sistema de saúde brasileiro se estruturou ao longo de várias décadas, em uma conjuntura bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e solidárias (2008, p. 465).

Noronha & Soares descrevem alguns obstáculos estruturais relacionados aos países latino-americanos <sup>59</sup>:

- alto grau de exclusão e heterogeneidade, fatores que não são plenamente resolvidos por programas sociais, e os conflitos entre esforços financeiros, sociais e institucionais para implantar políticas abrangentes em confronto com as restrições impostas pela estrutura socioeconômica;
- obstáculos de ordem institucional e organizacional, representado pelas características predominantes dos sistemas de prestação de serviços nesses países, como a centralização excessiva e a fragmentação institucional; a frágil capacidade regulatória e a fraca tradição participativa da sociedade.

Em síntese, um dos principais desafios para a consolidação do SUS é superar as profundas desigualdades sociais, compatibilizando a afirmação da saúde como direito de cidadania nacional com o respeito à diversidade regional e local <sup>59</sup>.

### **2.2.4 Estimativa de Leitos Hospitalares**

As necessidades de leitos hospitalares podem ser previstas pelos gestores. Para estimar a cobertura de leitos no país, o Artigo 26 da Lei nº 8.080/90 estabelece que os parâmetros de cobertura assistencial sejam estabelecidos pela direção nacional do SUS<sup>50</sup>. Neste sentido, a Portaria Nº1.101 de 12 de junho de 2002 vem contribuir com a formalização das recomendações para a cobertura assistencial de leitos hospitalares, incluindo os leitos de terapia intensiva. Em linhas gerais, estima-se a necessidade de leitos hospitalares da seguinte forma<sup>60</sup>:

- os leitos hospitalares totais devem ser maiores que 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes-hab.;
- para os leitos de UTI calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de leitos hospitalares totais, o que no geral equivale a aproximadamente 1 a 3 leitos para cada 10.000 hab.

Para leitos de UTI Neonatal, o Ministério da Saúde quando criou o Programa Nacional de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento-PNHPN adotou o parâmetro da Sociedade Americana de Pediatria para definir a necessidade de leitos, sendo 1 a 2 leitos para cada 1.000 nascidos vivos<sup>60</sup>.

Para calcular a cobertura de leitos hospitalares, considera-se os leitos referentes aos SUS, os leitos do Sistema de Atenção Médica Supletiva e os leitos do sistema de desembolso direto do cidadão<sup>61</sup>.

### **2.2.5 Regulação do Acesso aos Leitos no SUS**

A regulação do acesso é um tema novo, discutido em todas as esferas do governo, e tem como objetivo criar um conjunto de normas, fluxos, instrumentos gerenciais e operacionais que promovam a capacitação, enfim, caminhos que possam facilitar o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde<sup>62</sup>.

A regulação representa um novo momento em relação ao fortalecimento do SUS, mediante a implantação do processo de regulação estabelecido pela Portaria Nº1559 de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS. A implantação da regulação, principalmente a regulação do acesso, permite ao gestor atuar sobre a organização dos serviços de acordo com a necessidade dos usuários<sup>62</sup>.

A efetivação da regulação é feita por meio dos Complexos Reguladores, que são estruturas constituídas por centrais de regulação e uma rede de unidades de saúde organizadas por níveis de complexidade. O Complexo Regulador é composto por uma ou mais Centrais de Regulação que podem ser: a Central de Regulação de Urgência, a Central de Regulação de Internações, a Central de Regulação Ambulatorial e a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade<sup>62</sup>.

O sistema Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade tem como objetivos principais:

- regular o fluxo da referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade;
- registrar as demandas dos estados com ausência ou insuficiência de oferta em alta complexidade hospitalar;
- mapear a migração dos usuários do SUS a partir de seu local de residência e do registro de seu atendimento em outro estado, por especialidade e por procedimento;
- disponibilizar informações para respaldar outras ações em saúde que permitam dirimir as diferenças regionais e as dificuldades de acesso de determinadas populações menos privilegiadas.

Na prática, a ação regulatória da central de regulação de leitos é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, levando em conta a classificação de risco do paciente, o cumprimento de protocolos de regulação estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada ao paciente<sup>62</sup>.

### 2.2.6. Público e Privado na Assistência à Saúde

No Brasil, o modelo liberal privatista ou médico assistencial privatista teve início com o surgimento da assistência médica previdenciária na década de 20, dado a necessidade de assistência aos trabalhadores urbanos e industriais. Naquela época o importante já não era sanear os espaços, mas cuidar dos corpos dos trabalhadores para manterem suas capacidades produtivas <sup>44,63</sup>.

O modelo expandiu-se a partir da década de 40, o que resultou na compra de serviços privados de saúde que serviu como um catalisador do modelo liberal que se acentuou após 1964. Como consequência, a rede privada contratada detinha 80,43% da oferta de leitos na década de 80 e 90,76% na década de 90 <sup>44,63</sup>. Em 1967 ocorreu uma profunda reforma na administração pública - Decreto-lei 200 - que reformulou a organização da assistência à saúde através da instituição da Política Nacional de Saúde que acabou privilegiando a prática médica curativa e o abandono das práticas coletivas <sup>41</sup>.

Uma grande parte do financiamento para a expansão do setor privado veio do setor público, e a criação do INAMPS na década de 70 conferiu um novo impulso neste modelo de assistência. O setor público era responsável por parcela significativa do financiamento e sustentação desse modelo, já que a grande maioria dos leitos hospitalares e serviços eram comprados diretamente do setor privado. No período cresceu enormemente a prestação de serviços privados, devido à facilidade das condições ofertadas pelo Estado: i) capital subsidiado pelo governo, ii) baixo risco nos investimentos para os empresários da área <sup>63</sup>.

Em 1975, a Lei 6.229 regulamentou o Sistema Nacional de Saúde, consagrando a dicotomia entre setor público-privado e saúde coletiva-previdenciária. Esta dicotomia gerou impasses e fez com que o Ministério da Saúde não tivesse condições de operacionalização, ao passo que a Previdência o fazia a partir do controle exercido sobre o setor privado <sup>41,63</sup>. O setor rapidamente se constituiu e passou a prescindir do Estado nas suas relações comerciais com os planos individuais ou coletivos, empresariais ou não.

As principais características desse modelo são as práticas médicas curativa, individual, assistencialista e especializada, com a criação de um complexo médico-industrial privado que foi orientado para a geração de lucro <sup>63</sup>. A doença foi isolada da pessoa, conformando um campo onde a doença é valorizada em detrimento da pessoa doente <sup>12</sup>. Este processo é característico de um sistema socioeconômico pelo qual as sociedades foram construídas com bases no capitalismo <sup>64</sup>.

As chamadas empresas de medicina de grupo foram mundialmente as pioneiras nesse mercado e começaram nos Estados Unidos, por volta de 1920 <sup>41</sup>. No Brasil, as primeiras empresas de medicina de grupo surgiram na década de 60, em princípio, para atender os trabalhadores do ABC Paulista. As indústrias multinacionais que ali se instalavam, diante das deficiências da saúde pública, preocuparam-se em buscar meios para propiciar atendimento médico de qualidade a seus empregados <sup>9,41</sup>.

Significativa parte desse imenso universo da saúde suplementar funcionou durante muito tempo sem uma legislação específica <sup>9,44</sup>. O caso dos seguros de saúde é previsto desde 1966 pela legislação brasileira, com suas atividades rigorosamente fiscalizadas pelo órgão especializado do setor – a Superintendência de Seguros Privados-SUSEP <sup>9</sup>.

Sabendo que o seguro de saúde é um contrato que era claramente estabelecido e fiscalizado, o mesmo não ocorria com as demais modalidades do setor de saúde suplementar. Uma longa discussão culminou na Lei 9.656 de 1998, que pela primeira vez no Brasil regulamentou os serviços oferecidos pela saúde suplementar. As próprias empresas de seguro reivindicavam por uma legislação que deixasse claramente definidas as regras do setor <sup>9</sup>.

## 2.3 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Segundo Gutsche & Kohl<sup>66</sup>

Na origem dos cuidados intensivos foi identificado que uma apreciação crítica precoce de pacientes doentes é melhor quando agrupada em uma designada área do hospital. Atualmente as UTIs têm cinco características comuns: um designado espaço, acompanhamento especializado com capacidades terapêuticas, recursos para prestar cuidados contínuos, quantitativo da enfermagem adequado para atender todos os pacientes e pessoal qualificados. A área predefinida do hospital permite aos profissionais especializados o pronto acesso aos pacientes criticamente enfermos (2007, p. 18). (tradução nossa)

A UTI tem por definição uma área de convergência multiprofissional dentro de um sistema de atendimento hospitalar. Constituem no conjunto de elementos funcionais agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados <sup>67</sup>.

Ao tratar de cuidados progressivos, a terapia intensiva pode ser considerada um dos setores mais complexos dentro da hierarquia dos serviços hospitalares <sup>66,67</sup>. A ela compete diversas ações que têm como objetivo a redução da morbidade e mortalidade, sempre que possível <sup>67</sup>. A agilidade, a emergência, a alta demanda e a diversidade de pacientes são rotinas; e a qualidade no serviço e a ética surgem como desafios para a equipe <sup>68</sup>.

Para obter bons resultados, todas as atividades dependem sensivelmente de estreito relacionamento e capacidade técnica de seus membros <sup>67</sup>. Seu quadro de profissionais vem ampliando sensivelmente com a atuação de várias especialidades: fisioterapeuta respiratório, nutricionista, psicólogo, assistente social, administradores, pessoal em treinamento como o residente e estagiário; além dos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem <sup>65,67</sup>.

Em algumas UTIs na Espanha, por exemplo, os intensivistas atuam em carácter polivalente. Por exemplo, é notável o papel que desempenham no programa nacional de transplantes, atuam na implantação de marca-passo externo e

transporte secundário de risco. Além disto, uma numerosa quantidade de gestores sanitários provém desses profissionais <sup>69</sup>.

### 2.3.1 Breve Histórico e Início no Brasil

As unidades de terapia intensiva têm uma conformação diferenciada do passado. Sua origem é retratada no início do século XVIII, onde as guerras mutilavam ou matavam muitas pessoas. Em 1854, a Inglaterra, a França e a Turquia declaram guerra à Rússia iniciando-se, então, a Guerra da Criméia. Diante disto, surgiu a necessidade de monitorização constante dos soldados feridos em virtude dos grandes ferimentos causados por armamento pesado e moderno para época. Foi a partir desse momento que a enfermeira Florence Nightingale interessou-se pelo evento, levando consigo 38 voluntárias para a guerra. Em sua metodologia de trabalho estava a técnica de monitorização que consistia em separar os pacientes quanto a gravidade, o que resultou na diminuição da mortalidade de 40% para 2%. Isto foi notável para época, pois até então, ninguém tinha feito tal façanha <sup>70</sup>.

A história da terapia intensiva passou por várias transformações até sua criação em meados de 1926 nos Estados Unidos. Com a evolução da medicina no início do século XX, as técnicas anestésicas foram conhecidas e com elas a monitorização hemodinâmica básica - pressão arterial, eletrocardiograma e a ventilação bolsa máscara. Em 1908 a adrenalina foi sintetizada e em 1917 foi desenvolvido o tubo para intubação endotraqueal <sup>70</sup>. Em 1927, Dr. Philip desenvolve o primeiro ventilador mecânico não invasivo designado de "*Iron Lung*" (pulmão de ferro/aço). As unificações das técnicas de manutenção dos sistemas circulatório e respiratório ocorreram somente em 1950 e passou a ser designada como suporte avançado de vida <sup>65,70</sup>.

Após 1930 no Brasil, em decorrência de pressões provenientes do processo de industrialização, os reflexos da difusão tecnológica exercida pelos países industrializados passaram a ser observados no setor da saúde. Nos anos 50 iniciou



a industrialização da medicina e a ampliação da rede hospitalar com ênfase no curativo-individual, na especialização e na tecnificação do exercício médico. Na década de 60 estabeleceu-se o já citado discurso hegemônico que tinha como principal objetivo expandir a assistência curativa no âmbito hospitalar <sup>71,72</sup>.

A origem da UTI no Brasil se deu em 1967 com a inauguração da UTI do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Em 1973, foi criada a Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB que se estruturou e normatizou os cuidados intensivos <sup>73</sup>. O surgimento das UTIs juntamente com o rápido desenvolvimento e aplicação de tecnologias avançadas, possibilitaram investigações diagnósticas e terapêuticas complexas, o que trouxe a tona uma necessidade de classificar os pacientes. Neste intuito, os escores de gravidade foram popularizados em todo o mundo, e têm em sua aplicabilidade a possibilidade de comparar as unidades de cuidados intensivos e ainda favorecer a análise de qualidade da assistência e de outros indicadores epidemiológicos que auxiliam na determinação de metas de qualidade <sup>74</sup>.

Na década de 70 iniciou-se a utilização de índices prognosticadores que ajudaram a caracterizar as UTIs e a qualificá-las. O “*Therapeutic Intervention Scoring System*”-TISS (Sistema de Pontuação de Intervenções Terapêuticas) tem como objetivo mensurar a quantidade de intervenções realizadas nos pacientes, e por este motivo passou a ser utilizado como um guia para identificar a quantidade do pessoal de enfermagem necessário para uma determinada unidade. Ainda há outra escala denominada “*Nursing Activities Score*”-NAS (Pontuação de Atividades de Enfermagem) na qual contempla as atividades de enfermagem, enquanto que o TISS agrega as intervenções terapêuticas relacionadas à gravidade da doença <sup>75</sup>.

Ressalta-se que as UTIs nasceram das salas de recuperação pós-anestésica, onde os pacientes que eram submetidos aos procedimentos anestésico cirúrgicos tinham monitorizadas suas funções vitais - respiratória, circulatória e neurológica - e tinham garantidas as medidas de suporte quando necessário, até que cessassem os efeitos residuais dos agentes anestésicos <sup>67,70</sup>.

### 2.3.2 Características das Unidades Intensivas

As unidades de atendimento crítico devem ser fechadas, com pessoal dedicado, estrutura administrativa que permita a rápida implementação de protocolos que visem beneficiar os pacientes. Além disto, o acesso restrito permite uma forte liderança e uma abordagem multidisciplinar que permite a prestação eficiente de cuidados aos pacientes <sup>76</sup>.

Ferrari<sup>65</sup>, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Intensiva-SOBRAMI, afirmou em uma entrevista que:

[...] primeiro a SOBRAMI restabeleceu a ideia e conceito da "Terapia Intensiva" no Brasil. Trabalha para criar a UTI feita por brasileiros para brasileiros, abandonando protocolos internacionais muitas vezes empacotados que não refletem nossa realidade. Reconhecemos a importância da tecnologia mundial, das experiências externas, mas temos como principal missão a mudança educacional [...] (2008, sp.).

Para que o ambiente de terapia intensiva se forme de maneira eficiente e segura aos pacientes e profissionais, uma série de recomendações de órgãos nacionais deve ser seguida <sup>77</sup>. A Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB e a SOBRAMI atuam como centros de formação e promoção da atualização na área, sendo que suas recomendações valem como regras para a prática da medicina intensiva brasileira.

A Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico vem contribuir com tais recomendações, alicerçada na necessidade de incorporação de uma perspectiva sistêmica da terapia intensiva integrada ao ambiente hospitalar e às demais áreas de atenção à saúde, bem como sua progressiva qualificação sobre aspectos técnicos, tecnológicos, organizacionais e humanizadores <sup>65</sup>.

Existem ainda as normas da ANVISA, a Resolução da Diretoria Colegiada-RDC N°7 de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de UTIs; enquanto que a RDC N°50 e a RDC N°307, ambas de 2002, dispõem sobre o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde <sup>78,79</sup>. O projeto de construção deve ser

conduzido por um grupo multidisciplinar composto por médicos, enfermeiros, arquitetos, engenheiros e administradores que devem avaliar todas as características da unidade, os serviços que serão oferecidos, os critérios de admissão e alta, a demanda e a taxa esperada de ocupação<sup>79,80</sup>. Todos os cuidados em relação ao projeto devem propiciar a segurança dos pacientes e funcionários, sobre condições normais e de emergência<sup>81</sup>.

O Ministério da Saúde<sup>82</sup> através da Portaria Nº3432 estabelece critérios de classificação para as UTIs. Assim, os serviços de tratamento intensivo dividem-se em unidades de acordo com a faixa etária dos pacientes atendidos: neonatal - destinado ao atendimento de pacientes com idade de 0 a 28 dias; pediátrico - destinado ao atendimento de pacientes com idade de 29 dias a 18 anos incompletos; adulto - destinado ao atendimento de pacientes com idade acima de 14 anos; UTI Especializada - destinada ao atendimento de pacientes em uma especialidade médica ou selecionados por grupos de patologias, podendo compreender: cardiológica, neurológica, respiratória, trauma, queimados, dentre outras.

As UTIs também são classificadas de acordo com a incorporação de tecnologia, especialização dos recursos humanos e área física disponível<sup>82</sup>:

- tipo I: unidades que estão em processo de adequação à legislação vigente - Portaria do Ministério da Saúde Nº3.432/98 - e que no entanto continuam em funcionamento;
- tipo II: representam unidades credenciadas em conformidade com a referida Portaria, onde constam os critérios minimamente aceitáveis para o atendimento aos pacientes graves;
- tipo III: atendem aos mesmos critérios das UTIs tipo II, uma vez que são critérios mínimos, e que no entanto são qualificadas, incluindo alguns recursos tecnológicos e humanos, como por exemplo, a ampliação do número de exames no hospital, maior número de equipamentos por paciente etc...

Uma UTI deve existir obrigatoriamente em estabelecimentos de Saúde com capacidade maior ou igual a 100 leitos, com o mínimo de 5 leitos. O número de

leitos em cada hospital deve corresponder entre 6% e 10% do total de leitos existentes no hospital, a depender do porte e complexidade. O hospital que atender gestante de alto risco deverá organizar leitos de tratamento intensivo adulto e neonatal, dotados de serviços para diagnóstico, terapia e núcleo de apoio constituído de médicos especialistas <sup>82</sup>.

A unidade intensiva contará com uma equipe básica composta por responsável técnico com especialidade em medicina intensiva ou habilitação em medicina intensiva pediátrica. Um médico diarista para cada 10 leitos ou fração, especialista em Medicina Intensiva ou Medicina Intensiva Pediátrica, e, no caso de UTI neonatal, médico especialista em pediatria com habilitação em Neonatologia <sup>82</sup>. No Brasil, mesmo que exista um intensivista especialista responsável pela unidade, outros profissionais exercem essa atividade intensiva: cardiologistas, anesthesiologistas e clínicos.

O estudo intitulado “*Who should care for intensive care unit patients?*” (Quem deve cuidar dos pacientes em UTI?), os autores concluem que os intensivistas treinados são os mais preparados para cuidar de pacientes em ambiente de cuidados intensivos. Para atender a uma população cada vez mais envelhecida, novos métodos são necessários para manter este novo perfil, evidenciando resultados positivos como diminuição da mortalidade e morbidade <sup>83</sup>. Se o intensivista com título de especialista precisa estar no local 24 horas, isto ainda é discutível, uma vez que segundo projeção haverá uma grave escassez geral de médicos pneumologistas e intensivistas que são qualificados para cuidar de uma população cada vez mais doente, envelhecida e sempre em expansão <sup>84</sup>.

Com relação à equipe de enfermagem é necessário investir na qualificação destes trabalhadores, mas também na quantificação adequada ao desenvolvimento das atividades legalmente previstas <sup>85</sup>. O Conselho Federal de Enfermagem através da Resolução N°293/2004 estabelece diretrizes ou normas técnicas mínimas - número de horas de assistência por profissional para cada nível de complexidade por leito de UTI <sup>86</sup>.

Ademais, o número adequado e qualificado de profissionais é premissa indispensável para o cuidado de qualidade e faz parte da estrutura do serviço que contribui para a obtenção ou manutenção de condições favoráveis no ambiente de trabalho. Possibilita menor incidência de agravos à saúde dos trabalhadores devido à redução da sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, menores riscos para a população <sup>85</sup>.

### A Humanização

As atividades cotidianas dos profissionais de saúde podem favorecer uma concepção do sofrimento como sendo natural. A dificuldade em estabelecer um equilíbrio entre a vida e a morte, a saúde e a doença, a cura e o óbito é uma constante que faz com que os trabalhadores tenham potencial dificuldade em administrar o trágico. Assim, pode-se criar um espaço de despersonalização e de afastamento da realidade dos pacientes <sup>87</sup>.

Segue um trecho do trabalho de Byock<sup>88</sup>, onde corrobora com essa temática.

Ao colaborar com o cuidado de pacientes criticamente doentes ou feridos e ampliar o apoio familiar, a disciplina de cuidados intensivos pode completar um ao outro. Incorporar ao processo de atenção especializada o conforto emocional, social, e bem-estar espiritual dentro de esforços para salvar a vida [...] (2006, p. 420). (tradução nossa)

Mattos<sup>56</sup>, *“partindo do exame do princípio da integralidade em saúde defende que a análise da categoria do sofrimento manifesto ou não, deve ser incluída nas políticas que se voltem para a construção de práticas mais humanizadas no SUS”* (2009, p.779).

O Ministério da Saúde<sup>89</sup> por meio da Política Nacional de Humanização estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes produzem práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a

corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

### **2.3.3. Procedimentos Frequentes**

A fragilidade e a vulnerabilidade dos pacientes são potencializadas na UTI em função da concepção que as pessoas têm sobre estas unidades, expressas por muitos como espaços da própria terminalidade da vida, não sendo vistas como local que se destina ao tratamento e recuperação dos enfermos <sup>12</sup>.

Alguns casos requerem uma permanência prolongada ao reaparecer alguns indícios de piora clínica, iniciando uma nova fase em sua jornada. Uma série de exames poderá ser solicitada, idas e vindas da radiologia e da tomografia, vários exames laboratoriais e procedimentos invasivos transformam cada dia em um desafio <sup>12</sup>.

Por serem procedimentos altamente invasivos, requer materiais e equipamentos de última geração, o que onera o valor das diárias e, conseqüente, dificuldade de manter a gestão da saúde em terapia intensiva. Segue abaixo de forma sucinta, uma série de procedimentos a que os pacientes poderão ser submetidos ao serem internados em uma UTI.

#### **Intubação Traqueal**

É utilizada para pacientes com diminuição do nível de consciência, trauma facial, oral, secreção respiratória intensa e com falência respiratória intensa <sup>80</sup>.

#### **Ventilação Mecânica**

O suporte ventilatório pela ventilação mecânica consiste em um método para auxiliar no tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica

agudizada. É um método artificial para manutenção feito através do acoplamento da prótese ou tubo orotraqueal ao ventilador ou respirador mecânico <sup>90</sup>.

Tem como objetivos, além da manutenção das trocas gasosas - correção da hipoxemia e da acidose respiratória associada à hipercapnia -, aliviar o trabalho da musculatura respiratória que em situações agudas de alta demanda metabólica está elevado, diminuir o consumo de oxigênio reduzindo o desconforto respiratório e permitir a aplicação de terapêuticas específicas <sup>80,91</sup>.

### Ventilação Não Invasiva

É uma técnica artificial de ventilação mecânica em que não é empregada a prótese traqueal, sendo a interface entre o ventilador e o paciente feita por meio do uso de uma máscara facial <sup>80</sup>.

### Traqueostomia

É um procedimento cirúrgico que estabelece um orifício artificial na traquéia, abaixo da laringe, para inserção de uma cânula metálica ou plástica. A incisão é feita entre o 2º e 3º anel traqueal com o objetivo de não prejudicar as cordas vocais do paciente ao passar o tubo de ar <sup>90</sup>.

A traqueostomia é um procedimento frequentemente realizado em pacientes que necessitam de ventilação mecânica prolongada, sendo que a técnica apresenta diversas vantagens quando comparada ao tubo orotraqueal, incluindo maior conforto do paciente, mais facilidade de remoção de secreções da árvore traqueobrônquica e manutenção segura da via aérea <sup>80,90</sup>.

### Drenagem Torácica

Tem como objetivo a manutenção ou restabelecimento da pressão negativa do espaço pleural. É responsável pela remoção de ar, líquidos e sólidos do espaço pleural ou mediastino, que podem ser resultantes de processos infecciosos, trauma, procedimentos cirúrgicos, entre outros <sup>90</sup>.

A drenagem torácica e a toracocentese são procedimentos úteis no tratamento e diagnóstico das intercorrências pleurais. A segurança deste método depende da extensão do derrame, estado geral do paciente, presença de alterações do parênquima pulmonar, bem como do posicionamento do paciente para a realização do procedimento <sup>92</sup>.

#### Cateter Venoso de Inserção Periférica

O cateter de longa permanência é muito utilizado em pacientes pediátricos e neonatos, indicado quando a terapia intravenosa for superior a seis dias, podendo se estender a semanas ou meses. Os cateteres são inseridos em veias periféricas como a cefálica ou basílica, com localização da ponta distal do cateter na veia cava superior, na desembocadura do átrio direito. A confirmação da localização é realizada através de radiografia de tórax <sup>80,90</sup>.

#### Cateter Venoso Central

O cateter de longa permanência é utilizado para a infusão de medicações e soluções endovenosas em pacientes com limitação de acesso venoso periférico, ou ainda para infusão de nutrição parenteral, drogas vasoativas, acesso para hemodiálise e, além disto, permite a verificação da pressão venosa central-PVC. Os locais de inserção dependem da anatomia do paciente, geralmente utilizam-se as veias jugulares internas, subclávias ou veias femorais <sup>90</sup>.

#### Pressão Venosa Central-PVC

Através de um cateter venoso central posicionado no ventrículo direito é possível obter o valor da PVC. Representa uma medida hemodinâmica determinada pela interação entre volume intravascular, função do ventrículo direito, tônus vasomotor e pressão intratorácica. Considera-se uma medida normal entre 0 e 8 mmHg (milímetro de mercúrio) <sup>80</sup>.



### Cateter de Artéria Pulmonar

Permite monitorização hemodinâmica, com objetivo de auxiliar a diagnosticar e tratar o estado de choque. Possui um lúmen acessório para mensuração da PVC e para administração de medicações, e outro lúmen que permite a instalação de marca-passo temporário transvenoso <sup>80</sup>.

### Balão Intra-aórtico

É um método de assistência circulatória realizada através de suporte mecânico para pacientes com falência cardíaca e circulatória. Um balão é introduzido percutânea ou cirurgicamente através da artéria femoral até a aorta descendente, e posicionada distalmente à artéria subclávia. Desta forma, favorece o desempenho cardíaco através do aumento do fluxo sanguíneo coronário <sup>80</sup>.

### Marca-passo Cardíaco Temporário

A atividade elétrica do miocárdio é controlada por um sistema de condução especializado, que inicia e conduz o impulso de maneira ordenada e sincrônica. A geração e a condução do impulso resultam na ativação dos átrios e posteriormente dos ventrículos, permitindo aos átrios contrair e esvaziar o sangue para dentro dos ventrículos antes da contração ventricular <sup>90</sup>.

O marca-passo artificial de estimulação do miocárdio utiliza um gerador de impulsos elétricos e eletrodos que transmitem estes impulsos até o coração para produzir a sua contração. O marca-passo transtorácico utiliza duas placas de eletrodos situadas no plano anterior do tórax e a outra no dorso, e sua utilização é limitada a situações de emergência e seu uso é temporário <sup>80,90</sup>.

### Monitorização da Pressão Intracraniana

A hipertensão intracraniana aguda requer medidas terapêuticas específicas e rápidas, dado ao frágil sistema nervoso central. A monitorização da pressão intracraniana-PIC fornece informações importantes que precedem o aparecimento

de sinais e sintomas, o que permite o tratamento precoce e eficaz, além de avaliar de maneira objetiva a eficácia das medidas terapêuticas adotadas. O valor normal da PIC varia entre 0 e 15 mmHg quando a pressão líquórica intraventricular é medida com o paciente em decúbito dorsal e a cabeça levemente elevada <sup>90</sup>.

### Monitorização da Pressão Intra-abdominal

Indicada em pacientes com risco de desenvolvimento de hipertensão intra-abdominal ou síndrome compartimental aguda, que ocorre quando o conteúdo do abdome se expande além da cavidade abdominal. As possíveis causas incluem sangramento intraperitoneal, peritonite, ascite, distensão intestinal, uso de vestuário pneumático antichoque, insuflação do peritônio durante os procedimentos de laparoscopia e fechamento da parede abdominal com edema visceral <sup>80,90</sup>.

### Cateterização Vesical

Refere-se à introdução de uma sonda através do meato uretral até a bexiga. É um procedimento frequente, que pode ser classificado em sondagem intermitente ou de permanência, a depender da manutenção ou não da sonda após sua introdução e finalidade terapêutica <sup>80</sup>.

### Hemodiálise

É um procedimento de escolha para o tratamento dos pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica agudizada internados na UTI. Na hemodiálise, o sangue é obtido por um acesso vascular, unindo uma veia e uma artéria superficial do braço - catéter venoso central ou fístula artério-venosa - e impulsionado por uma bomba até o filtro de diálise, também conhecido como dialisador <sup>80</sup>.

No dialisador, o sangue é exposto à solução de diálise através de uma membrana semipermeável, permitindo assim as trocas de substâncias entre o sangue e o dialisato. Após ser retirado do paciente e filtrado pelo dialisador, o sangue é então devolvido ao paciente pelo acesso vascular. As máquinas de hemodiálise possuem vários sensores que as tornam seguras <sup>90</sup>.

## Diálise Peritoneal

É uma terapia contínua de substituição da função renal que é tecnicamente mais simples do que a hemodiálise. Ela não requer equipamentos complexos e caros e pode ser instalada rapidamente, mediante a obtenção de um acesso para sua realização <sup>80</sup>.

Na diálise peritoneal, a solução para diálise entra no abdômen por meio de um cateter e as substâncias tóxicas passarão, aos poucos, através das paredes dos vasos sanguíneos da membrana peritoneal para a solução de diálise. Depois de algumas horas, a solução é drenada do abdômen e a seguir volta-se a encher o abdômen com uma nova solução de diálise para que o processo de purificação seja repetido <sup>90</sup>.

## Sondagem Enteral

Refere-se à inserção através da nasofaringe, de uma sonda de silicone ou poliuretano, que frequentemente tem um peso em sua extremidade distal e pode ser inserida até o estômago (90cm), duodeno (110cm) ou ainda até o jejuno (120cm). Nestas duas últimas situações, a sonda é carregada pelos movimentos peristálticos com o auxílio do peso <sup>80</sup>.

As indicações gerais incluem anorexia prolongada, má nutrição protéico-calórica severa, trauma de cabeça e pescoço, distúrbios neurológicos, estados de depressão, falência hepática e adaptação do intestino após cirurgias. Tem como objetivo oferecer alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, utilizada parcialmente ou não para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não <sup>90</sup>.

## Nutrição Parenteral-NPT

Consiste na administração de nutrientes necessários para a sobrevivência por outras vias que não o trato gastrointestinal. A administração de solução ou emulsão

composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas; é estéril e aprotogênica, acondicionada e destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas <sup>93</sup>.

### Administração de Hemocomponentes

A transfusão de sangue e hemocomponentes é uma tecnologia relevante na terapêutica moderna. Quando usada de forma adequada em condições de morbidade ou mortalidade significativa, pode salvar vidas e melhorar a saúde dos pacientes. Porém, assim como outras intervenções terapêuticas pode levar a complicações agudas ou tardias, como o risco de transmissão de agentes infecciosos e complicações clínicas <sup>80</sup>.

O sangue total restaura a volemia e mantém a perfusão e a oxigenação tecidual, o concentrado de hemácias aumenta a capacidade de transporte de oxigênio por aumento da massa de hemácias circulante, o concentrado de plaquetas é essencial para a hemostasia normal que previne o sangramento ativo, enquanto que o crioprecipitado repõe o fibrinogênio e o fator VIII de coagulação <sup>94</sup>.

### Cateter Peridural - Analgesia -

É usado para administração de medicamentos isolados ou combinados, diretamente no espaço epidural, proporcionando analgesia específica. Quando os anestésicos locais são injetados dentro do espaço epidural os principais locais de ação são as raízes nervosas que deixam o cordão espinhal e prosseguem em direção dos forames intervertebrais depois da bainha meníngea, e parte se difunde dentro do espaço subaracnóideo até o cordão espinhal. As drogas utilizadas variam de anestésico - bupivacaína, lidocaína, cloroprocaína - e os opiáceos - morfina <sup>80,90</sup>.

### Oxigenoterapia Hiperbárica

É uma modalidade terapêutica que consiste na oferta de oxigênio puro - FiO<sub>2</sub> 100% - em uma câmara ou ambiente pressurizado a um nível acima da pressão

atmosférica que é de 150 mmHg. O ambiente hiperbárico proporciona um grande aumento na oferta de oxigênio aos tecidos de 150 para 760 mmHg, principalmente pelo oxigênio dissolvido no plasma <sup>80</sup>.

A oxigenoterapia hiperbárica promove uma vasoconstrição não hipóxica, diminuindo edema e podendo auxiliar na recuperação de tecidos como isquemias traumáticas agudas e tecidos que sofreram queimaduras. Como indicação descreve-se a embolia gasosa, doença descompressiva, embolia traumática pelo ar, gangrena gasosa, síndrome de Fournier, infecções necrotizantes de partes moles, vasculites agudas de etiologia alérgica, lesão por radiação, anemia aguda sem possibilidade de transfusão sanguínea e isquemias traumáticas agudas <sup>80</sup>.

#### Pressão Arterial Invasiva

Os locais mais comuns para a inserção do cateter são as artérias radial, braquial, femoral ou dorsal do pé. Indicada para pacientes graves que necessitam de controle no uso de drogas vasoativas e/ou coleta de sangue arterial para exames laboratoriais, como exemplo, a gasometria <sup>80</sup>.

#### Cardioversão Elétrica

Utilizado para reverter arritmias mediante a administração de uma corrente elétrica direita e sincronizada que despolariza o miocárdio. É a terapia de escolha para o tratamento de taquiarritmias com instabilidade hemodinâmica, que consiste na aplicação de um choque de corrente elétrica contínua sobre o tórax <sup>90</sup>.

#### Ressuscitação Cardiorrespiratória Cerebral

O diagnóstico de parada cardíaca é feito quando estão presentes os seguintes sinais de inconsciência, respiração agônica ou apneia e ausência de pulso. Consiste na manutenção das condições vitais, por meio de ventilação artificial e massagem cardíaca externa que pode ser combinada com a desfibrilação precoce, o que resulta em melhor sobrevida dos pacientes <sup>80</sup>.

## Controle de Infecção e Bactérias Multirresistentes

O desenvolvimento de resistência bacteriana a certos antimicrobianos é observado de forma progressiva e crescente nos hospitais do mundo. Nos últimos 50 anos o espectro de sensibilidade de alguns microrganismos para os antimicrobianos vem se modificando devido ao uso abusivo de antimicrobianos, avanços tecnológicos que permitem a manutenção da vida por tempo prolongado, altas taxas de procedimentos invasivos, elevação da faixa etária dos pacientes e aumento na gravidade dos casos <sup>80</sup>.

Os protocolos do “*Centers for Disease Control*”-CDC (Centro de Controle de Doenças) orientam as práticas das precauções e isolamentos de algumas bactérias que merecem tratamento especial por serem emergentes e de fácil transmissibilidade nos hospitais. Os principais microrganismos são: “*staphylococcus aureus*” resistente a meticilina ou oxacilina, “*enterococo*” resistente a vancomicina, “*pseudomonas aeruginosa*” resistente às cefalosporinas de terceira geração, o “*acinetobacter sp*” e outros <sup>95</sup>.

Contudo, vários princípios devem ser seguidos pelas equipes de enfermagem, médica, fisioterapia, higiene, manutenção, técnicos de laboratórios, radiologia e farmácia, que são fundamentais para o controle da infecção hospitalar. Um exemplo bem difundido e presente na área de saúde é a questão da lavagem das mãos e o uso do álcool gel a 70% antes e após o contato com o paciente, após manipular secreções, excreções, sangue, fluidos corporais, equipamentos e artigos contaminados <sup>80,95</sup>.

### 2.3.4. Questões Bioéticas em Terapia Intensiva

#### A Autonomia do Paciente e do Familiar

Podem acontecer algumas circunstâncias no cuidado intensivo em que todo tratamento disponível passa a não beneficiar o paciente, ou ainda o risco ser

superior ao benefício <sup>65</sup>. Nesse momento, decisões acerca de manter ou suspender determinadas terapias de suporte de vida devem ser tomadas, se possível em conjunto com o paciente, ou baseado em suas decisões previamente expressas. Quando não for possível, os familiares; amigos; médicos de família e outros membros da equipe da UTI podem ser reunidos para tomarem a decisão no lugar do paciente <sup>96</sup>.

A maioria das UTIs tem um horário e espaço físico onde são feitas as comunicações para os familiares e amigos do paciente. É necessário que a comunicação seja clara e objetiva <sup>67,80</sup>. A melhor maneira é no momento de se oferecer o boletim médico, onde podem ser feitas perguntas e a equipe pode conhecer a família, e vice-versa. A equipe de enfermagem também deve ajudar a prestar algumas informações pertinentes <sup>67</sup>.

### A Distanásia

Os aspectos éticos mais comuns na UTI incluem decisões do tipo “não reanimar” e “retirar suporte” vital <sup>69</sup>. Em situações em que a cura não é mais possível, usar técnicas de suporte e prolongamento de vida pode prolongar o sofrimento do paciente - distanásia. Se este suporte de vida está causando dor, desconforto ou ainda adiando o processo inevitável de morte sem oferecer qualquer benefício, serão necessárias tomadas de decisão sobre continuar com o mesmo. A equipe de UTI, nestes casos, sempre priorizará o conforto dos seus pacientes <sup>96</sup>.

### A Ortotanásia

A ortotanásia é o termo utilizado para definir a morte natural, sem interferência da ciência, permitindo ao paciente uma morte digna, sem sofrimento, deixando a evolução e percurso da doença. Portanto, evitam-se métodos

extraordinários de suporte de vida, como medicamentos e aparelhos, em pacientes irrecuperáveis e que já foram submetidos a suporte avançado de vida <sup>97</sup>.

### Os Cuidados Paliativos

O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e sua família <sup>96,98</sup>. Pode e deve ser oferecido aos indivíduos com quadro mórbido terminal – desde seu diagnóstico até o momento da morte, e aos seus familiares – durante o curso da doença e em programas de enlutamento. O conforto passa pela questão física, psicológica e espiritual; respeitando a cultura, as crenças e os valores do paciente <sup>98</sup>.

### A Mistanásia

A mistanásia ou morte miserável significa a morte fora e antes da hora. A eutanásia social é entendida como a morte provocada de forma sutil por sistemas e estruturas sociais. Na América Latina, em geral, a forma mais comum de mistanásia é a omissão de socorro estrutural - exclusão social - que atinge milhões de doentes durante sua vida inteira e não apenas nas fases avançadas e terminais de suas enfermidades <sup>97</sup>.

### A Priorização Como Critério de Admissão

Um ponto que merece destaque é o estabelecido pela “*Society for Critical Care Medicine*” (Sociedade de Cuidados Críticos) em relação aos critérios de admissão de pacientes em UTI. Os critérios têm como finalidade a priorização do atendimento no processo de triagem, ou seja, a internação dos pacientes que mais se beneficiarão do tratamento intensivo e colaborar para melhorar a alocação dos



recursos disponíveis. Neste sentido, os pacientes são divididos em quatro prioridades para admissão: i) pacientes graves; ii) instáveis; iii) pacientes que necessitam de tratamento intensivo e monitorização em UTI e iiiii) pacientes sem indicação de admissão em UTI, por estarem muito bem ou muito mal para se beneficiarem do tratamento na terapia intensiva <sup>99</sup>.

Na admissão do paciente, algumas “ferramentas” são necessárias para ajudar o profissional a realizar a classificação dos pacientes. Os índices prognósticos para a admissão do paciente, como o “*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II*” APACHE II (Avaliação Fisiológica Aguda e Crônica em Saúde), *Logistic Organ Dysfunction System-LODS* (Sistema Logístico da Disfunção Orgânica) e o “*Multiple Organ Dysfunction Score*”-MODS (Escala de Disfunção Múltipla dos Órgãos) que contemplam variáveis fisiológicas, laboratoriais, idade e comorbidades prévias. <sup>100,101</sup>

Estas escalas apesar de auxiliarem a conduta, algumas vezes direcionam a seleção dos pacientes mais graves e com múltiplas disfunções e poucas possibilidades de tratamento, fato que limita a monitorização em pacientes com potenciais riscos que acabam sendo atendidos tardiamente em piores condições <sup>99</sup>.

## 2.4 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso à saúde vem representado pelo conjunto de características da oferta que atua aumentando ou dificultando a capacidade dos indivíduos de utilizarem os serviços de saúde <sup>102</sup>. O uso de serviços é preponderantemente determinado pelo paciente, que no geral faz o primeiro contato com o serviço. A utilização dos serviços controlada pelo paciente dependerá de suas próprias características e das barreiras estruturais do sistema de saúde, enquanto que o uso dos serviços controlado pelos médicos dependerá da necessidade de saúde e das características de tais profissionais <sup>103</sup>.

Travassos & Martins<sup>102</sup> descrevem alguns fatores individuais que atuam influenciando o uso de serviços de saúde e conseqüentemente o acesso à saúde: i) fatores predisponentes - são que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde; ii) fatores capacitantes - são os meios disponíveis para que as pessoas obtenham cuidados de saúde; iii) necessidade de saúde - são as condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde.

Quanto às barreiras de acesso aos serviços de saúde, a mais importante é a disponibilidade de serviços e recursos humanos, porém, a mera disponibilidade destes recursos não garante o acesso, pois ainda podem existir vários obstáculos aos usuários - barreiras geográficas, políticas, administrativas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, entre outras - que expressam características da oferta que de modo inter-relacionados atuam obstruindo a capacidade dos cidadãos de utilizarem os serviços, gerando situações de vulnerabilidade social <sup>103</sup>.

Como efeito das barreiras de acesso aos serviços de saúde ocorre a intervenção do Poder Judiciário na questão, sem observância às normas consolidadas que disciplinam o acesso à saúde e, conseqüentemente, pode comprometer o esforço do Poder Executivo e a organização legal do SUS <sup>104</sup>.

## 2.5 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Atualmente a justiça se tornou a alternativa dos que necessitam de algum medicamento, tratamento, ou procedimento não oferecido pelo SUS. A premissa inaugurada na Constituição de 1988 de que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado “arrombou” as portas dos tribunais para a judicialização da saúde<sup>105</sup>. Quando o Estado qualificou a saúde como um direito fundamental não significou apenas atribuir-lhe uma importância meramente retórica, destituída de qualquer consequência jurídica, pelo contrário, o caso da constitucionalização do direito à saúde acarretou um aumento formal e material de sua força normativa, com inúmeras consequências práticas<sup>106</sup>.

A temática é atualmente comum na esfera jurídica, na comunidade médico-farmacêutica, na administração e na imprensa. Isto porque a população tem se valido do Poder Judiciário para executar essa prestação de serviço, e o Judiciário tem sido provocado a coagir a Administração a cumprir o dever que a Constituição lhe impõe<sup>104,106</sup>.

Segundo Machado<sup>107</sup>:

[...] a judicialização da saúde é um fenômeno que pode prejudicar a execução de políticas de saúde no âmbito do SUS, uma vez que o cumprimento de determinações judiciais para fornecimento de medicamentos, insumos e serviços de saúde de alta complexidade acarreta gastos elevados não programados (2011, p. 591).

Em 2010, uma discussão no Superior Tribunal de Justiça-STJ, abordou a existência de uma dicotomia no judiciário: privilegiar o individual ou o coletivo? De um lado, a participação do Judiciário significa a fiscalização de eventuais violações por parte do Estado na atenção à saúde, e de outro o excesso de ordens judiciais que poderia inviabilizar a universalidade da saúde<sup>105</sup>.

O ministro Teori Albino Zavascki, presidente da Primeira Seção de Direito Público do STJ, explica que não existe direito subjetivo constitucional de acesso universal, gratuito, incondicional e a qualquer custo a todo e qualquer meio de

proteção à saúde. Esclarece que o direito à saúde não deve ser entendido como direito a estar sempre saudável, mas como o direito a um sistema de proteção à saúde que dá oportunidades iguais para as pessoas alcançarem os mais altos níveis de saúde possíveis <sup>105</sup>.

A judicialização da saúde envolve também o setor suplementar. O STJ declarou ser nula cláusula de contrato de plano de assistência médica que limitava o tempo de internação em UTI em no máximo 30 dias contínuos ou não, por período de 12 meses, conforme cláusula do contrato. De acordo com a relatora do processo, a ministra Nancy Andrighi, a cláusula limitadora do tempo de internação em UTI atenta contra o objeto do contrato, em si, frustra seu fim, tornando-a inválida <sup>105</sup>.

Contudo, o ministro Teodoro Albino pondera que não significa que a garantia constitucional não tenha eficácia. Existem certos deveres estatais básicos que devem ser cumpridos. Conclui que a atuação judicial ganha espaço quando inexitem políticas públicas ou quando elas são insuficientes para atender minimamente os cidadãos <sup>105</sup>.

Gandini *et al.* <sup>108</sup> relatam que:

a judicialização é um fenômeno relacionado não apenas com o direito à saúde. [...] na atualidade caminha para uma verdadeira judicialização dos direitos sociais de modo geral. Busca-se o Poder Judiciário para que este estabeleça a realização de determinadas políticas públicas e, com isso, concretize direitos sociais constitucionalmente previstos (2008, sp).

A partir da contradição existente entre a Constituição Cidadã e a judicialização da saúde, diversos grupos da sociedade têm buscado a materialização de seus direitos constitucionais por meio da articulação de novas estratégias de luta no campo do direito, uma esfera que tem se apresentado como um meio efetivo para contornar as barreiras de acesso encontradas <sup>109</sup>.

Ressalta-se que os direitos à saúde, à educação e à alimentação, seriam os três pilares que sustentam o conceito de mínimo existencial e corresponde às condições elementares de educação, saúde e renda que permitam em uma determinada sociedade, o acesso aos valores civilizatórios e a participação

esclarecida no processo político e no debate público <sup>106,109</sup>. Deixar de concretizar algum destes direitos significaria aportar duro golpe ao princípio da dignidade da pessoa humana <sup>106</sup>.

Conforme o Artigo 3 da DUBDH, a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade. O bem-estar dos indivíduos deve ter prioridade sobre o interesse exclusivo da sociedade <sup>18</sup>.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a partir de categorias bioéticas contidas na DUBDH, a cobertura assistencial oferecida pelo SUS em serviços de terapia intensiva públicos e privados, nas grandes regiões brasileiras.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a distribuição geográfica dos leitos de terapia intensiva nas grandes regiões do Brasil;
- Estimar a cobertura assistencial dos leitos de terapia intensiva ofertados pelo SUS, com base nos parâmetros do Ministério da Saúde;
- Estimar a cobertura assistencial de terapia intensiva por grandes regiões brasileiras, com base nos parâmetros do Ministério da Saúde;
- Analisar a cobertura assistencial de terapia intensiva nas grandes regiões brasileiras à luz de temas contidos na DUBDH, a saber: equidade (Artigo 10) e o respeito pela vulnerabilidade humana (Artigo 8).

#### 4. MÉTODO

O campo de investigação foi os registros do Sistema de Informação do Ministério da Saúde-DATASUS<sup>14</sup>, dados do IBGE<sup>15</sup>, Programa Nacional de Amostra por Domicílio-PNAD/IBGE<sup>110</sup> e Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB<sup>111</sup>. A amostra foi constituída pelo total de leitos de UTI cadastrados no Brasil e analisados juntamente com dados demográficos de toda a população brasileira.

O tipo de estudo foi analítico através do procedimento técnico de pesquisa bibliográfica e posterior análise documental com dados que se encontravam disponíveis, portanto, dados secundários que possibilitaram avaliar a cobertura assistencial de leitos de terapia intensiva por regiões geográficas brasileiras.

Em um primeiro momento foi realizada a busca de dados primários no sistema informatizado de referências bibliográficas da MEDLINE - PubMed da “*National Library of Medicine*” (Biblioteca Nacional de Medicina), utilizando a conjugação de três descritores no idioma inglês - Bioética, terapia intensiva e saúde pública.

Realizado também a busca de informações na Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe-LILACS; Google Acadêmico; base de dados da Universidade de São Paulo-USP e da Universidade de Brasília-UnB. Os descritores utilizados para as buscas foram Bioética, terapia intensiva e saúde pública, nos idiomas espanhol e português. A busca do referencial teórico foi realizada no dia 28 de maio de 2011 e teve como critérios de inclusão pesquisas publicadas entre os anos de 2001 e 2011.

Em seguida, a pesquisa voltou-se para a fonte dos dados secundários, disponibilizada por órgãos nacionais através de consulta aos sites do CNES-DATASUS, IBGE, PNAD-IBGE e AMIB. Como critérios de inclusão dos dados secundários, foram considerados os registros do Ministério da Saúde, 2010; CNES, 2010; dados demográficos do IBGE, 2010; dados da AMIB, 2010 e informações do PNAD de 2008. Foram excluídas as informações relacionadas ao PNAD de 2010,

por estarem parcialmente disponíveis. O período de coleta foi entre os meses de setembro a outubro de 2011.

Quanto às considerações éticas, o presente estudo não envolveu pesquisa com seres humanos, e desta forma, não necessitou de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP. Devido ao fato das informações estarem disponíveis em bases de dados na Internet com acesso livre a todos os cidadãos, não foi necessário autorização de instituições e órgãos públicos envolvidos. O autor declara não haver conflitos éticos e/ou de interesses na realização desta dissertação.

Os procedimentos consistiram na análise dos dados sobre leitos hospitalares totais e leitos de UTI disponibilizados pelo sistema público e privado de saúde, que foram analisados juntamente com dados da população geral e a população por regiões geográficas brasileiras. As variáveis independentes consistiram em dados sociais (taxas de analfabetismo, cobertura de saneamento básico, distribuição de renda por regiões, etc...) disponibilizados pelo PNAD-2008; as variáveis dependentes foram relacionadas ao acesso às UTIs e as variáveis intervenientes foram constituídas de reflexões promovidas a partir de temas da DUBDH, especificamente os Artigos 8 e 10 que tratam da equidade e da vulnerabilidade humana. A reflexão Bioética sobre o fortalecimento dos vulneráveis em trabalhadores sociais veio como proposta de fortalecimento social.

O referencial para a avaliação da cobertura assistencial em terapia intensiva foi a Portaria nº1101/2002 do Ministério da Saúde que estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. A Portaria representa as recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do serviço público no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras<sup>60</sup>.

Os dados quantitativos foram trabalhados pelo cálculo percentual simples e organizados em tabelas e gráficos que permitiram fácil visualização das informações.



## 5. RESULTADOS

### 5.1. SOBRE A PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Observou-se que a saúde pública é pouco explorada em publicações da base de dados PubMed/MEDLINE “*advanced search*” (pesquisa avançada). No geral, as publicações relacionadas à terapia intensiva nos últimos dez anos foram voltadas para a prática clínica. Dentre os 129 artigos captados, 67 eram relacionados à Bioética Clínica, abordando temas como a conduta ética frente aos prematuros; a relação entre profissional de saúde e o paciente; as pesquisas clínicas e a terminalidade da vida. Destes, apenas um se aproximou a saúde pública ao fazer uma análise sobre o gasto geral com as UTIs.

Ao iniciar a busca na base de dados *Lilacs*, verificou-se que ao utilizar as três palavras: Bioética [palavras] “*end*” saúde pública [palavras] “*end*” terapia intensiva [palavras]; o resultado seria zero. Ao realizar a busca selecionando terapia intensiva [palavras] “*and*” saúde pública [palavras] “*or*” Bioética [palavras], o resultado seria de 2924 artigos. Optou-se então por realizar a busca refinada em dois momentos distintos:

- i) Descritores: Bioética e terapia intensiva = 40 artigos captados
- ii) Descritores: terapia intensiva e saúde pública = 62 artigos captados.

Destes artigos, sete eram especificamente relacionados à Bioética e saúde pública, abordando temas como a garantia da integralidade da assistência, equidade em saúde pública e alocação de recursos em saúde e terapia intensiva. Esta preocupação dos pesquisadores latino-americanos com o tema da saúde pública, talvez fosse justificada pelas situações de desigualdades socioeconômicas que certamente os afligem.

Por meio da captação dos dados secundários, foi identificada a existência de estimativas realizadas pelo Ministério da Saúde<sup>112</sup> e pela AMIB<sup>111</sup>, relacionadas à

quantidade de leitos de UTI necessários à população brasileira, porém, sem informações críticas quanto à vulnerabilidade nas macrorregiões brasileiras. Ademais, foi identificada uma previsão de leitos de UTI publicada pelo Ministério da Saúde<sup>112</sup> no ano de 2010 (ANEXO A), onde desconsidera o princípio da universalidade do atendimento. Nesta previsão, incluiu somente 80% da população total, justificando que os outros 20% dos brasileiros são detentores de planos privados de saúde.

Em contrapartida, seria também injusto por parte desta pesquisa deixar de mencionar sobre o aumento do número de leitos de UTI credenciados pelo Ministério da Saúde no período de 2003 a 2010, que chegou ao número de 6.399 novos leitos de UTI, além de reclassificar outros 1.668 leitos de UTI Tipo I para Tipo II e/ou III<sup>112</sup>. O Quadro 2 mostra o total de leitos credenciados aos SUS de 2003 a 2010.

Tabela 2. Leitos de UTIs públicos e privados credenciados ao SUS

	Ampliação de leitos de UTI			
	Adulto	Pediátrico	Neonatal	Total ampliado
2003	822	168	312	1.302
2004	519	152	270	941
2005	331	78	245	654
2006	361	85	159	605
2007	594	97	217	908
2008	483	142	193	818
2009	354	69	171	594
2010	532	74	232	838
TOTAL	3.996	865	1.799	6.660

Fonte: Ministério da Saúde (ANEXO A)

O processo de cadastramento de leitos de UTI segue o explicitado na Portaria do Ministério da Saúde N°3.432, a qual estabelece critérios para credenciamento de novos leitos<sup>82</sup>. Com os dados Tabela 2 é possível observar a preocupação do Ministério da Saúde em melhorar as condições do acesso às UTIs no Brasil.

## 5.2. QUANTIDADE DE LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA OFERECIDOS PELO SUS

O Brasil possui 458.425 leitos hospitalares, públicos e privados, sendo que destes, 7,6% são leitos de UTI. Estes 7,6% representam um total de 35.024 leitos de UTI registrados no CNES/DATASUS, mesmo desconsiderando as unidades intermediárias, unidades intermediárias neonatais e a unidades de isolamento. A Figura 1 demonstra o quantitativo de leitos de UTI cadastrados no CNES.

The screenshot shows the CNESNet website interface. The main content is a table with the following data:

46	PNEUMOLOGIA	2808	1866	942
<b>TOTAL</b>		<b>148185</b>	<b>105022</b>	<b>43163</b>
<b>COMPLEMENTAR</b>				
64	UNIDADE INTERMEDIARIA	3154	1865	1289
65	UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL	4413	3543	870
66	UNIDADE ISOLAMENTO	3947	3113	834
74	UTI ADULTO - TIPO I	8102	986	7116
75	UTI ADULTO - TIPO II	11795	8146	3649
76	UTI ADULTO - TIPO III	3057	1748	1309
77	UTI PEDIATRICA - TIPO I	1277	153	1124
78	UTI PEDIATRICA - TIPO II	2032	1525	507
79	UTI PEDIATRICA - TIPO III	743	532	211
80	UTI NEONATAL - TIPO I	2399	84	2315
81	UTI NEONATAL - TIPO II	4369	3241	1128
82	UTI NEONATAL - TIPO III	1124	604	520
83	UTI DE QUEIMADOS	216	174	42
<b>TOTAL</b>		<b>46628</b>	<b>25714</b>	<b>20914</b>
<b>OBSTÉTRICO</b>				

Figura 1. Homepage CNES 2010 - Total de leitos de UTI no Brasil <sup>14</sup>

Já o censo da AMIB de 2010 (ANEXO B) informou o total de 25.367 leitos de UTI <sup>111</sup>, enquanto que a Coordenação Geral de Atenção Hospitalar-CGAH do Ministério da Saúde <sup>112</sup> informou o total de 27.737 leitos de UTI (SUS e não SUS) distribuídos entre 1.421 estabelecimentos de saúde. Do total de leitos SUS e Não SUS, 17.357 leitos ou 62,57% foram disponibilizados ao SUS.

Observou-se que há divergências quanto ao número de leitos de UTI no Brasil. Neste sentido, será considerado o valor expresso pela CGAH, uma vez que ela coordena a atenção hospitalar. Segue abaixo no Gráfico 1 a relação do total de leitos de UTI (SUS e NÃO SUS), segundo a entidade mantenedora.

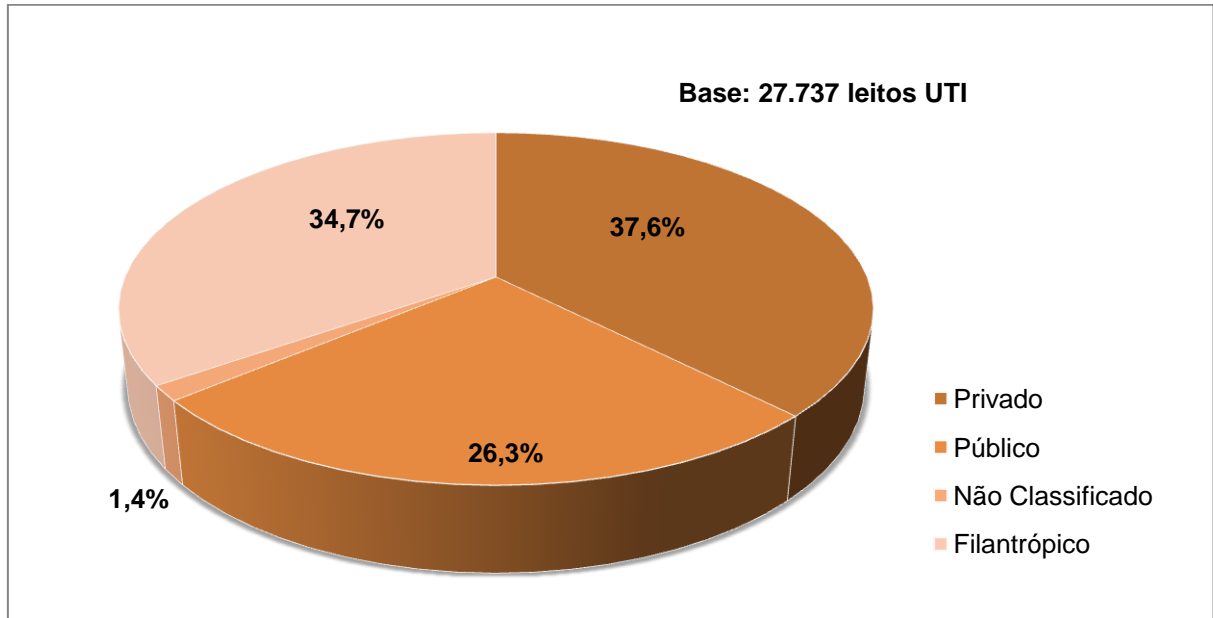


Gráfico 1. Distribuição de leitos de UTI pelo perfil da mantenedora, 2010 <sup>112</sup>

Os hospitais filantrópicos são importantes prestadores de serviços para o SUS (34,7% dos leitos de UTI) e para o setor de Saúde Suplementar. Eles têm como principais fontes de receita o SUS os convênios com operadoras e outras doações. A operação de planos próprios pode constituir na segunda fonte de receita, inferior apenas a fonte SUS <sup>9</sup>. Assim, reconhece a importância dos hospitais filantrópicos na oferta de leitos de terapia intensiva no Brasil.

O setor identificado como “Não Classificado” se refere às instituições que estão em processo de classificação e outras de menor representação, como é o caso dos sindicatos <sup>14</sup>. Observou-se através do Gráfico 1 que o setor privado assume aproximadamente 37,6% (10.456 leitos), o setor público 26,3% (7.295 leitos), filantrópico 34,7% (9.624 leitos) e o setor não classificado 1,4% (388 leitos).

Gráfico 2 ilustra o total de leitos de UTIs públicos e privados disponibilizados pelo SUS à população brasileira.

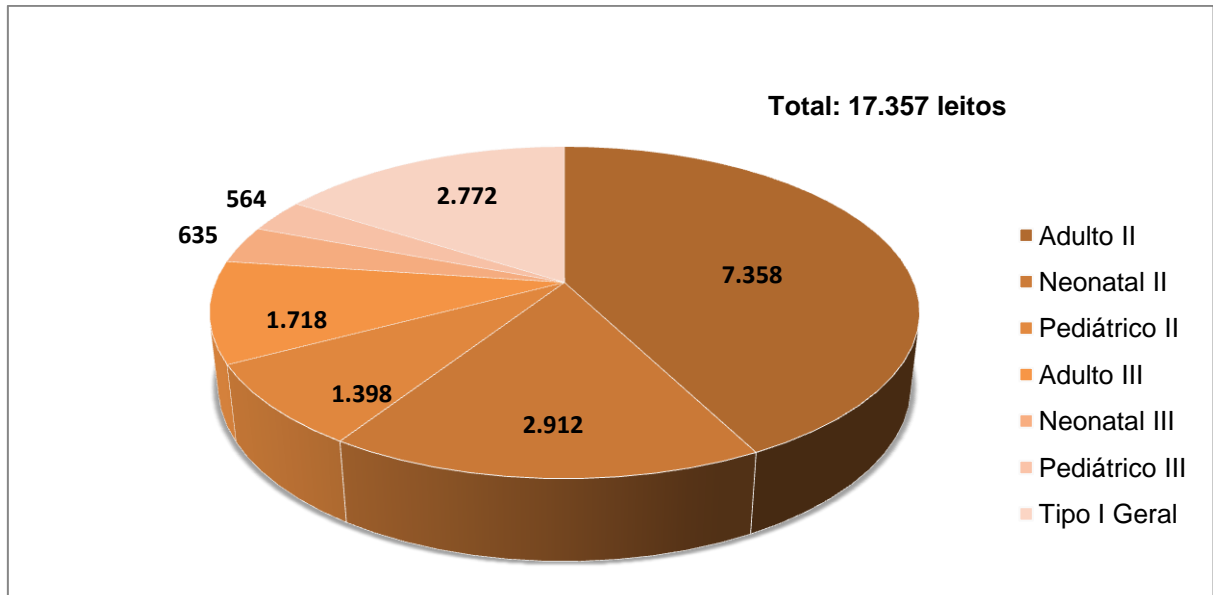


Gráfico 2. Leitos de UTI credenciados ao SUS por especialidade, 2010 <sup>112</sup>

Para os cálculos da cobertura assistencial geral da população brasileira, serão considerados os valores do total de leitos informado pela CGAH - Ministério da Saúde<sup>112</sup> de 2010, uma vez que o total informado pelo CNES<sup>14</sup> supera exageradamente o total estimado pela CGAH e pela AMIB<sup>111</sup>. Dessa forma, serão considerados 27.737 leitos no primeiro cálculo (total SUS e NÃO SUS) e 17.357 leitos credenciados ao SUS, no segundo cálculo.

### 5.3. COBERTURA ASSISTENCIAL DE TERAPIA INTENSIVA NO BRASIL

Através da Portaria nº1101 de 2002 é possível estimar a necessidade de leitos de UTI por meio do cálculo de 4% a 10% do total de leitos hospitalares disponíveis a toda população brasileira <sup>60</sup>. Dando sequência ao cálculo, a quantidade geral de leitos hospitalares informadas pelo CNES<sup>14</sup> é 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 totais.

Conforme o cálculo da referida Portaria, o mínimo de leitos de UTI exigido seria de 4% do total de geral de leitos hospitalares, o que representa a necessidade

de 18.337 leitos de UTI, enquanto que o máximo estimado de 10% equivaleria à oferta de 45.842 leitos de UTI.

#### **Cálculo pela Portaria do Ministério da Saúde**

**4% dos leitos hospitalares geral = 18.337 leitos UTI necessários para atingir o mínimo exigido.**

Através do cálculo percentual simples:

Leitos de UTI existentes no Brasil = 27.737 leitos de UTI	>> 6% cobertura
Total credenciado (SUS e não SUS) = 17.357 leitos	>> 3,78% cobertura (abaixo 4%)

Para o cálculo da cobertura assistencial tendo como referência 4% do total de leitos hospitalares e considerando o total de leitos de UTI existentes, chegou a uma cobertura de 6%, porém, este cálculo é injusto, pois o total de leitos expresso pela CGAH e AMIB não estão totalmente disponíveis aos usuários do SUS. Ao refazer o cálculo em relação ao total credenciado junto ao SUS, o valor muda para 3,78% - abaixo da cobertura mínima exigida que é de 4%. Conclui-se que se o total de leitos de UTI existentes no Brasil estivesse disponível a todos os Brasileiros, a cobertura assistencial seria adequada.

Segundo a AMIB<sup>111</sup>, a média do cálculo realizado acima corresponde de 1 a 3 leitos para cada 10.000 habitantes <sup>26</sup>. Calculando dessa forma, ao analisar a população total brasileira que é 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), a cobertura assistencial seria de 1,43 leitos/10.000 hab., ou seja, entre o valor mínimo exigido. Quando o cálculo é feito utilizando somente os leitos credenciados ao SUS, a cobertura cai para 0,89 leitos para 10.000 hab.

#### **Cálculo pela AMIB – 1 a 3 leitos para cada 10.000 hab.**

Considerando somente o total de leitos credenciados ao SUS

$$\frac{\text{População total}}{10.000 \text{ habitantes}} = \frac{190.755.199}{10.000} = 19.373 \text{ leitos ou } 1 \text{ leito}/10.000 \text{ hab.}$$

$$\frac{\text{Leitos efetivos - credenciados}}{\text{Mínimo de leitos necessários}} = \frac{17.377}{19.373} = 0,89 \% \text{ de cobertura (menos } 1/10.000 \text{ hab.)}$$

Ao considerar o cálculo da AMIB, realmente não houve divergência em relação aos cálculos da Portaria 1101. Ficou claro através dos dois cálculos que a

cobertura assistencial de UTIs credenciadas ao SUS esta abaixo do limite mínimo exigido pelo Ministério da Saúde e AMIB.

#### 5.4. COBERTURA ASSISTENCIAL DE TERAPIA INTENSIVA POR GRANDE REGIÃO BRASILEIRA

Com a Tabela 3, é possível observar a distribuição dos leitos de UTI nas regiões brasileiras. A região Sudeste possui a maior quantidade dos leitos, 53,8%; seguido das regiões Sul, 16,9% e Nordeste, 16,8%. As menores quantidades de leitos estão nas regiões Norte, 5% e na região Centro-Oeste, 7,6%.

Tabela 3. Distribuição e cobertura das UTIs por grandes regiões brasileiras - 2010

Grandes Regiões	População	Leitos SUS e Não SUS	%	Leito 10.000 hab.	Mínimo: 1 a 3 leitos 10.000 hab.	
					Mínimo	Máximo
Norte	15.864.454	1.168	5,0%	<b>0,76</b>	1.586	4.758
Nordeste	53.081.350	4.659	16,8%	<b>0,84</b>	5.308	15.924
Centro-Oeste	14.058.094	2.107	7,6%	1,50	1.405	4.215
Sudeste	80.364.410	15.171	53,8%	1,89	8.036	24.108
Sul	27.386.891	4.798	16,9%	1,75	2.739	8.217
<b>Total</b>	<b>190.755.199</b>	<b>27.737</b>	<b>100 %</b>			

Fonte: IBGE<sup>15</sup>, AMIB<sup>111</sup>, Ministério da Saúde<sup>112</sup>

Por meio do cálculo proposto pela AMIB foi possível observar através da Tabela 3, que as regiões Norte e Nordeste apresentaram uma cobertura assistencial de menos de um leito para cada 10.000 hab., enquanto que a região Sudeste apresentou a melhor oferta de leitos, 1,89 leitos para cada 10.000 hab. Esse cálculo foi baseado no total de leitos de UTI públicos e privados que é de 27.737 leitos.

A Figura 2 ilustra o cálculo da cobertura assistencial feito anteriormente. Vale ressaltar que inclui todos os leitos de UTIs públicos e privados do Brasil.

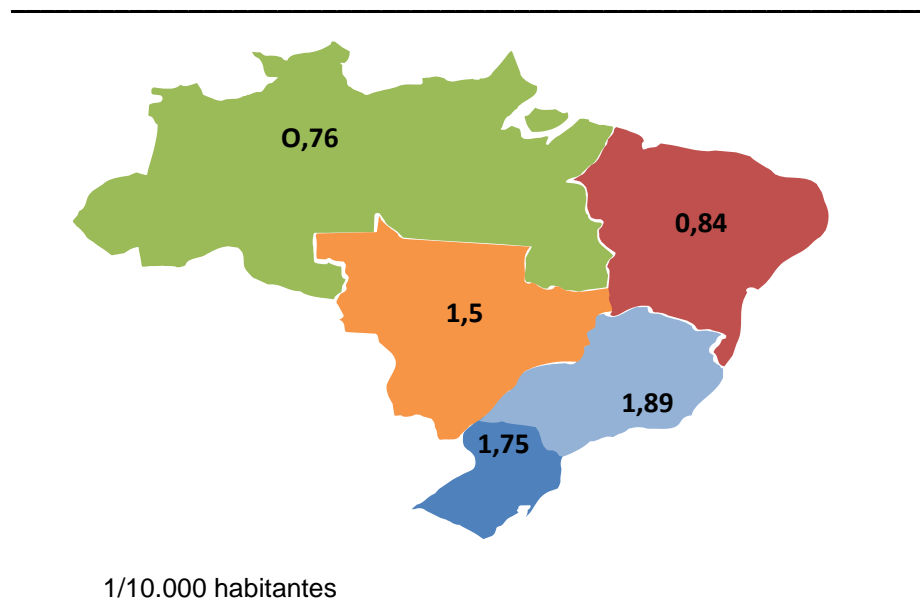


Figura 2. Cobertura assistencial de terapia intensiva por regiões <sup>15,111,112</sup>

Neste momento, houve limitação em identificar o quantitativo de leitos efetivos credenciados aos SUS por Estado e, conseqüentemente, por região brasileira. Como já descrito anteriormente, os dados do CNES não condizem com a realidade expressa por outras fontes do Ministério da Saúde e da AMIB.

A partir dessa constatação, foram solicitadas informações detalhadas junto a Assessoria de Imprensa do Ministério da Saúde, setor responsável pela divulgação de dados da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar-CGAH. Não foi obtido sucesso no retorno da demanda, com alegação de que somente as informações já publicadas foram autorizadas para divulgação.

Feito novo contato diretamente com a CGAH, no setor da Coordenação de Alta Complexidade em Saúde. Inicialmente, houve interesse em repassar as informações, condicionada à liberação por parte do coordenador geral do setor. Posteriormente, a coordenação optou pelo sigilo das informações. Os contatos telefônicos e endereços eletrônicos utilizados estão disponíveis a todos os cidadãos através da “*homepage*” do Ministério da Saúde.



Optou-se então por não realizar o cálculo da cobertura assistencial dos leitos credenciados ao SUS por região brasileira. Caso fossem considerados somente os leitos credenciados em cada região, o resultado seria ainda menor, visto que os valores da cobertura geral dos leitos credenciados ao SUS ficaram abaixo do mínimo exigido - 0,89 leitos para cada 10.000 hab. Dado a dificuldade em desmembrar o serviço público do serviço privado, será descrito a seguir o perfil do sistema privado de saúde no Brasil.

### A Saúde Suplementar

Conforme dados do CNES<sup>14</sup>, 70% de todos os serviços de saúde do Brasil pertencem à iniciativa privada e 27% ao setor público. Segue no Gráfico 3 a classificação dos serviços de saúde quanto à entidade mantenedora.

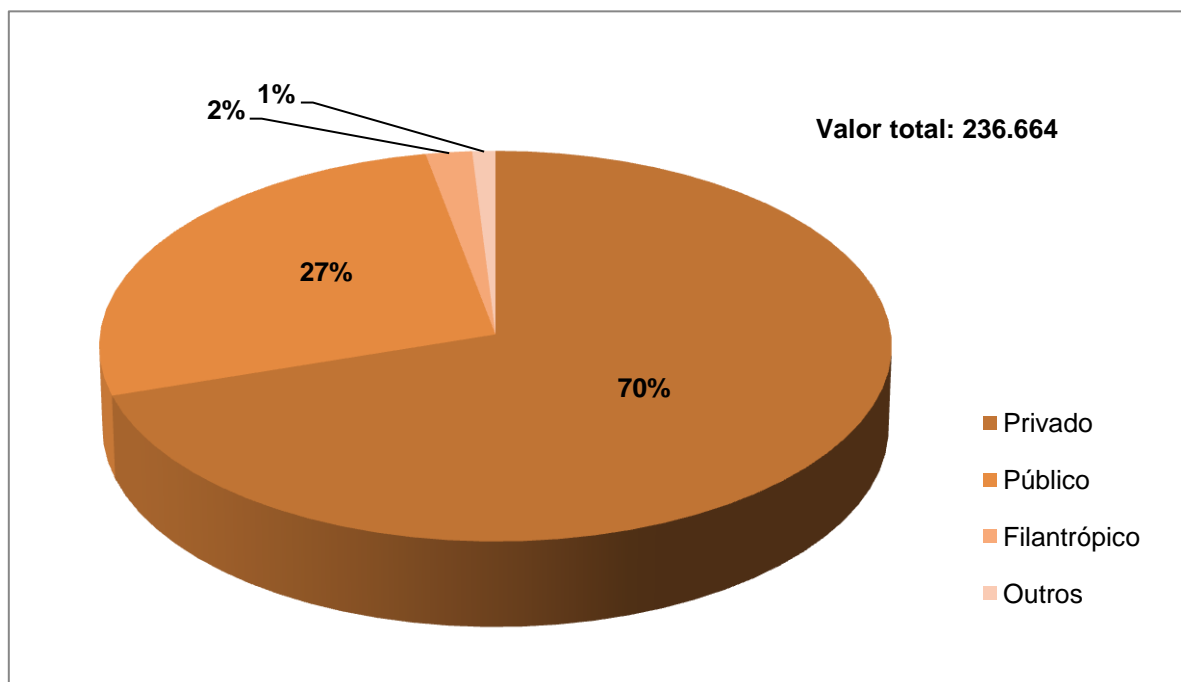


Gráfico 3. Total de estabelecimentos de saúde no Brasil, segundo a mantenedora – 2010 <sup>14</sup>

Observou-se que 70% dos serviços de assistência à saúde no Brasil pertencem à iniciativa privada (Gráfico 3). Quanto aos leitos de terapia intensiva, 37% pertencem à iniciativa privada, e 27% são públicos (Gráfico 1). Desde 1998 o

Ministério da Saúde tem se dedicado ao tema da terapia intensiva. Inicialmente priorizou o credenciamento de novos leitos de UTI, bem como a reclassificação de leitos que eram considerados de menor complexidade <sup>112,113,114</sup>. Conforme a Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República, através do Boletim 1285 de 2011 informou um investimento anual de R\$ 96,5 bilhões na reclassificação e habilitação dos leitos públicos e privados <sup>114</sup>. Observa-se que as informações sobre os gastos com saúde pública e privada são divulgadas juntas, o que confirma a integração entre os dois sistemas de saúde.

Em relação aos planos de saúde, o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde traz 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 em 2010 <sup>115</sup>.

Kanamura & Viana<sup>116</sup> afirmam que 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. Segundo dados da ANS<sup>115</sup>, a taxa de cobertura geral da medicina suplementar no Brasil está em 24,4%. É possível observar que as regiões mais desfavorecidas economicamente - Norte, Nordeste e parte da Centro-Oeste - possuem as menores coberturas de planos privados de assistência à saúde (5% a 10%).

A Figura 3 ilustra a distribuição dos usuários da medicina suplementar no Brasil.

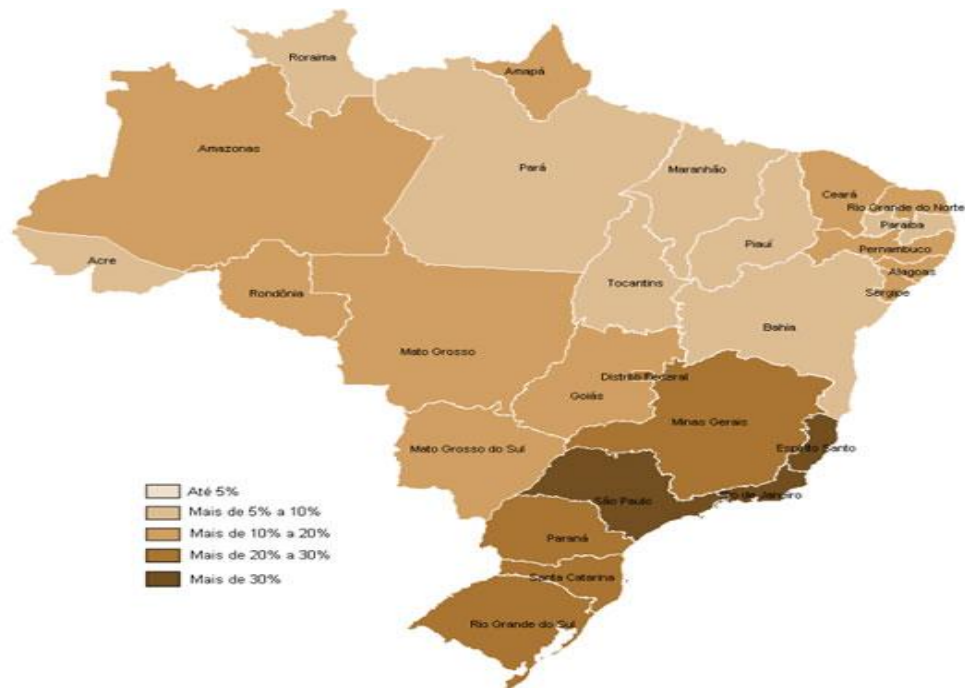


Figura 3. Cobertura assistencial dos planos de saúde no Brasil – 2011 <sup>115</sup>

Dentre os brasileiros detentores de seguro saúde, 76,1% participam na categoria de plano coletivo de saúde, ou planos empresariais; 20,7% possuem planos individuais e 3,1% não informaram. Vale lembrar que várias são as modalidades dos planos de saúde, e algumas delas não assume o atendimento em todos os níveis de complexidade <sup>115</sup>.

## 5.5. INVESTIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Mesmo que a vertente do gasto em saúde no Brasil não esteja entre os objetivos desta pesquisa, buscaram-se dados que servissem de subsídios para entender o que acontece com a saúde do país que representa a sétima economia mundial <sup>15</sup>.

Em 2008, o Brasil teve o Produto Interno Bruto-PIB - soma de todas as

riquezas do país - estimado na cifra de 2,889 trilhões de reais, e os gastos públicos com saúde pública representou 3,62% deste valor, sendo que 1,62% de contribuição foram da União; 0,97% dos Estados; e 1,07% dos Municípios <sup>15,117</sup>. Em 2010, o Brasil gastou 4% do PIB com saúde pública <sup>15</sup>.

Os Estados Unidos tiveram um PIB de 13.776.472 milhões de dólares em 2007 e gastos públicos com saúde de 6,8% do PIB e a Alemanha obteve um PIB de 3.317.377 milhões de dólares com gastos públicos com saúde de 8,7% em 2003 <sup>117</sup>. Os países desenvolvidos investem pelo menos 6% de seu PIB no setor público de saúde, com isto, 60% a 70% do que é gasto com saúde é de responsabilidade dos governos. No caso do Brasil, 42% do gasto com saúde é de responsabilidade do governo <sup>15,117</sup>.

Sobre a questão, a Emenda Constitucional-EC 29/2000 veio estabelecer a vinculação constitucional de receitas e de gastos com a saúde nos três níveis de governo através dos seguintes valores: Estados, 12% da receita de impostos e transferências constitucionais e legais; Municípios, 15% da receita de impostos e transferências constitucionais e legais; União, o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB <sup>117</sup>.

Após a EC N°29 houve um aumento dos gastos com saúde, porém, ainda muito distante para alcançar os valores ideais <sup>117</sup>. O Brasil gasta muito pouco com saúde pública, sendo que em 2010 gastou 4% do PIB. Somando o setor privado de saúde - planos de saúde e gastos particulares -, o total dos gastos com saúde no Brasil chega a 8,4% do PIB. No entanto, ainda abaixo da média dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (composto por 34 países desenvolvidos e em desenvolvimento, do qual o Brasil não é membro) que aplicam 9% de suas riquezas na área <sup>118</sup>.

A Câmara dos Deputados colocou em pauta de votação no mês de outubro de 2011 a efetiva regulamentação da EC N°29. Os Deputados alertaram para a necessidade urgente de aumentar a verba destinada à área, com a possível criação de um novo imposto <sup>118</sup>.

## 6. DISCUSSÃO

Antes de iniciar a reflexão sobre os resultados, faz-se necessário relatar a dificuldade encontrada em relação às divergências nas informações disponíveis em bases de dados de órgão nacionais, como o CNES (Figura 1), informativos do Ministério da Saúde e AMIB. Além disto, outra limitação identificada foi em relação à identificação do quantitativo de leitos de UTI privados credenciados ao SUS por Unidade Federativa e, conseqüentemente, por região brasileira. A ausência de algumas informações limitaram informações precisas sobre a verdadeira cobertura assistencial do SUS nas regiões brasileiras. Mesmo considerando o total geral de leitos de UTIs privados e públicos foi possível verificar que duas grandes regiões têm cobertura assistencial abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde e AMIB.

Constatou-se que existem dados da AMIB e do Ministério da Saúde sobre o quantitativo de leitos de UTI por Estado e por regiões geográficas, mas sem informações sobre o total efetivamente credenciado junto ao SUS. Os limites entre as informações dos serviços públicos e privados são realmente indefinidos, o que nos motiva a concordar com as informações da literatura<sup>9,44,50</sup>.

Vale ressaltar que para calcular a cobertura assistencial proposta pela Portaria nº1101 e AMIB deve ser considerado a população brasileira total ou toda a população de cada grande região, pois todos os brasileiros são usuários do SUS. Ao considerar somente 80% da população, estaríamos excluindo os detentores de planos de saúde, que por sua vez podem ser usuários dos serviços públicos de saúde.

A pesquisa bibliográfica inicial evidenciou que existe uma preocupação entre os pesquisadores latino-americanos em relação à saúde pública. Talvez as mesmas questões sociais e políticas que motivaram a realização desta pesquisa sejam também a causa do referido resultado. Ademais, foram feitas algumas inferências baseadas nos resultados desta pesquisa, e que certamente merecem reflexão por parte da Bioética Social, uma vez que promovem e/ou são geradoras de fragilidade humana. São elas:

- baixa cobertura assistencial em duas grandes regiões brasileiras;
- barreira de acesso, dado a indisponibilidade de leitos em duas grandes regiões;
- iniquidade em saúde, relacionada ao déficit de leitos para a população mais desfavorecida, região Norte e Nordeste;
- déficit de informações sobre leitos credenciados ao SUS, por Estado e região ( indefinição entre o público e privado).

Para validar a reflexão sobre os resultados, foram utilizadas duas categorias expressas na DUBDH, a saber: equidade em saúde e o respeito pela vulnerabilidade humana. O terceiro ponto tratado na discussão refere-se ao fortalecimento destes vulneráveis em trabalhadores sociais, visando à inclusão social.

A discussão foi organizada de forma em que permitisse a interpretação dos resultados e a análise Bioética. Assim, toda essa relação entre política e saúde emerge na interface entre biológico e o político-econômico, isto é, entre campos dos quais se manifesta um interesse crescente pela Bioética <sup>119</sup>.

## 6.1 EQUIDADE EM SAÚDE

Considerando os objetivos propostos neste estudo, este item não só atende a um deles, como também promove a reflexão Bioética sobre a necessidade de valorização de uma vertente ética em saúde pública, a equidade em saúde.

Segundo Nunes<sup>61</sup>,

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. Políticas de alocação de recursos que se pretendam mais equitativas, devem ser avaliadas, em um primeiro momento, pela seleção das necessidades (2004, p. 13).

A equidade reconhece que os indivíduos são diferentes entre si, e, portanto, merecem tratamento diferenciado de modo a reduzir as desigualdades existentes,

ou seja, os indivíduos mais pobres necessitam de uma parcela maior de recursos públicos do que os ricos<sup>57,120</sup>.

No tocante à cobertura assistencial geral de terapia intensiva no Brasil (total de leitos públicos e privados para toda a população), foi observada uma boa cobertura assistencial. Além disto, as regiões Sudeste, Nordeste e Sul possuem respectivamente, os maiores percentuais de leitos de UTI do Brasil (Tabela 3). Então, seria possível afirmar que estes valores asseguram um atendimento equânime à população?

Faz-se necessário estar atento no momento de análise dos números, pois todos os leitos de UTI não estão disponíveis aos usuários do SUS, bem como, um resultado isolado sobre o percentual da quantidade de leitos em cada região não mostra a verdadeira realidade do acesso ao serviço. Assim, estas informações devem ser analisadas em relação à população da área ou região.

Ao analisar o total de leitos credenciados ao SUS (ANEXO A), ou seja, o total de leitos de UTI realmente disponíveis aos usuários, a cobertura assistencial foi reduzida abaixo do mínimo de 4% do total de leitos hospitalares, preconizado pelo Ministério da Saúde. Esta é a forma mais justa de realizar o cálculo, considerando os usuários do SUS e os usuários da saúde suplementar, pois todos são possíveis usuários.

Quanto à cobertura assistencial nas grandes regiões, as melhores coberturas foram observadas nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, respectivamente; enquanto que as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores coberturas (Tabela 3). Mesmo que o Nordeste tenha duas vezes mais leitos de UTI que o Centro-Oeste, ainda apresenta uma baixa cobertura assistencial de menos de 1 leito para cada 10.000 hab. preconizado pela AMIB ou abaixo dos 4% do Ministério da Saúde.

Era esperado que as regiões de maior desenvolvimento sócio-econômico-cultural tivessem uma melhor cobertura, dado a maior capacidade de participação e reivindicação da população e a disponibilidade de recursos para a saúde. Conforme

informações do IBGE<sup>15</sup> a participação das regiões no PIB em ordem decrescente é: Sudeste, Sul, Centro-Oeste; Nordeste e Norte. Ao relacionar a cobertura assistencial e o PIB, observa-se que a cobertura diminui proporcionalmente conforme o valor do PIB de cada região.

Sob a perspectiva ética, a condição de pobreza e desigualdade pode ser vista como resultado de uma distribuição injusta de bens, benefícios e recursos<sup>121</sup>. Dados do PNAD-IBGE<sup>110</sup> evidenciam que houve uma evolução positiva dos indicadores sociais de todas as regiões 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 da taxa de analfabetismo. Mesmo assim, ainda muito abaixo do considerado aceitável.

Para entender a dimensão da vulnerabilidade das regiões mais carentes, serão descritas algumas informações do PNAD-2008, uma vez que os dados de 2010 estavam parcialmente disponíveis<sup>110</sup>:

- a taxa de analfabetismo das pessoas com mais de 15 anos caiu de 14,7% para 10%, no entanto, persiste um número elevado de pessoas que não sabem ler ou escrever: em números absolutos, dos pouco mais de 14 milhões de analfabetos brasileiros, quase 9 milhões são pretos e pardos e mais da metade residia no Nordeste. Enquanto o percentual de brancos entre os estudantes de 18 a 24 anos de idade no nível superior era de 57,9%, o de pretos e pardos alcançava 25%, evidenciando também a enorme diferença de acesso e permanência dos grupos raciais neste nível de estudo;
- a média nacional de domicílios urbanos com atendimento simultâneo de serviços de saneamento através de rede geral de abastecimento de água com canalização interna, estar ligado à rede geral de esgotamento sanitário e/ou rede pluvial e com serviço de coleta de lixo diretamente no domicílio era de 62,4%. Para as grandes regiões, o quadro é revelador de grandes desigualdades: na Região Norte, 16,1%; no Nordeste, 37,6%; no Sudeste, 83,7%; no Sul, 63% e no Centro-Oeste, 34,8%;
- 20,5% dos domicílios brasileiros informaram possuir ao mesmo tempo iluminação elétrica, telefonia fixa, computador, geladeira, televisor em cores e



máquina de lavar. Quando a este conjunto se inclui acesso à Internet, este percentual cai para 17,6%. Mais uma vez, fica evidente o peso das desigualdades regionais. Nas Regiões Sudeste e Sul, entre 26% e 27% dos domicílios possuíam simultaneamente iluminação elétrica, telefonia fixa, computador, geladeira, televisor em cores e máquina de lavar; enquanto que no Norte e Nordeste esta proporção cai para 7% a 8%;

- a distribuição de renda no país é bastante desigual, sendo que metade das famílias nordestinas vivia com até R\$ 214,00, enquanto na Região Sudeste o valor do rendimento mediano girava em torno de R\$ 441,00.

A situação socioeconômica é o fator que mais tem contribuído para a desestruturação das famílias, repercutindo diretamente nos mais vulneráveis deste grupo, os filhos, as principais vítimas da injustiça social. A pobreza, a miséria, a falta de perspectiva de um projeto existencial que vislumbre a melhoria da qualidade de vida, impõe a toda a família uma luta desigual e desumana pela sobrevivência <sup>110</sup>.

O Norte e o Nordeste são as regiões mais vulneráveis do Brasil<sup>110</sup>, e ao mesmo tempo são as regiões que possuem as menores coberturas assistenciais em terapia intensiva do país. Sob a ótica da equidade em saúde, constata-se a típica iniquidade em saúde, dado a desigualdade injusta na oferta de leitos que poderia ser evitada.

Segundo Ribeiro & Zoboli<sup>121</sup>, a concepção de justiça - a partir do princípio da igualdade - inicialmente concebida por Aristóteles foi retomada e inserida principalmente no debate sobre filosofia política e economia, causando grande influência entre os especialistas que se dedicam às questões de distribuição de renda e recursos, ética e bioética, ou, em sentido geral, à discussão sobre a pobreza e riqueza no mundo atual.

O americano John Rawls<sup>122</sup> desenvolve um critério que caracteriza a “desigualdade justa” inerente à equidade quando o tratamento desigual é benéfico aos indivíduos mais carentes. Ele entende que a justiça é uma virtude primária das instituições sociais, fruto da cooperação humana que deve pretender a realização de

benefícios mútuos. A justiça é a principal virtude das instituições sociais como a verdade é aquela dos sistemas de pensamento.

A desigualdade justa opõe-se à noção utilitarista de que justiça na alocação de recursos seja determinada por suas consequências sobre a soma das utilidades que resulta em maior número de utilidades individuais. Em síntese, considera como sendo uma alocação justa, aquela que possui maior capacidade de aumentar o nível de utilidade dos indivíduos (política voltada a atingir o maior número de pessoas possível) em condições de vulnerabilidade social <sup>122</sup>.

A Bioética da Intervenção defende que a Bioética em países periféricos tenha como orientação a diminuição das iniquidades existentes, protegendo os mais necessitados <sup>123</sup>. Um dos frutos resultado da “luta” desta vertente latino-americana, foi a inclusão do princípio da equidade dentre um dos objetivos da DUBDH <sup>18</sup>.

A linha utilitarista é defendida pela Bioética da Intervenção, e de forma alguma tem a intenção de fazer oposição ao princípio da equidade. Defende que no campo público e coletivo a priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo e que resultem nas melhores consequências, com exceções pontuais a serem discutidas. Quando Garrafa & Porto <sup>123</sup> afirmam haver exceções que devem ser pontuadas, certamente estariam se referindo aos contextos de desigualdade e vulnerabilidade social.

Granja, Zoboli & Fracoli <sup>124</sup> identificam valores que são pilares para a construção da equidade como um princípio do SUS: a justiça social, que não se restringe à ideia de alocação de recursos por meio de exclusão seletiva de procedimentos, mas sim pela priorização dos mais vulneráveis; a igualdade, que representa a possibilidade de todos desenvolverem uma capacidade de ser saudável, de viver a vida com dignidade e de se fortalecerem para a autonomia nas decisões; o acesso universal, que se relaciona à consolidação do SUS e à saúde como direito social de cidadania e a priorização dos que mais necessitados, em que a equidade assume uma dimensão ética e política ao propor a diminuição de diferenças evitáveis, por meio de uma assistência à saúde compatível com a dignidade humana.

Entretanto, o que se observa ao analisar as práticas das políticas públicas sanitárias no País é que as decisões de priorização de recursos públicos muitas vezes mesclam os princípios utilitaristas e o princípio da equidade em saúde <sup>57</sup>. Enquanto isso, a pobreza e a desigualdade clamam por respostas claras e ações engajadas de resgate da dignidade do ser humano e em defesa da vida ameaçada e da cidadania plena para todos <sup>121</sup>.

As desigualdades são redutíveis, isto é, desnecessárias, e vinculadas às condições heterogêneas de vida <sup>120</sup>. Faz-se necessário a valoração e valorização do princípio ético da equidade em saúde, pois as regiões brasileiras mais carentes merecem mais “cuidados” por parte dos profissionais, gestores, governantes e da própria sociedade organizada.

## 6.2 RESPEITO PELA VULNERABILIDADE HUMANA

Os resultados sobre a iniquidade na oferta de leitos de UTI nas Regiões Norte e Nordeste remete o pensamento à necessidade de análise sobre a vulnerabilidade, uma categoria muito discutida na atualidade. No âmbito da Bioética, o primeiro texto em que a noção de vulnerabilidade surgiu como uma significação ética foi no já citado “*Belmont Report*” (Relatório Belmont) <sup>23</sup>. Depois, a vulnerabilidade foi introduzida para classificar de forma particular e em termos relativos às pessoas e também às populações em situação de fragilidade <sup>125</sup>.

Macklin <sup>126</sup> formula a seguinte pergunta: o que torna os indivíduos, os grupos e os países vulneráveis? As pessoas vulneráveis são pessoas relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses. Podem ter poder, inteligência, educação, recursos, forças insuficientes ou outros atributos necessários à proteção de seus interesses. Conclui que diante de tal definição, a principal característica de vulnerabilidade seria a liberdade limitada, mostrando que os grupos específicos poderiam ser considerados vulneráveis e susceptíveis.

Em conclusão de um estudo sobre o conceito de vulnerabilidade, Sánchez & Bertolozzi<sup>127</sup> colaboram com a questão da vulnerabilidade social ao enfatizarem que seu conceito supera o caráter individualizante do clássico conceito de risco, e apontam a vulnerabilidade como um conjunto que abrangem aspectos coletivos que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos. Enfatizam que o conceito também leva em conta aspectos que dizem respeito à disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção das pessoas.

Para contextualizar o pensamento, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome<sup>128</sup> mostra algumas informações sobre a vulnerabilidade da qual falamos. No Brasil existem 16,2 milhões de cidadãos (8,6% do total) vivendo na situação de miséria extrema ou com um ganho mensal de até R\$ 70. 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%).

Além do resultado de déficit de leitos nas regiões vulneradas entende-se que os cidadãos (76%) que dependem diretamente de um leito de UTI no SUS, encontram-se em situação de vulnerabilidade, uma vez que a minoria da população (24%) detentora de seguros de saúde possui uma oferta maior de leitos de UTI privados (37%) (Gráfico 1, Gráfico 3, Figura 3). No momento em que a Constituição Federal não estabeleceu diretrizes para a medicina privada pode ter causado um impacto negativo sobre a saúde dos brasileiros, em decorrência da estrutura produtiva do mercado de saúde<sup>9,43</sup>.

Neste sentido, existe um debate sobre a necessidade de se diferenciar os conceitos de vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração. Segundo Arán & Peixoto Jr.<sup>129</sup>, esta questão torna-se o centro nevrálgico da reflexão Bioética contemporânea, a qual só poderá ser elucidada a partir da contextualização político-econômica. 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<sup>130</sup>. Outra questão é que nem todas as pessoas potencialmente ou virtualmente vulneráveis, são vulneradas concretamente<sup>131</sup>. Assim, indivíduos e populações são momentaneamente excluídos do estado de direito, perdendo o seu valor<sup>129</sup>. Esta é a análise que se faz do parágrafo anterior.

Um resultado que chamou atenção é o fato da Região Centro-Oeste ter uma boa participação no PIB nacional (3º PIB), além de ter uma cobertura assistencial entre o valor recomendado (1,5 leito para cada 10.000 hab.), estar enfrentando uma crise na oferta de leitos de tratamento intensivo (Figura 4). Certamente esta informação evidencia que o cálculo sobre a cobertura assistencial por regiões realmente deve ser realizado utilizando somente os leitos credenciados ao SUS, o que não foi possível devido à limitação das informações. A figura 4 ilustra uma nota do Ministério Público Federal-MPF sobre a situação da terapia intensiva no Estado de Goiás.

Figura 4. Homepage do MPF. Déficit de leitos de UTI leva MPF a processar a União de Goiás, 2011

The screenshot shows the homepage of the Ministério Público Federal (MPF) in Goiás. The browser window title is "Déficit de leitos de UTI leva MPF a processar a União em Goiás - Windows Internet Explorer". The address bar shows the URL: <http://www.prgo.mpf.gov.br/direitos-do-cidadao/noticias/436-deficit-de-leitos-de-uti-leva-mpf-a-processar-a-uniao-em-goias.html>. The page features a navigation menu with links like "Página Principal", "Institucional", "Procuradores", "Concursos", and "Procuradorias nos Municípios". A search bar is present with the text "você está aqui: Início > Direitos do Cidadão > Notícias > Pesquisa busca". The main content area displays a news article titled "Déficit de leitos de UTI leva MPF a processar a União em Goiás" dated "Qua, 13 de Abril de 2011 17:26". The article text states: "Para suprir a demanda de tratamento em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) em Goiás, seriam necessários, no mínimo, 531 leitos no SUS, porém só existem 458 (dados da Secretaria Estadual de Saúde). O déficit de 73 leitos e as dificuldades da população que necessita de serviços de terapia intensiva levou o Ministério Público Federal (MPF/GO), pela Procuradoria da República em Goiás, a mover ação civil pública (com pedido de liminar) contra a União, o Estado de Goiás e o Município de Goiânia, resultado de dois procedimentos administrativos e um inquérito civil público." The Windows taskbar at the bottom shows the date as 31/12/2011 and the time as 17:10.

Fonte: "Site" do Ministério Público Federal<sup>132</sup>

Além do Estado de Goiás, o Distrito Federal-DF também não escapa do alvo da mídia local. Em 22 de setembro de 2011, o Correio Brasiliense<sup>133</sup> divulgou notícia de que os leitos de UTIs serão duplicados até o fim do ano de 2012, com objetivo de

reduzir a dependência da rede particular e acabar com a “avalanche” de ações judiciais de pacientes que buscam por atendimento.

Estudo realizado na Cátedra UNESCO de Bioética e apresentado no IX Congresso Brasileiro de Bioética - “análise Bioética sobre o acesso dos usuários às unidades de terapia intensiva do Distrito Federal” - tenta entender o porquê do atual déficit de leitos de UTI em uma região que representa o sétimo PIB brasileiro <sup>134</sup>. Como resultado, constatou que existe a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e seu entorno-RIDE/DF que tem como objetivo promover o desenvolvimento desta regional. O Entorno do DF cresceu de forma rápida - três vezes em sete anos - e a estrutura de atendimento não acompanhou a evolução populacional. Assim, para os cálculos da cobertura assistencial dos leitos do DF deve ser considerada toda a população da RIDE/DF, fato que explica o déficit de leitos atual <sup>128</sup>.

Constata-se que existem outras variáveis além das de ordem econômica (barreiras geográficas - caso do DF e seu Entorno; recursos humanos - despreparados; organizacional - logística; política - falta de articulação entre gestores; culturais - população vulnerada e desempoderada) que podem influenciar o acesso aos leitos de UTI e gerar vulnerabilidade a população e aos profissionais de saúde.

Uma questão que limita o acesso aos serviços são os desafios enfrentados pelas políticas públicas desde a sua elaboração - barreiras político-administrativas -, pois 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 <sup>103</sup>.

Após reconhecer os desafios enfrentados pelos gestores, destaca-se também o posicionamento de Schramm citado por Kottow <sup>131</sup>, 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. Assim, a Bioética de Proteção proposta por Schramm também analisa o contexto social e enfatiza que o governo tem o compromisso de proteger todos os

membros da sociedade diante de qualquer política, independente da estrutura de Estado<sup>35,131</sup>.

Foi possível verificar que após a EC-29 os investimentos com saúde aumentaram, mas ainda não ultrapassam 4% do PIB, ou seja, 5% a menos do que investem os países desenvolvidos. O Brasil não será um país de primeiro mundo sem que melhore as condições de saúde da população. Dados do PNAD-2008<sup>110</sup> evidenciam que o Brasil é a 7ª economia do mundo e a 78ª em mortalidade infantil. Neste sentido, surge o questionamento: o problema da saúde seria financeiro ou em dificuldade do governo em identificar prioridades nos gastos públicos?

A situação de saúde atual é característica de um sistema socioeconômico construídas com bases no capitalismo<sup>64</sup>. Recentemente, estudo Bioético sobre a colonialidade faz crítica à modernidade e ao modo específico de exercício de poder, com uma maneira peculiar de articular conhecimentos para a validação do modo de exercê-lo, sendo que essa ideia impõe padrões econômicos, políticos, morais e epistemológicos sobre povos vulneráveis<sup>31</sup>.

Assim, os atuais problemas de saúde são reflexos da instituição de uma Política Nacional de Saúde que privilegiou o abandono das práticas coletivas<sup>41</sup>. O déficit de leitos de UTI pode estar diretamente associado ao processo. Uma política que proporcionou a ampliação de práticas médicas com características assistencialistas com criação de um complexo médico-industrial privado que se alicerçou no poder público<sup>63</sup>. Ponto de extrema relevância é que as práticas preventivas e coletivas são essenciais para que sejam evitadas as complicações que levam grande parcela dos cidadãos às UTIs. A prevenção em saúde foi empregada inicialmente pela medicina preventiva, referindo-se à situação em que condutas são tomadas com o objetivo imediato de que não ocorra o processo saúde-doença<sup>135</sup>.

A Bioética lança mão dos Quatro "Ps" - prudência (em relação aos avanços da ciência), prevenção (evocada em situações em que se desconhecem os riscos envolvidos), precaução (frente aos riscos potenciais e reais criados pelo avanço tecnológico) e a proteção (objetiva trabalhar o tema da vulnerabilidade, da proteção indispensável aos mais frágeis), para o exercício de uma prática Bioética

comprometida com os mais vulneráveis e com a “coisa” pública <sup>26</sup>. Para a questão em estudo, a prevenção seria o referencial que busca a ação que antecipa o dano ou iatrogenias em saúde; representando um desafio para todos, especialmente para o setor privado da saúde <sup>136</sup>. Sem as ações de prevenção e de promoção, os sistemas de saúde continuarão incapazes de responder às necessidades de cobertura para uma população que demanda cada vez mais de cuidados hospitalares.

O setor privado tem avançado na gestão de sistemas regulatórios fortemente informatizados, porém, quando utiliza das ações de prevenção primária, ainda as fazem de maneira ineficiente. É frequente encontrar planos de saúde que resume as atividades de prevenção em palestras na sala de espera que não demonstram preocupação com a manutenção da saúde <sup>136</sup>.

Vecina Neto & Malik <sup>136</sup> enfatizam que não é simples padronizar condutas de assistência ao mesmo tempo em que o foco da discussão é o ganho financeiro de empresas, de profissionais e até operadoras de saúde. Observou-se então que são vários os contextos que proporcionam a geração de iniquidades em saúde, além de serem também fatores de vulneração humana.

O Princípio do Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual foi consagrado no Artigo 8 da DUBDU <sup>18</sup>, que visa garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em relação as quais os indivíduos perdem sua autonomia e se tornam vulneráveis. Assim, 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 <sup>125,130</sup>.

O próximo tópico - 5.3 - colabora com um pensamento da Bioética que tem intenção de superar ou minimizar as situações de vulnerabilidade humana, ou seja, promover a inclusão social através do exercício social consciente dos próprios sujeitos vítimas da exclusão. Antes de iniciar, deixo duas perguntas a título de reflexão:



- i) por que as Regiões Sudeste e Sul têm boa cobertura assistencial em terapia intensiva (1,9 e 1,7 leito para 10.000 hab.)?
- ii) qual seria o diferencial da população e dos gestores dessas regiões. Seria apenas econômico?

### 6.3 OS VULNERÁVEIS FORTALECIDOS EM TRABALHADORES SOCIAIS

A reflexão bioética sobre o fortalecimento dos vulneráveis em trabalhadores sociais veio como proposta de fortalecimento social. Segundo Freire<sup>137</sup>, 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 radical da sociedade.

A busca pela superação da exclusão social implica em aumentar as capacidades dos vulneráveis, na medida em que o fortalecimento social passa a ser um caminho para se alcançar esse objetivo <sup>28</sup>. 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.

Uma 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 <sup>28,138</sup>. Suprimir a dependência é pré-condição para a emancipação, e isto vale tanto para a pessoa quanto para o Estado. É nesta concepção que a categoria emancipação se presta à Bioética como ferramenta ou veículo para direcionar a luta pela libertação e para colocar essa luta na dimensão coletiva <sup>28</sup>.

O empoderamento é outra ferramenta utilizada de forma contextual, no sentido de só poder ser definido a partir de aspectos sociais, culturais, econômicos e históricos de determinada localidade; sendo localizado e estratégico, ou seja, atua apenas num contexto de vulnerabilidade e procura as causas estruturais desta vulnerabilidade <sup>28,139</sup>. Já Paulo Freire denomina de libertação a ideia do empoderamento. Libertação implica em mais do que o simples reconhecimento da existência do poder <sup>28,138</sup>, ela necessariamente aponta para o local aonde se instala a força capaz de obrigar à sujeição e a fragilidade <sup>28</sup>.

A busca pela superação da pobreza e exclusão social implica no fortalecimento das capacidades dos vulneráveis para que possam transformar as relações de poder <sup>138</sup>. O fortalecimento social do qual a Bioética participa teve seu reconhecimento após o processo de democratização da saúde. Com a lei 8142, lei sobre a participação da sociedade na gestão do SUS, os brasileiros adquiriram o “poder” de fiscalizar o atual sistema de saúde. Assim, foram criadas duas instâncias colegiadas - os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde - com o intuito de concretizar a diretriz de participação da comunidade na gestão do SUS <sup>52</sup>.

Essas arenas deliberativas se distinguem por um desenho que as qualifica como espaços formais de democracia, na medida em que delas devem fazer parte os representantes de organizações e da sociedade civil. Esta, por sua vez, para poder participar com o intuito de desenvolver variadas estratégias de fortalecimento do associativismo, recrutamento de membros mais preparados, envolvimento nas temáticas do bom governo em geral e da saúde em particular <sup>140</sup>.

Conforme Labra & St. Aubyn<sup>140</sup>, a Constituição de 1988 incorporou importantes dispositivos democráticos que contemplam a participação direta e indireta do povo nas decisões de governo mediante o referendo, moções de iniciativa popular e integração da sociedade civil organizada a instâncias de elaboração das políticas sociais.

As Conferências de Saúde têm como objetivo a definição de diretrizes gerais para a política de saúde, devendo ser realizadas nacionalmente a cada quatro anos e contar com ampla participação da sociedade, com representação

dos usuários paritária a dos demais segmentos - prestadores de serviços, representantes do poder público e dos profissionais de saúde. Já os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados em cada esfera por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários, sendo que este último deverá constituir no mínimo metade dos conselheiros. Suas atribuições serão de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde <sup>52</sup>.

Ainda que a composição dos conselhos deva ser o mais plural possível, e é importante que os conselheiros trabalhem para construir consensos efetivamente voltados para a consolidação dos princípios do SUS, evitando que prevaleçam interesses de segmentos específicos, ou que ocorram polarizações e confrontos político-partidários, corporativos e particulares <sup>58</sup>.

A estrutura dos Conselhos deve representar um exemplo de como a democracia participativa é fundamental na legitimação das decisões sobre a gestão da saúde pública. Sua atuação avança para além da deliberação técnica e jurídica, alcançando a dimensão dos conflitos morais, onde elas são reorientadas à luz de uma ordem de deliberações que pode ser denominada moral <sup>141</sup>.

Para a superação do antigo modelo vertical da saúde, foi necessário um esforço conjunto da sociedade e do Estado baseado em uma relação de diálogo permanente e de respeito à autonomia dos movimentos sociais com vistas ao processo democrático <sup>142</sup>. A ideia foi “lançada” e regulamentada, e agora, a efetivação da verdadeira participação do trabalhador social é que deve ser alcançada.

Segundo Garrafa<sup>28</sup>, não basta que os cidadãos ocupem postos ou realize funções sem estarem devidamente munidos de conhecimento para tal, pois um cidadão sem emancipação fica susceptível a dominação devido à falta de argumentação e diálogo. Shimizu & Pereira<sup>58</sup> afirmam que a participação social não é garantida apenas com a instituição formal dos conselhos de saúde.

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 no Conselho, ou seja, governo; prestador de serviços; trabalhador e o cidadão-usuário sujeito de transformação social <sup>58</sup>.

Segundo a Secretaria de Comunicação da Presidência da República<sup>142</sup>, em 2011 foram realizadas mais de 500 reuniões com centrais sindicais, entidades representativas, movimentos sociais, organizações não governamentais, entidades de trabalhadores rurais, universidades, intelectuais e entidades estudantis. Estes encontros expressam o compromisso do Governo com a construção de um novo padrão de relacionamento com os diferentes setores da sociedade civil.

Assim, faz-se necessário o envolvimento de todos no processo de participação e transformação social: terceiro setor da economia - as ONGs (Organizações Não Governamentais), entidades filantrópicas, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, organizações sem fins lucrativos e outras formas de associações civis sem fins lucrativos; Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde; Conass e Conasems; Conselhos Universitários; Comitês de Ética e Bioética; RIDEs e Conselho Administrativo da RIDE-COADIDE; Gestores municipal, estadual e federal; com ênfase nos secretários municipal, estadual e ministro da saúde; Usuários e profissionais de saúde; Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação de Atenção à Saúde; Regulação de Leitos e Acesso à Assistência; dentre outros.

Em 25 de outubro de 2011, a Associação Paulista de Medicina organizou o movimento para debater sobre melhores condições de saúde no SUS - Movimento Saúde e Cidadania em Defesa do SUS -, onde participaram vários governantes, profissionais de saúde, representantes da sociedade civil e a imprensa. Sem dúvidas a sociedade e os meios de comunicação social podem contribuir com a propagação

das informações acerca dos direitos que os usuários da rede pública de saúde dispõem, além de fazer reivindicações de melhores condições <sup>143</sup>.

Segundo Novara<sup>144</sup>, os familiares, os relacionamentos com os amigos e com a vizinhança são considerados elementos normalmente usados como forma de responder a um problema social, e em muitos casos as pessoas que vivem em situação de pobreza colocam inteligentemente à disposição os talentos que possuem e que não foram desenvolvidos devido a sua condição social.

Portanto, o pobre é aquela pessoa que não tem possibilidade de desenvolver os talentos que recebeu, isto é, não possui o acesso às reais oportunidades que lhe permitiriam desenvolver todas as próprias potencialidades. Pode-se, assim, ser dignamente pobre e jogar com todas as possibilidades humanas que se tem para tentar responder a uma realidade. A dignidade da pessoa e o seu desenvolvimento humano são a finalidade última de cada tipo de intervenção <sup>144</sup>.

Em síntese, ainda falta muito caminho a percorrer para que os conselhos de saúde se tornem objeto de efetivo controle social. É necessário o envolvimento dos três setores da economia, motivados na busca do objetivo de reduzir as desigualdades regionais<sup>145</sup> e conseqüentemente resolver a problemática da saúde de alta complexidade. À medida que o trabalhador social vai ganhando “força” e se insere criticamente na ação transformadora, a conscientização surge e com ela aparecem os frutos da reconstrução social <sup>137</sup>.

[...] “a proposta inclusiva aqui desenvolvida passa pelo pressuposto que a ação social politicamente comprometida é aquela capaz de transformar a práxis social” <sup>28</sup> (2005, p. 127). Um sistema democrático que valoriza a participação social por si só não elimina as iniquidades em saúde, mas uma sociedade mais equânime e humana exige um sistema de participação política intenso <sup>140</sup>.

## 6.4 PARA NÃO CONCLUIR E CONTINUAR A REFLEXÃO

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 <sup>145</sup>. Ou seja, não pode fugir de todos os problemas socioeconômicos, nem pode fugir de todas as barreiras que dificultam o acesso aos serviços de alta complexidade no país.

O processo de mudança, segundo Freire<sup>145</sup>.

Mudança e estabilidade não são um em si, algo separado ou independente; não são um engano da percepção. Mudança e estabilidade resultam ambas da ação, do trabalho que o homem exerce sobre o mundo. Ao responder aos desafios, o homem cria seu mundo: o mundo histórico-cultural. Mundo de acontecimentos, de valores, de ideias, de instituições, da linguagem, dos sinais, dos símbolos; da ciência, da religião, das artes; mundo da relação de produção. E, finalmente, o mundo humano (2011, p. 60).

Como uma possibilidade de transformação da sociedade contemporânea na busca de soluções para os graves problemas que assolam a humanidade, Habermas<sup>146,147</sup> visualiza o resgate de uma racionalidade comunicativa em esferas de decisão do âmbito da interação social. Tendo em vista que o homem não reage simplesmente a estímulos do meio, atribui um sentido às suas ações e, graças à linguagem, é capaz de comunicar percepções, desejos, intenções, expectativas e pensamentos. Vislumbra a possibilidade de que através do diálogo o homem possa retomar o seu papel de sujeito.

Seguindo o modelo da ação comunicativa, Habermas apresenta a situação linguística ideal, o discurso. O discurso refere-se a uma das formas da comunicação ou da fala que tem por objetivo fundamentar as pretensões de validade das opiniões e normas em que se baseia implicitamente a outra forma da comunicação ou fala que chama de agir comunicativo ou interação <sup>146,147</sup>.

O processo de comunicação que visa o entendimento mútuo está na base de toda a interação, pois somente uma argumentação em forma de discurso permite o

acordo de indivíduos quanto à validade das proposições ou à legitimidade das normas. Por outro lado, o discurso pressupõe a interação, isto é, a participação de atores que se comunicam livremente e em situação de simetria <sup>146,147</sup>.

O diálogo e o consenso aparecem como ferramentas importantes no intercâmbio e discussão de para novas ideias; para a solução de problemas em um universo plural. Para que ocorra o processo de mudança faz-se necessário respeitar a contradição existente entre o relativismo e universalismo ético, a partir da dificuldade de estabelecer paradigmas Bioéticos universais (exceto os direitos humanos que são considerados universais) <sup>22</sup>.

A estrutura da lógica clássica, chamada de Lógica Aristotélica, é uma lógica do “terceiro excluído”, onde não há uma resposta certa ou errada, ou a verdade ou mentira. O princípio do terceiro excluído afirma que uma proposição é verdadeira ou é falsa, e não há uma terceira opção viável <sup>148,149</sup>. Em contrapartida, o método dialético básico é constituído dos elementos: tese, antítese e síntese dialética. A tese de um lado, chamada aqui de A; somada a antítese ou contraditório de B; que resulta em uma síntese de diálogo AB, sem que ocorra prejuízo a qualquer uma das partes envolvidas - “terceiro incluído” <sup>148</sup>.

Esta visão nos remete a um todo significativo que emerge de um diálogo constante entre a parte e o todo <sup>149</sup>. A síntese do diálogo proposta resultaria na resposta das divergências fundidas no chamado “terceiro incluído”, ou seja, uma resposta para a síntese das divergências e consequente solução de conflitos em Bioética. Assim, não existe o certo ou errado, existe o consenso.

A mensagem deixada promove a valorização do diálogo como fonte para a resolução de conflitos de qualquer ordem. Todas as opiniões devem ser consideradas na construção do “terceiro incluído”. Para isto, mesmo as mais simples opiniões, pensamentos expressos por trabalhadores sociais em “formação”, devem ser considerados no processo social de mudança.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

O momento de consolidação do sistema privado de assistência à saúde no Brasil se oficializou após a Lei 6.229 de 1.975, que regulamentou o Sistema Nacional de Saúde e consagrou a dicotomia entre setor público e o setor privado de saúde. O setor privado cresceu rapidamente, se alicerçando no poder público, seja através da renúncia fiscal ou na utilização do sistema público para o atendimento alta complexidade ou alto custo.

A Constituição Brasileira de 1988 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 um verdadeiro direito fundamental social <sup>33</sup>.

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.

Sobre a distribuição geográfica dos serviços de terapia intensiva foi possível identificar que a região Sudeste possui a maior quantidade de leitos, 53,8%; seguido pelas regiões Sul, 16,9% e Nordeste 16,8%. As menores quantidades de leitos estão nas regiões Centro-Oeste, que detém 7,6% e a Norte, 5% do total de leitos.

Quanto à cobertura assistencial geral de terapia intensiva no Brasil (todos os leitos públicos e privados), observou uma cobertura geral de 6% do total de leitos hospitalares, ou seja, entre o valor exigido pelo Ministério da Saúde (4% a 10%). Quando a análise é feita utilizando 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 ou menos de 1 leito para 10.000 hab., 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, com 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, a Nordeste e a Norte que dispõem das menores coberturas assistenciais em UTI do Brasil. O Artigo 10 da DUBDH<sup>18</sup> diz que a igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma equitativa.

O sistema privado dispõe de 70% do total dos serviços de saúde e de 37,6% dos leitos de UTI do Brasil, enquanto que 24% da população possuem planos ou seguros de saúde. Deste modo, um indivíduo que possui plano privado de saúde e que necessite de cuidados médicos em hospitais privados, teoricamente consegue atendimento, dado a representação da oferta de leitos e serviços privados de saúde.

A falta de leitos em UTIs é um problema recorrente e que impede com que várias pessoas, das mais variadas idades e classes sociais tenham respeitados os direitos Constitucionais previstos. Garantir o acesso aos serviços de saúde através do Poder Judiciário é um direito de todo cidadão, porém pode gerar uma sobrecarga e consequente desequilíbrio na previsão orçamentária no SUS. Mesmo assim, é dever do Estado realocar os 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 por meio da sociedade organizada e fortalecida. A regulamentação e aplicação plena da EC-Nº29 que determina o volume de recursos mínimos a serem aplicados em saúde pode auxiliar na obtenção

de mais recursos, e, conseqüentemente, aumentar o investimento em saúde pública que atualmente é de 4% do PIB brasileiro.

Cada pessoa, comunidade, por mais carente que seja, representa uma riqueza no sentido de desenvolver seus próprios talentos e a mover a responsabilidade pessoal para a solução dos problemas sociais. É necessário valorizar e reforçar aquilo que as pessoas já construíram em sua história, as relações existentes, reafirmar aquele tecido social e aquele conjunto de experiências que constitui o seu patrimônio de vida <sup>144</sup>.

Os Conselhos de Saúde, a sociedade civil organizada e os meios de comunicação possuem um importante papel de conscientização e fortalecimento social. Sem o esforço de todos, os graves problemas que atingem a rede de saúde pública brasileira não serão superados e não teremos o verdadeiro Estado democrático de direito. Todos os membros da sociedade são trabalhadores sociais em potencial, portanto, responsáveis pelo processo de reconstrução social.

Segundo Batagello, Benevides & Portillo<sup>141</sup>, o controle social é a expressão da ordem moral que insere os debates sobre os rumos do SUS na arena da moralidade, colocando em perspectiva a orientação estritamente científica e o formalismo jurídico, submetendo-os a uma análise de cunho democrático.

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 e assumirem uma posição digna e participativa na sociedade é uma constante no discurso da Bioética.

Espera-se que as reflexões a partir desta pesquisa possam contribuir com futuras discussões no meio acadêmico e possível contribuição para a resolução de problemas sociais, especialmente os relacionados ao acesso aos serviços de saúde no país, especialmente os de terapia intensiva.

## REFERÊNCIAS

1. Madureira CR, Veiga K, Santana AFM. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. Rev. Latino-americana de Enfermagem. 2003; 8(6):68-75.
2. Amaral AC, Rubinfeld GD. The future of critical care. Current Opinion in Critical Care. 2009; 15(4):308-13.
3. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing [on-line]. Acesso 10/08/2011. 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)
4. Rocha MS, Caetano JA, Soares E, Medeiros FL. Caracterização da população atendida em unidade de terapia intensiva: subsídio para a assistência. Rev Enfermagem da UERJ. 2007; 15(3):411-6.
5. Feijó RF, Secco AFB, Duarte LP, Ferrelli RS, Meireles MS, Campos T, *et al.* Descrição das causas de internação da unidade de terapia intensiva geral da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas In: Anais do XVII Congresso de Iniciação Científica; 11 a 14/11/2008; Pelotas-RS: [on-line]. [Acesso em 28/11/2011]. Disponível: [http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS\\_01689.pdf](http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS_01689.pdf)
6. Fernandes HS, Silva E, Capone Neto A, Pimenta LA, Knobel E. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. Rev Brasileira de Clínica Médica. 2011; 9(2):129-37.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 1986. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 1987.
8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: 1988.

9. Cechin J. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva: Letras & Lucros; 2008.
10. Wesllay CR. Julio RS. Direito e sistemas públicos de saúde nas constituições brasileiras. Rev Novos Estudos Jurídicos. 2010; 15(3):447-60.
11. Silva J.A. Curso de direito constitucional positivo. 24<sup>a</sup> ed. São Paulo: Malheiros; 2005.
12. Oliveira R, Maruyama SAT. Princípio da integralidade numa UTI pública: espaço e relações entre profissionais de saúde e usuários. Rev. Eletrônica Enfermagem [on-line]. 2009; 11(2):375-82. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a19.htm>
13. Fórum da Reforma Sanitária. SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Saúde em Debate. 2006; 29(31): 385-96.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES [*homepage* na Internet]. [Acesso em 03/07/2011] Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE [*homepage* na Internet]. [Acesso em 28/06/11]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>
16. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. Bioethics. 2003; 17(5-6):399-416.
17. Kaztman R. Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. Rev de la CEPAL/Santiago. 2002; 75(1):171-89.
18. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura-UNESCO. Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos de 2005. Tradução sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Brasília: 2005.
19. Farias L.O, Melamed C. Segmentação de mercados na assistência à saúde.

- Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz; 2003.
20. Kennedy Institute of Ethics. Fritz Jahr's concept of bioethics 1927. Georgetown University. 2007; 17(4):279-95.
  21. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall; 1971.
  22. Garrafa V, Azambuja LEO. Epistemología de la Bioética - enfoque latinoamericano. Rev. Colombiana de Bioética. 2009; 4(1):73-92.
  23. Emanuel E.J, Grady C, Crouch RA, Lie RK, Miller FG, Wendler D. The Oxford textbook of clinical research ethics. New York: Oxford University Press; 2008.
  24. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 1994.
  25. Garrafa V. Introdução à Bioética. Rev Hospital Universitário da UFMA. 2005; 6(2):9-13.
  26. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma Bioética interventiva. Rev Bioética. 2006; 13:125-34.
  27. Garrafa V, Kottow M, Saada A. Bases conceituais da Bioética – enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2006.
  28. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da Bioética. Rev Brasileira de Bioética. 2005; 1( 2):122-32.
  29. Garrafa V, Prado M. Mudanças na Declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social. Cadernos de Saúde Pública. 2001; 17(6):1489-96.
  30. Garrafa V. Radiografia bioética de um país – Brasil. Acta Bioética. 2000; 1:171-75.

31. Nascimento W.F, Garrafa V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre a Bioética de intervenção e colonialidade. *Saúde Sociedade*. 2011; 20(2):287-99
32. Pagani LPF, Lourenzatto CR, Torres JG, Oliveira AAS. Bioética de Intervenção: aproximação com os direitos humanos e empoderamento. *Rev Brasileira de Bioética*. 2007; 3(2):191-216.
33. Oliveira AAS. *Bioética e direitos humanos*. São Paulo: Loyola; 2011.
34. Baker R. Bioethics and human rights: a historical perspective. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2001; 10(3):241-63.
35. Garrafa V. Porto D. Interventional bioethics: epistemology for peripheral countries. *J Int. Bioethique*. 2008; 19(1-2):87-102.
36. Garrafa V. Bioética de Intervención. In: Tealdi JC (Org). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogota: Universidad de Colombia; 2008.
37. Busso G. Vulnerabilidad Social: nociones e implicancias de políticas para latinoamerica a inicios del siglo XXI. Seminario Internacional: las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: 2001 [on-line]. Disponível em: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN011.pdf>.
38. Kowarick L. Sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil - Estados Unidos, França e Brasil. *RBCS*. 2003; 18(51).
39. Garcia B. La situación laboral precária: marcos conceituales e ejes analíticos pertinente. *Rev Trabajo*. 2006; 2(3):1-47.
40. Bourdieu P, Accardo A, Balazs G, Beaud S, Bourdieu E, Bourgois P, *et al*. *A miséria do mundo*. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
41. Zanchi MT, Zugno PL. *Sociologia da saúde*. 2ª ed. Caxias do Sul: Educ; 2010.

42. Souza RR. O sistema público de saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [on-line]. [Acesso em 29/07/2011]. Disponível em <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque828.pdf>.
43. Homci AL. A evolução histórica da previdência social no Brasil. Jus Navigandi [on-line]. [Acesso em 28/08/2011] Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/12493>.
44. Menecucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil – atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.
45. Sussekind AL. Direito internacional do trabalho. 2ª ed. São Paulo: LTr; 2000.
46. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura- UNESCO. Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.
47. Andrade EN, Andrade EO. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. Revista Bioética. 2010; 18(1):61-74.
48. Kervasdoué J. A saúde e o sistema de saúde na França. Brasília: Embaixada da França no Brasil; 2002 [on-line]. [Acesso em 25/07/2011]. Disponível em: <http://www.ambafrance.org.br/abr/imagesdelafrance/accueil.htm>.
49. Bianquin AH, Silva JF. Políticas sociais: trabalho e saúde na América Latina. 2004 [on-line]. [Acesso em 25/09/2011]. Disponível em: <http://www.ufsm.br/mila/publicacoes/reppilla/edicao01-2004/2004%20artigo%203.pdf>.
50. Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Gaceta Sanitaria España. 2002; 16(1):54-62

51. Brasil. Ministério da Saúde. Lei orgânica da Saúde 8080/90 [on-line]. [Acesso em 24/06/2011]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=169](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=169)
52. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8142 [on-line]. [Acesso em 24/06/2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>
53. Noronha J, Lima L, Machado CV. O Único de Saúde-SUS In: Giovanella L. e cols. (Org). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
54. Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências [on-line]. [Acesso em 09/05/2011]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9782.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9782.htm).
55. Brasil. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências [on-line]. [Acesso em 09/04/2011]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9961](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961).
56. Mattos RA. Princípios do Sistema Único de Saúde e a humanização das práticas de saúde. Interface – Comunicação Saúde e Educação. 2009; 13(1):771-780.
57. Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. Cadernos de Saúde Pública. 2008; 24(3):696-701.
58. Shimizu HE, Pereira MF. A burocratização das práticas cotidianas dos conselhos de saúde: como superar? Actas de Saúde Coletiva. 2009; 3(3):56-66.
59. Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Ciência e Saúde Coletiva. 2001; 6(2):445-450.



60. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N°1.101 de 12 de junho de 2002 [on-line]. [Acesso em 24/06/2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20GM%201101%2002.pdf>.
61. 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.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores. 2ªed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
63. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal, In: Mendes EV. (Org). O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
64. Foucault M. Microfísica do poder: o nascimento do hospital. 10ª ed. São Paulo: Graal; 1992.
65. Ferrari D. Vamos criar uma nova UTI. *Jornal do Intensivista* 2008 [*homepage na Internet*]. [Acesso em 30/09/2011]. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/entrevista-douglas-ferrari-2008.htm>
66. Gutsche JT, Kohl BA. Who should care for intensive care unit patients? *Critical Care Medical*. 2007; 35(2):18-23.
67. Orlando JMC. UTI: muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.
68. Calil AM, Patanhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu; 2007.

69. Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias-SEMICYUC. Medicina intensiva en España. *Med. Intensiva* [on-line]. 2011; 35(2):92-101. [Acesso em 12/10/2011]. Disponível em: [www.elsevier.es/medintensiva](http://www.elsevier.es/medintensiva)
70. Ferrari D, Autílio SC. SAFI: Suporte Avançado em Fisioterapia Intensiva. 2004. [Acesso em 25/09/2011]. Disponível em: <http://www.sobrati.com.br/trabalho13-julho-2004.htm>
71. Barra DCC, Nascimento ERP, Martins JJ, Albuquerque GL, Erdmann AL. Evolução histórica e o impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Rev Eletrônica de Enfermagem* [on-line]. 2006; 8(3):422-430. [Acesso em 20/07/2011]. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a13.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm)
72. Maftum MA, Mazza VMA, Correia MM. A biotecnologia e os impactos bioéticos na saúde. *Rev Eletrônica de Enfermagem*, [on-line]. 2004; 6(1):116-122. [Acesso em 21/08/2011]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_1/rv1\\_bioetico.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/rv1_bioetico.html)
73. Orlando JM, Moock M. História: o início da terapia intensiva no Brasil e a trajetória da AMIB. In: David CM *et al.* *Medicina Intensiva*. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
74. Tranquitelli AM, Padilha KG. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em unidade de terapia intensiva. *Rev da Escola de Enfermagem da USP*; 2007; 41(1):141-46.
75. Laselva CR, Guastelli LR. Recursos humanos de enfermagem. In: Knobel E, Laselva CR, M.Júnior DFM. *Terapia Intensiva: Enfermagem*. São Paulo: Atheneu; 2006.
76. Chang SY, Multz AS, Hall J.B. Critical care organization. *Critical Care Clinical*. 2005; 21:43-53.

77. Martins JJ, Nascimento ERP. A tecnologia e a organização do trabalho da enfermagem em terapia intensiva. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2005; 34(4):23-27.
78. Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB. RDC 7 - Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva [*homepage* na Internet]. [Acesso em: 20/08/2011]. Disponível em <http://www.amib.org.br/pdf/RDC-07-2010.pdf>
79. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. RDC 50 - Dispõe sobre o Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [*homepage* na Internet]. [Acesso em 20/08/2011]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/arq/normas.htm>
80. Knobel E, Laselva RC, Moura Jr DF. *Terapia intensiva*. São Paulo: Atheneu; 2006.
81. Barie PS, Bacchetta MD, Eachempati SR. The contemporary surgical intensive care unit. Structure, staffing, and issues. *Surg Clin North Am*. 2000; 80(3):791-804.
82. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3432/98 - Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo [on-line]. [Acesso em 22/11/2011]. Disponível em: <http://www.assobrafir.com.br/userfiles/file/PTGM-MS3432-98UTI.pdf>
83. Gutsche JT, Kohl BA. Who should care for intensive care unit patients? *Crit Care Med*. 2007; 35(2):18-23.
84. Angus DC, Kelley MA, Schmitz RJ, *et al*. Caring for the critically ill patient. Current and projected workforce requirements for care of the critically ill and

- patients with pulmonary disease: can we meet the requirements of an aging population? JAMA. 2000; 284:2762-70.
85. Inouel KC, Matsudall LM. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. Rev. Eletrônica de Enfermagem [on-line]. 2009; 11(1):55-63. [Acesso 28/08/2011]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>
86. Conselho Federal de Enfermagem-COFEN. Resolução COFEN nº 189/1996. [Acesso em 15/08/2011]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7037&sectionID=3>
87. Pinho LB, Santos SMA. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. Rev. Escola Enfermagem USP. 2008; 42(1):66-72.
88. Byock I. Where do we go from here? A palliative care perspective. Crit Care Med. 2006; 34(11):416-20.
89. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – 2003 [homepage na Internet]. [Acesso em 05/09/2011]. Disponível em: [www.saude.gov.br/humanizausus](http://www.saude.gov.br/humanizausus)
90. Carvalho CRR. Situações extremas em terapia intensiva. São Paulo: Manole; 2010.
91. Carvalho CRR, Toufen Jr C, Franca AS. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. J Bras Pneumologia. 2007; 33(2):54-70.
92. Grégoire J, Deslauries J. Closed drainage and suction systems. In: Pearson JG, Thoracic surgery. 2ª ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2002.

93. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. Portaria N°272/98 - Regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição parenteral [*homepage* na Internet]. [Acesso em 09/09/2011]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/272\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/272_98.htm)
94. Fridey JL. Standards for blood banks and transfusion services. 22<sup>nd</sup>. Bethesda, MD: American Association of Blood Banks; 2003.
95. Centers for Disease Control and Prevention-CDC. Recommendations for preventing the spread of vancomycin resistance, recommendations of the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. MMWR. 2002; 44:1-14.
96. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola; 2001.
97. Costa SIF, Garrafa V, Oselka G. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
98. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. Ciências Saúde Coletiva. 2008; 13(2):2123-32.
99. Caldeira VMH, Silva Jr JM, Oliveira AMRR, Rezende S, Araújo LAG, Amendola CP, Rezende E. Critérios para admissão de pacientes na unidade de terapia intensiva e mortalidade. Rev Associação Médica Brasileira. 2010; 56(5):528-34.
100. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmermann JE. APACHE II: A severity of disease classification. Critical Care Medical. 1985; 13:818-29.
101. Marshall JC, Cook DJ, Christou NV, Bernard GR, Sprung CL, Sibbald WJ. Multiple organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome. Critical Care Medical. 1995; 23:1638-52.

102. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(2):190-198.
103. Travassos C, Castro M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde In: Giovanella L e Cols. (Org) *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. FIOCRUZ: Rio de Janeiro; 2008.
104. Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(2):365-9.
105. Brasil. Superior Tribunal de Justiça-STJ. Judicialização da saúde coloca ao STJ o desafio de ponderar demandas individuais e coletivas 2010 [*homepage* na Internet]. [Acesso em 30/10/2011]. Disponível em: [http://www.stj.jus.br/portal\\_stj/publicacao/engine](http://www.stj.jus.br/portal_stj/publicacao/engine)
106. Barroso LR. *O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da Constituição Brasileira*. 3ªed. São Paulo: Renovar; 1999.
107. Machado AMA, Acurcio FA, Brandão CMR, Faleiros DR, Guerra Jr AA, Cherchiglia ML, *et al*. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(3):590-8.
108. Gandini, JAD, Barione SFS, Eangelista A. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências. *Âmbito Jurídico Rio Grande* [on-line]. 2008. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?nlink=revistaartigosleitura&artigoId=4182>
109. Machado FRS. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. *Rev de Direito Sanitário*. 2008; 9(2):73-91.

110. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores sociais da população brasileira 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2008 [on-line]. [Acesso em 20/05/2011] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/>
111. Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB. Assessoria de Imprensa. Resultados da AMIB setembro e outubro de 2010. [Acesso em 30/06/2011]. Disponível em: [http://www.planoapp.com.br/assessoria/news\\_06/Censo\\_chamada.pdf](http://www.planoapp.com.br/assessoria/news_06/Censo_chamada.pdf)
112. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar-CGAH. Nota Informativa 2010, credenciamento de leitos de UTI [on-line]. [Acesso em 20/8/2011]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota\\_cgghosp\\_uti\\_credenciamento.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_cgghosp_uti_credenciamento.pdf)
113. Brasil. Ministério da Saúde. Credenciamento de leitos de 2003 a 2010. [Acesso em 23/10/2011]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=36256&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36256&janela=1)
114. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social-SECOM. Boletim Informativo 1205 - cidadãos terão mais 629 leitos de UTI no SUS [homepage na Internet]. [Acesso em 25/11/2011]. Disponível em: <http://www.secom.gov.br/sobre-a-secom>
115. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS. Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – 2011 [homepage na Internet]. [Acesso em: 25/10/2011]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>
116. Kanamura AH, Viana ALD. Gastos elevados em plano privado de

- saúde: com quem e em quê. Rev. Saúde Pública. 2007; 41(5):814-20.
117. Santos AC. Custo com assistência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital público de nível terciário do distrito federal, 2008 [Dissertação]. Mestrado em Ciências da Saúde. Brasília: Universidade de Brasília; 2009.
118. R7 Notícias. Brasil quer aumentar em 60% o investimento público em saúde. Publicado em 18/09/2011 [*homepage* na Internet]. [Acesso em 20/10/2011]. Disponível em: <http://noticias.r7.com/>
119. Berlinguer G. Bioética cotidiana. Brasília: Editora UnB; 2004.
120. Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de vida e condições de vida. Considerações conceituais. In: Barata RB. (Org) Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.
121. Ribeiro CRO, Zoboli ELCP. Pobreza, Bioética e pesquisa. Rev Latino-americana de Enfermagem [on-line]. 2007; 15(número especial). [Acesso em 12/12/2011]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_19.pdf)
122. Rawls J. Teoría de la justicia. México: Fondo de Cultura Económica; 1995.
123. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça; por uma ética de intervenção. Mundo Saúde. 2002; 26(26):6-15.
124. Granja GF, Zoboli ELCP, Fracoli LA. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 34:4533-7.
125. Neves MCP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição e princípio. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP, (Org) Bioética, vulnerabilidade e saúde. São Paulo: Ideias e Letras; 2007.
126. Macklin R. Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: Garrafa V, Pessini



- L, (Org) Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Loyola; 2003.
127. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):319-324.
128. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Plano Brasil sem Miséria atenderá 16,2 milhões de pessoas em todo o País – 03/05/2011 [*homepage* na Internet]. [Acesso em 25/11/2011]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2011/maio/brasil-sem-miseria-atendera-16-2-milhoes-de-pessoas>
129. Arán M. Peixoto Jr. CA. A vulnerabilidade e vida nua: Bioética e biopolítica na atualidade. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(5): 849-57.
130. Kottow M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: Scramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M. *Bioética: riscos e proteção*. Rio de Janeiro: UFRJ/FIOCRUZ; 2005. p. 29-44.
131. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001; 17(4):949-56.
132. Correio Brasiliense. Leitos de UTI vão duplicar até o fim de 2012 no DF, mas pode faltar médico – publicada em 22/09/2011 [*homepage* na Internet]. [Acesso em 20/11/2011]. Disponível em: [http://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/cidades/2011/09/22/interna\\_cidadesdf,270877/leit-os-de-uti-va-o-duplicar-ate-o-fim-de-2012-no-df-mas-pode-faltar-medico.shtml](http://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/cidades/2011/09/22/interna_cidadesdf,270877/leit-os-de-uti-va-o-duplicar-ate-o-fim-de-2012-no-df-mas-pode-faltar-medico.shtml)
133. Brasil. Ministério Público Federal-MPF. Procuradoria da República em Goiás. Déficit de leitos de UTI no Estado de Goiás [*Homepage* na Internet]. [Acesso em 12/12/2011]. Disponível em: [www.prgo.mpf.gov.br](http://www.prgo.mpf.gov.br)
134. Corgozinho MM, Rocha D, Lorenzo C. Análise Bioética sobre o acesso

- dos usuários às UTIs do Distrito Federal. In: IX Congresso Brasileiro de Bioética; 7 a 10 de setembro. Brasília: 2011.
135. Costa EA. Conceitos e área de abrangência. In: Rozenfeld S. (Org.) Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2001.
136. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):825-839.
137. Freire P. Ação cultural para a liberdade e outros escritos. 14<sup>a</sup> ed. atualizada. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
138. Freire P. Pedagogia da Autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 2001.
139. Pagani LPF, Lourenzatto CR, Torres JG, Oliveira AAS. Bioética de Intervenção: aproximação com os direitos humanos e empoderamento. *Rev Brasileira de Bioética*. 2007; 3(2):191-216.
140. Labra ME, St. Aubyn FJ. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(3):537-47.
141. Batagello R, Benevides L, Portillo JAC. Conselhos de Saúde: controle social e moralidade. *Saúde e Sociedade*. 2011; 20(3):625-34.
142. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República-SECOM. Mensagem ao Congresso Nacional 2011 [*homepage* na Internet]. [Acesso em 30/11/2011]. Disponível em: <http://www.secom.gov.br/sobre-a-secom/publicacoes/mensagem-ao-congresso-nacional/mensagem-ao-congresso-nacional-2011>
143. Movimento Saúde e Cidadania em Defesa do SUS. Movimento em prol do SUS tem grande repercussão na imprensa - 25/10/11 [*homepage* na Internet]. [Acesso em 22/11/2011]. Disponível em: <http://www.apmcorp.org.br/emdefesadosus/page.aspx>

144. Novara E. Promover os talentos para reduzir a pobreza. *Estudos Avançados*. 2003; 17(48):101-23.
145. Freire P. *Educação e mudança*. 34<sup>a</sup> ed. atualizada. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
146. Habermas J. *Teoria de la acción comunicativa II – Crítica de la razón funcionalista*. Madri: Taurus; 1987.
147. Habermas J. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70; 1987.
148. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura-UNESCO. *Educação, transdisciplinaridade, Declaração de Veneza e Carta Arrábida* [on-line]. [Acesso em 20/10/2011]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001297/129707por.pdf>
149. Aiub M. *Transdisciplinaridade: da origem a atualidade*. *O Mundo da Saúde*. 2006; 30(1):107-16.

**ANEXO A - NOTA INFORMATIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO  
ESPECIALIZADA COORDENAÇÃO GERAL DE  
ATENÇÃO HOSPITALAR

Brasília-DF, 14 de setembro de 2010

NOTA INFORMATIVA  
2010  
CREDENCIAMENTO DE LEITOS DE UTI

O processo de credenciamento de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) segue o explicitado na Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998.

Desde 1998 o Ministério da Saúde tem se dedicado ao tema da Terapia Intensiva. Inicialmente priorizou o credenciamento de novos leitos de UTI, bem como a reclassificação de leitos que eram considerados de menor complexidade. Desta forma, sempre com a 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 Tipo II e/ou III (com maior exigência técnica). Tal ampliação do número de leitos representou impacto financeiro de R\$ 482,9 milhões de reais anuais.

LEITOS DE UTI CREDENCIADOS NO PERÍODO DE 2003 a Julho 2010.

ANO	Ampliação de leitos de UTI			Total ampliados
	Adulto	Pediátrico	Neonatal	
1998	51	14	14	79
1999	1.35	33	43	2.127
2000	49	11	17	78
2001	39	10	24	74
2002	1.06	19	48	1.748
TOTAL	3.82	89	1.477	6.196

## ANEXO A - NOTA INFORMATIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

### LEITOS DE UTI CREDENCIADOS NO PERÍODO DE 2003 a Julho 2010.

ANO	Ampliação de leitos de UTI			Total ampliad
	Adulto	Pediátric	Neonat	
2003	82	16	31	1.302
2004	51	15	27	94
2005	33	78	24	65
2006	36	85	15	60
2007	59	97	21	90
2008	48	14	19	81
2009	35	69	17	59
2010	36	62	15	57
<b>TOTAL</b>	<b>3.82</b>	<b>85</b>	<b>1.717</b>	<b>6.399</b>

\* Até julho/2010.

Em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Brasil possui um total de 27.737 leitos de UTI, sendo 17.357 leitos (62,57%) disponibilizados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), assim classificados:

LEITOS DE UTI – HABILITADOS - SUS								
TIPO DE LEITO	Adulto II	Neonatal II	Pediátrico II	Adulto III	Neonata III	Pediátrico III	TIPO I - Geral	TOTAL
QUANTIDADE	7.358	2.912	1.398	1.718	635	564	2.772	17.357

Dados CNES EM 06/07/10

Utilizando os parâmetros recomendados pela Portaria GM/MS nº 1.101/2002, de 12 de junho de 2002, considerando que 80% da população brasileira é usuária do Sistema Único de Saúde, o que equivale a atualmente 154.987.036 habitantes, seriam necessários atualmente 15.498 leitos de UTI para atender ao mínimo preconizado pela referida portaria, que é de 4% do número de leitos hospitalares necessários. Nesse sentido, o Brasil possui atualmente uma cobertura hospitalar, no que se refere a leitos de UTI de 4,5%.

## ANEXO A - NOTA INFORMATIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

No entanto, se considerarmos a população total brasileira, que é de 193.733.795 habitantes, bem como considerando o total de leitos de UTI que é de 27.737 leitos de UTI (SUS e não SUS), a cobertura assistencial é de 5,72%.

### Caracterização

UTI TIPO I => São as “UTI’s” que estão em processo de adequação à legislação vigente, ou seja, a Portaria GM/MS nº 3.432/98, no entanto continuam em funcionamento, porém estuda-se a possibilidade dos respectivos leitos se tornarem leitos semi-intensivos.

UTI TIPO II => São as Unidades de tratamento Intensivo, credenciadas em conformidade com a Portaria GM nº 3.432/98(anexa), onde constam os critérios minimamente aceitáveis para atendimento a pacientes graves.

UTI TIPO III => Devem atender aos mesmos critérios das UTI’s tipo II, uma vez que são critérios mínimos, no entanto são qualificadas, incluindo alguns recursos tecnológicos e humanos, como por exemplo, a ampliação do número de exames no hospital e maior número de equipamentos por paciente ou grupo de paciente; e enfermeiro exclusivo (um para cada cinco leitos), e fisioterapeuta exclusivo.

Coordenação Geral de Atenção  
Hospitalar/DAE/SAS/MS

**ANEXO B - AMIB LANÇA NOVA FASE QUALITATIVA - MÉDICOS SÃO  
CONVOCADOS PARA ATUALIZAR O MAPA DE UNIDADES DE TERAPIA  
INTENSIVA NO BRASIL**

O presidente da AMIB, o médico intensivista Dr. Ederlon Rezende, e o coordenador do Censo AMIB, Dr. Álvaro Réa-Neto, apresentarão aos profissionais de terapia intensiva e à imprensa brasiliense, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em tempo real, os últimos dados da atualização do Censo das UTIs Brasileiras.

O ano passado, a AMIB realizou o Censo quantitativo que já está disponível no site da associação para consulta pública ([www.amig.org.br](http://www.amig.org.br) >> Censo >> Relatório). No espaço, a população pode buscar os hospitais que contam com UTIs em seus estados.

E para que esse material seja constantemente atualizado e, dessa forma, sirva como uma importante ferramenta de consulta e de definição de estratégias de saúde para a Medicina Intensiva, os coordenadores de UTIs vêm atualizando os dados de seus hospitais online. “O Censo trouxe dados importantes e ações já estão sendo desenhadas pela AMIB em parceria com as entidades Regionais”, explica Dr. Ederlon Rezende, presidente da AMIB.

O mapeamento identificou 25.367 leitos de UTIs e mais de duas mil unidades. Fato constatado é que 53,8% dos estabelecimentos com UTI encontram-se na Região Sudeste, contra 16,8% no Nordeste, 16,9% no Sul, 7,6% no Centro- Oeste e 5% na Região Norte. Segundo o Ministério da Saúde, calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de leitos hospitalares. O que corresponde a 1 a 3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes. O Censo AMIB revelou que o Brasil tem 1,3 leitos de UTIs para cada 10 mil habitantes.

Iniciam-se as apurações para a fase qualitativa do Censo de UTIs da AMIB. Os coordenadores de 118 Unidades de Terapia Intensiva, distribuídas nas cinco regiões, começaram a receber um questionário para essa análise. A seleção dessas unidades obedeceu aos seguintes critérios básicos: poder de dispersão das UTIs,

**ANEXO B - AMIB LANÇA NOVA FASE QUALITATIVA - MÉDICOS SÃO  
CONVOCADOS PARA ATUALIZAR O MAPA DE UNIDADES DE TERAPIA  
INTENSIVA NO BRASIL**

divididas em quatro grupos: Adulto, Pediátrica, Infantil e Queimados; e a utilização do critério de equivalência entre a capital e o interior de cada estado selecionado. "Dessa forma, foi possível estabelecer um padrão de amostragem que poderá nos trazer um retrato dessa realidade que buscamos", disse o Dr. Álvaro Réa-Neto, coordenador do Projeto - CENSO AMIB.

Dados Brasília : o número de leitos de UTIs cresceu nos últimos cinco anos em mais de 300%. Em 2005, o Ministério da Saúde registrou 206 leitos, sendo 139 do SUS e 67 em hospitais privados. Esse ano, os leitos da cidade somam em 897, sendo 417 disponibilizados pelo SUS e 480 distribuídos pela rede privada de hospitais.

Dados Brasil: quantidade de leitos UTI = 25.367; quantidades de Unidades UTI = 2.342; municípios = 403 e UF = 27. A quantidade de unidades por região: Sudeste = 1.259 que corresponde a 53,8% Sul = 395 que corresponde a 16,9% Nordeste = 393 que corresponde a 16,8% Centro-Oeste = 177 que corresponde a 7,6% Norte = 118 que corresponde a 5%

**Referências Ministério da Saúde:**

A Portaria n.º 1101/GM - 12 de junho de 2002, elaborada pelo Ministério da Saúde, tem como propósito estabelecer os parâmetros e cobertura assistencial, dentre os itens abordados, destaca-se a necessidade de leitos hospitalares, que é estimado da seguinte forma:

- Leitos Hospitalares Totais = 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes.
- Leitos de UTI: calcula-se, a necessidade de 4% a 10% do total de Leitos Hospitalares, que corresponde a 1 a 3 leitos de UTI para cada 10.000 Hab.

Informações à imprensa

Teca Pereira – [teca@planoapp.com.br](mailto:teca@planoapp.com.br) – 11-9214-7117 / 11- 9114-3724