

Integralidade da saúde: significado e situação atual

Health Integrality: current status and significance

Kátia Tórres Batista¹
Karin Richter Caldas¹
Jorge Alberto Cordon Portillo¹

RESUMO

Introdução: O direito à saúde é assegurado na Constituição Brasileira e tem seu papel primordial para a qualidade de vida dos indivíduos, promoção de igualdade de oportunidades e desenvolvimento das capacidades. O modelo de assistência em saúde tem como princípio a integralidade, e procura enfatizar as medidas preventivas e educativas, ampliando a consciência da comunidade quanto aos cuidados com a própria saúde e aos direitos igualitários.

Objetivo: Os autores propõem uma reflexão da situação da integralidade no sistema de saúde brasileiro, no seu significado e na situação atual, baseada na bioética de intervenção.

Métodos: Estudo descritivo com análise documental e enfoque bioético.

Resultados e conclusão: Concluem que transformações são necessárias e que passam por mudanças iniciadas pelo ensino da área da saúde, para que haja uma perspectiva de melhora nas práticas profissionais, e por mudanças no Estado brasileiro, para manter a universalização do atendimento e a saúde como um princípio ético e social a ser preservado.

Palavras-chave: Saúde; Integralidade; Bioética de intervenção.

¹Programa de pós-graduação em Bioética
da Universidade de Brasília/
Brasília-DF, Brasil

ABSTRACT

Introduction: The right to health is assured in the Brazilian Constitution and has an important primordial place in the individual's quality of life, equality promotion and capacity development. The model of assistance in health has as integrality principle. This model seeks to give emphasis on the preventative and educative methods of extending of the consciousness of the community as to caring for one's own health and to the equal rights of others.

Correspondência
SQN 115, bloco I, apartamento 205, Asa
Norte, Brasília-DF 70772-090, Brasil.
katiatb@terra.com.br

Recebido em 18/novembro/2008
Aprovado em 17/fevereiro/2009

Objective: The authors propose a reflection of the situation of the completeness in the health Brazilian system, its meaning and the current situation, based in the bioethics of intervention.

Methods: A descriptive study to document analysis and bioethical approach.

Results and conclusion They conclude that transformations are necessary, and begin with health education, so that one has a perspective of improvement in professional practice and changes in the Brazilian society to keep the universal attendance and ethical and social principles of health to be preserved.

Key words: Health; Integrality; Intervention bioethics.

INTRODUÇÃO

O movimento da reforma sanitária brasileira dedicou-se desde 1990 à criação e estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Apesar das dificuldades e dilemas enfrentados pelo SUS, evidências demonstram a sua importância e o grande passo para inclusão de pessoas antes excluídas do sistema de atendimento^{1,2,3}. É evidente a dificuldade do Estado brasileiro em manter a universalização do atendimento, somada à iniquidade e à fragmentação. Propõe-se uma discussão a partir do princípio da integralidade¹.

Entende-se por integralidade o cuidado de pessoas, grupos e coletividade promovido por uma equipe multidisciplinar, considerando a pessoa como um todo⁴. Para a sua aplicação, pressupõe-se a integração entre as práticas dos profissionais, dos serviços de saúde e das políticas públicas que possam repercutir na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos⁴. O princípio da integralidade, constante na Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080 e 8.142/90), é descrito 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”^{5,6}. “A dimensão de cuidado do homem não se limitaria à assistência médica, expandindo-se ao ambiente em que ele vive”^{1,4}. Requer a integração de ações para a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Inclui ainda a eficácia, a

organização das ações, os modelos de gestão dos serviços e a formação dos profissionais que atendem no sistema. “O indivíduo deve ser entendido como um ser humano inserido no seu contexto físico, social e histórico”⁵.

O propósito do artigo é refletir, por meio da análise documental, o significado e a situação da integralidade na saúde brasileira sob a perspectiva da bioética de intervenção⁶.

MÉTODO

Numa primeira etapa, foram buscadas fontes sobre o Sistema Único de Saúde e, nelas, os documentos necessários para a pesquisa a respeito da Integralidade e bioética de intervenção. Trata-se de um trabalho descritivo com análise do material pesquisado no enfoque da discussão bioética. O contexto histórico e sociocultural foi o modelo de assistência vigente, o Sistema Único de Saúde^{7,8}, e o princípio da integralidade. A discussão fundamentou-se nos conceitos da Bioética de intervenção proposta por Garrafa^{9,10}. Na base de dados, foram encontrados 381 artigos com palavras-chave bioética, saúde e integralidade. Foram pesquisados *sites* do Sistema Único de Saúde (Portal da saúde⁷ e Datasus¹¹), do Conselho Nacional de Saúde¹² e da CONASS¹³ (Conselho Nacional de Secretários de Saúde).

SIGNIFICADO DA INTEGRALIDADE

Filosófico e conceitual

A reflexão sobre a importância da integralidade vem desde os tempos de Platão (apud Gadamer¹⁴), quando se refere à arte de curar como o conhecimento da natureza do espírito e do corpo. Sócrates (apud Gadamer¹⁴) questiona o entendimento da natureza da alma sem o entendimento da natureza do todo, pois ele não admitia qualquer observação isolada dos sintomas, e, para Gadamer¹⁴, a doença é a perda do equilíbrio, não apenas um fato médico-biológico, mas parte de um processo histórico da vida. Enfim, a doença, como perda da saúde, implica a perda da “liberdade” e exclusão da vida¹⁴.

Ocorreram mudanças no aprendizado e exercício da medicina ao longo da história da humanidade. Hoje o “doente” não é visto mais como era no passado, na sua casa, com a sua história de vida. O atendimento médico atual é fragmentado nas diferentes especializações médicas, e o paciente é visto distante da sua situação de vida. Para Garrafa⁸, é importante visualizar a doença numa esfera socialmente construída. O médico, como profissional de saúde, entra na situação da vida do indivíduo, no momento em que existe uma necessidade de conhecer a doença e o seu processo. Assim, ele procura ajudar a recuperar o equilíbrio. Isso não significa apenas eliminar os defeitos somáticos, mas buscar o equilíbrio integral àquela situação de vida que se tornou descontrolada¹⁴.

O que seria a saúde integral? Segundo Suzana Vidal¹⁵, a saúde integral é:

definida como um direito humano que resguarda o pleno exercício dos outros direitos humanos. É entendida como um desenvolvimento das capacidades humanas essenciais: ter uma vida longa e saudável, ter conhecimentos e desfrutar de um nível decente de vida (o que requer ter acesso à água potável, alimentação, medicamentos e a serviços de saúde).

Traduzindo para a realidade brasileira, o Sistema Único de Saúde tem um papel de assistência à saúde e de inserção social, à medida que procura atender o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho. Dentro desse contexto, o atendimento deve ser feito para a saúde e não somente visando às doenças. Vale ressaltar os três eixos para

alcançar a integralidade. O primeiro refere-se à mudança do modelo de formação do profissional de saúde. O segundo, à educação, principalmente em saúde, fornecendo subsídios para a emancipação e empoderamento. E, por último, ao conjunto de ações, em todos os níveis de complexidade, do sistema de saúde, para buscar e manter a integralidade da saúde^{1,2,4,5,6}.

Amartya Sen¹⁶, ao abordar equidade e integralidade, define justiça como a necessidade de prover meios para a ampliação de liberdades efetivas, que possibilitem ao indivíduo satisfazer suas necessidades e, ainda, optar por buscar, ou não, outros bens também considerados importantes para expressar suas melhores “capacidades”. Um exemplo da tentativa da aplicação do princípio da integralidade pode ser visto nos Centros de Saúde, quando se realizam palestras, nas associações e grupos de doenças, nas atividades de acompanhamento pré-natal e do crescimento e desenvolvimento infantis, entre outras.

A integralidade como princípio do Sistema de Saúde

Breve histórico do surgimento do sistema de saúde vigente no Brasil

Historicamente, as ações em saúde foram centradas na doença. No início, com dois focos principais para ações: o tratamento e a cura. Atualmente, o delineamento dos indicadores de saúde das populações, monitorados, dentre outros dispositivos, através das estratégias de vigilância em saúde, tem orientado ações que apontam para a importância das intervenções preventivas a partir de um conceito de saúde³.

O modelo de saúde vigente no Brasil, do século XIX até a década de 1920, era o sanitarista campanhista de inspiração militar, sob a responsabilidade do Ministério da Justiça, e tinha por finalidade o combate às epidemias. Na década de 1930, a partir do governo de Getúlio Vargas, a saúde passou a ser vinculada ao trabalhador, financiada por uma fonte tripartite composta pelo estado, empresas e trabalhadores. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde e houve um aumento das ações de Saúde Pública. Na década de 1960, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social, seguido da Lei orgânica da previdência. O modelo de saúde era médico-assistencial privatista, composto pelo Estado, setor privado nacional e setor privado internacional^{3,5}.

Nesse sistema ocorreu a extensão da cobertura previdenciária para a população urbana e rural, privilegiando a prática médico-curativa individual e assistencialista, em detrimento da saúde pública, a criação de um complexo médico-industrial, a organização do sistema de saúde orientado pela lucratividade, e privilégios para o produtor privado de serviços de saúde. As fraudes dos setores públicos e privado e a improbidade administrativa, dentre outros aspectos, motivaram grave crise financeira. Em 1978, com a Conferência de Alma-Ata, ressurgiu uma nova apresentação da atuação dos determinantes de saúde. Esses fatos, aliados às dificuldades no controle da morbimortalidade nacional, fizeram com que, na década de 1980, viesse à tona um declínio ideológico, político-institucional e financeiro da previdência, culminando, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde¹⁷ e na criação do Sistema Único de Saúde^{11,18,19}.

Nas décadas de 1980 e 1990, o conceito de assistência à saúde como direito foi enfraquecido pelas políticas econômicas neoliberais das privatizações, da redução da ação do Estado e do livre mercado, sobretudo pelo sistema produtivo capitalista. Procurou-se melhorar as condições de vida e de injustiça com um sistema de saúde igualitário. Entretanto, as desigualdades sociais, as tensões e pressões do sistema do “valor do mercado” têm dificultado cada vez mais a noção do indivíduo na sua totalidade⁵.

O Sistema Único de Saúde: criação, política e orçamento

O Conceito de saúde como um direito à cidadania foi expresso na Constituição Brasileira de 1988¹⁸, seção II, nos artigos 196, 197, 198 e 199. Estes abordaram o conceito de saúde na perspectiva política, econômica e social. Ampliou-se o direito do cidadão à saúde do direito previdenciário, e foi dada relevância pública aos serviços de saúde como descrito no artigo 196:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante medidas políticas, sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado sob o princípio de universalização, com o propósito de “saúde para todos”, conforme previsto na Lei 8.080 de 19/09/1990 e 8.142 de 28/12/1990,

Lei Orgânica da Saúde^{7,19}. Essa Lei dispõe sobre a organização, o funcionamento e a regulamentação dos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Foram criadas também as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios, adaptando-se a legislação no âmbito estadual e municipal. Vale ressaltar a importância do envolvimento da sociedade e do pacto entre as diferentes forças políticas observados na Assembleia Nacional Constituinte⁷.

Os princípios norteadores do SUS são: a universalidade, que define o atendimento a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo financeiro ao indivíduo; a integralidade para a atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo o acesso a todos os níveis de complexidade e a equidade, pela igualdade da atenção sem privilégios ou preconceitos; assim como a disponibilidade de recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades e condições sociais e sanitárias das pessoas^{5,7}.

A integralidade, como princípio articulador no SUS, visa à promoção de saúde e à capacitação da comunidade para melhorar suas condições de vida e saúde. Desse modo, é definida como estratégias formuladas pelo Estado, comunidade, família e indivíduo, que incorporam valores de solidariedade, democracia, equidade, cidadania, participação, parceria e desenvolvimento^{1,4}.

O Sistema Único de Saúde¹⁹ tem um sistema descentralizado de política administrativa, com a responsabilidade de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que definem atribuições comuns e competências específicas à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. De acordo com o artigo Art. 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: Descentralização e hierarquização com direção única; Atendimento integral e Participação da comunidade.⁴

O orçamento do Sistema Único de Saúde é provido por três esferas governamentais: o plano plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, através de transferências pelo Fundo Nacional e Estadual de Saúde e por voluntários¹⁹. Para o delineamento da alocação e distribuição dos recursos destinados à saúde,

o gestor público utiliza dados epidemiológicos. A União, os Estados e os Municípios devem responsabilizar-se pela aplicação de um percentual mínimo de variação do valor nominal do Produto Interno Bruto (PIB) à Saúde. Todos estes recursos públicos devem ser fiscalizados e acompanhados pelos respectivos Conselhos de Saúde, tanto da União quanto dos estados, Distrito Federal e municípios^{19,20}.

SITUAÇÃO ATUAL DA INTEGRALIDADE

Problemas sociais e crise social

O Brasil, como acontece com outros países, enfrenta problemas persistentes como pobreza, desigualdade social, discriminação, violências e outros. Existem pessoas que vivem na pobreza ou muito abaixo da linha de pobreza. A extrema pobreza impede não apenas o cumprimento do direito social e histórico à assistência a saúde, mas, principalmente, o direito à vida⁸.

Nesse cenário, inúmeras situações são vivenciadas pela crise social. Por um lado, o aprofundamento da desigualdade social, o agravamento das situações de pobreza e a exclusão social, o aumento significativo de violência e, ainda, a falta de expansão de políticas fundamentais à saúde da população, à moradia, ao saneamento básico, ao abastecimento de água e esgoto. Por outro, os dilemas do sistema de saúde, a sua mercantilização, os avanços tecnológicos, os modelos de gestão e organização, a desumanização^{2,3,4,9,16}. Além do mais, mantiveram-se modelos de formação profissional, de atendimento e de gestão a partir de políticas focais, em detrimento da lógica do direito e da seguridade social universal. Somando-se a esses problemas, as ações de saúde sofreram influências do meio em que se vive e foram modificadas pelo novo paradigma da saúde, mecanicista e fragmentado.

Dilemas e problemas da integralidade no SUS

Com a criação do SUS, redefiniram-se as políticas públicas na tentativa de desmercantilização da saúde. Contudo, tais políticas foram fonte de enormes tensões e conflitos, ao se confrontarem com fatores do mercado e com a realidade do acelerado processo mundial da busca de lucro pelo comércio do acesso à saúde. Entretanto, o crescimento rápido do sistema privado de saúde^{5,6} firmou-se como fonte para acumulação de capital e foi amparado por uma brecha constante no artigo 199 da Constitui-

ção¹⁸, em que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. No SUS, à medida que foram criadas condições para a inclusão das camadas populares, antes excluídas do sistema previdenciário, expulsaram-se os trabalhadores melhor remunerados, que foram obrigados a comprar os serviços do setor privado, incrementando, assim, a mercantilização da saúde⁵. O modelo neoliberal, ou a “universalização do privado”, firmou-se baseado na atenção hospitalar e na ausência do Estado. Ocorreu a terceirização da assistência, dentro da política de complementação ao setor público, mas, no fundo, mantendo-se a velha política do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social⁹. Em alguns aspectos o governo procurou fortalecer o projeto da saúde pública e, em outros, do privado, mas, em linhas gerais, prevaleceu a manutenção da disputa entre ambos^{18,20}.

O SUS tenta promover a educação para a saúde entre os usuários do sistema e determinar áreas de risco da população aos agravos à saúde, muito embora a realidade brasileira seja a de um país com dimensões geográficas e características regionais variadas, dificultando a comunicação, informação e a universalização. Os indicadores socioeconômicos e de saúde são distintos, a exemplo do que se observa na distribuição da população assistida no país. Segundo dados do Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde – Sistema de Informações de Beneficiários e IBGE¹¹, quanto às diferentes abrangências da assistência, conforme os estados brasileiros no ano de 2006 em relação aos Indicadores Demográficos Brasileiros, observou-se que a porcentagem da população assistida nos estados de Roraima era de 2,13%, Tocantins, 3,57% e Maranhão, 3,78%. Em outro extremo, encontra-se São Paulo, com assistência de 38% e Rio de Janeiro, de 30%. Contudo, essas desigualdades, juntamente com a pobreza, representam mais do que a insuficiência de renda, mas também a dimensão estrutural e conjuntural que têm fortes influências sobre a saúde da população.

Propostas para reforma sanitária no enfoque da integralidade

Apesar de toda a campanha negativa ao SUS e a favor da privatização vista na mídia, e do descrédito da população, discussões e inovações vêm sendo promovidas. Estas visam alcançar maior eficiência e qualidade do SUS, tendo por meta a ampliação da atenção básica. Em 2002, na 11ª Conferência Nacional de Saúde, foi feito um pacto entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios)

com o objetivo de alcançar maior eficiência e qualidade do atendimento do SUS. Outras estratégias são: a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006); a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria n.º 687, de 30 de março de 2006) e o Pacto pela Saúde (Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006)^{7,11}.

Com as reformas, busca-se a equidade social, priorizando-se a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes e endemias (como dengue e hanseníase), a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama, entre outras. A transferência dos recursos federais para os Estados e Municípios também foi modificada pelo Pacto pela Saúde, passando a ser integrada em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta, Complexidade da Assistência, Vigilância na Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), sendo importante à medida que traz a comunidade para dentro do serviço de saúde, agregando o cidadão ao sistema vigente. Outra estratégia utilizada foi o “Programa de Saúde da Família” (PSF), que tem como objetivo o cuidado às famílias no meio onde vivem.¹² Dentre as suas ações destacam-se, principalmente, as educativas para o autocuidado e abordagens para priorizar a atenção básica, preservando a autonomia do usuário, do profissional e do serviço de saúde^{7,11}.

REFLEXÕES BASEADAS NA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO

A criação do SUS significou um marco para a saúde brasileira, mesmo com todos os dilemas e problemas enfrentados. Nos seus 20 anos de existência, reformas e mudanças são necessárias. O resultado do esforço do SUS seria seguramente bem melhor se a política referente a outros setores sociais estivesse sob a lógica dos direitos de cidadania como a do SUS^{21,22}. É um tema complexo, que necessita de discussão com fundamentos bioéticos baseados em uma orientação normativa para aplicação na sociedade, pois, conhecer o que é moralmente bom, justo, pode conduzir a fazer o que deve ser feito. Isso significa transformar a realidade no plano das ideias e buscar estratégias para o cumprimento de metas. A linguagem dos deveres deve ser mais rigorosa do que a dos direitos, utilizando critérios de razoabilidade, racionalidade, plausibilidade, prudência e coerência¹⁰. Atualmente, falar em saúde significa falar de assistência à doença, medidas de prevenção, diagnóstico precoce. Dis-

cute-se muito sobre a escassez dos recursos para a saúde, mas esquece-se de outros recursos também necessários, por exemplo, os recursos humanos, ambientais, de informação e de instrução^{23,24,25}.

Inicialmente, são necessárias mudanças na formação profissional, saindo do modelo flexneriano, baseado na fragmentação do corpo, para uma formação que integre as necessidades do indivíduo como um todo. Esse novo modelo já é adotado por algumas escolas médicas^{21,22}. É importante que o entendimento e o enfoque integral façam parte da atuação dos profissionais de saúde e “da comunidade, para que, partindo de um contexto complexo e com o qual estão em constante interação, possibilitem ações transformadoras integralizadas e mútuas”¹⁵. Os Ministérios da Saúde e da Educação instituíram um programa de incentivo às mudanças curriculares nos cursos de Medicina²¹, cuja proposta é de intervenção “no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação médica, sintonizada com o SUS, procurando incorporar a noção integralizadora do processo saúde/doença e da promoção da saúde, com ênfase na atenção básica”.

Na formação dos profissionais, a percepção e o reconhecimento do outro na visão integral são imprescindíveis. São várias as situações que demandam a tomada de decisões com embasamento científico, mas que necessitam de uma avaliação moral. Desenvolver a competência moral dos estudantes no processo da formação profissional implica a discussão sistemática de conteúdos e métodos da bioética.

Fazendo uma análise crítica à luz da bioética de intervenção⁹, cujo fundamento busca priorizar o coletivo e a equidade, percebe-se a necessidade de transformações concretas e permanentes. Procura-se definir as responsabilidades sanitárias, a formação e adequação do pessoal para o modelo de saúde atual, aumentar a relação entre o Estado e os cidadãos para promover financiamento, conforme as necessidades das populações, e informar e instruir a sociedade civil para a consolidação da cidadania.

O princípio da integralidade tem valores julgados desejáveis no sistema de saúde como, por exemplo, de atenção básica e de promoção de saúde à comunidade. É inútil falar do interesse da comunidade, se não se compreender o indivíduo na totalidade. Ademais, busca-se construir argumentos que permitam mudanças e transformações na perspectiva da bioética de intervenção, que tem como princípio

o utilitarismo, ou seja, uma ação deve ser benéfica para um maior número de pessoas.

A Bioética de Intervenção^{8,9} é uma ferramenta em construção, que busca a politização social e empoderamento dos indivíduos e participantes dos conselhos de saúde. Considera-se que uma ação é ética quando maximiza o prazer, o bem, a vantagem ou a felicidade dos indivíduos. Pode-se afirmar que uma medida do governo está de acordo com esse princípio quando tem maior tendência de aumentar a felicidade da comunidade do que de diminuí-la. Enfim, melhorar as condições de vida na perspectiva da integralidade inclui mudanças ambientais e, principalmente, na educação, já que a saúde perpassa por outros setores da existência humana^{8,9}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência do SUS gerou, ao longo da sua história, debates e construções normativas e operacionais de gestão e, ainda, sobre a prestação de serviços, do trabalho na saúde, do financiamento e da participação social, sempre tentando construir e consolidar o pacto da saúde democrática. Os princípios do SUS obedecem aos valores éticos e morais de uma sociedade, discutidos e aplicados à luz da Bioética. Muito embora o sistema de saúde brasileiro não seja único, existe uma competição entre o sistema público e o privado, ambos marcados por falhas e problemas em vários níveis, inclusive de gestão. No sistema privado, o profissional médico, assim como o gestor, considerado “profissional liberal”, teria por ideologia ser o seu dono, determinar ou selecionar os seus pacientes, e o paciente teria liberdade para escolher o profissional, com direito de determinar os seus custos honorários e ter a liberdade terapêutica. O paciente e o profissional perderam a autonomia, e as reformas são necessárias e urgentes para a manutenção do processo de construção do estado brasileiro, baseado na saúde como um direito.

O SUS atende 60 milhões de brasileiros, principalmente em procedimentos de alta complexidade. Muitos poderiam ser evitados ou amenizados, se houvesse medidas preventivas, incentivos e investimentos em todos os níveis, principalmente na atenção básica. Muitas das transformações deveriam abranger os interesses da comunidade, à luz da bioética de intervenção. Na sua ótica utilitarista, defende os deveres assumidos, ou seja, as leis, e procura refletir frente aos dilemas para construção

de novos paradigmas éticos, na educação e na saúde, tanto para os que procuram assistência quanto para os profissionais que os atendem.

Não é possível mudar a assistência à saúde sem mudar as bases econômicas da sociedade, a infraestrutura social. A promoção da saúde não é responsabilidade restrita do setor da saúde, mas, sobretudo, da integração de várias ações do governo que culminem na melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos, para tentar, assim, reduzir a forte exclusão social e suas consequências. Não é possível, no contexto brasileiro, a aceitação de um Estado mínimo. É conduta ética que este mantenha a priorização e alocação de recursos, a acessibilidade aos serviços de saúde, os direitos dos pacientes e da população e, principalmente, em consonância com a boa norma geral de proteger e produzir saúde.

REFERÊNCIAS

1. Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciênc. saúde coletiva*, mar./abr. 2007, vol.12, no.2, p.429-435.
2. Atenção à saúde acessado no site <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/> em 01/08/2008.
3. Campos CEA. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.877-906, jul.-set. 2007.
4. Mattos RAA integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Sept./Oct. 2004, vol.20, no.5, p.1411-1416.
5. Chioro A, Scaff A. Saúde e Cidadania: a implantação do sistema único de saúde 1999. Disponível em URL: <www.consaude.
6. Garrafa V. **Da bioética de princípios a uma bioética interventiva** - Bioética, 2005 .
7. Brasil, O Sistema Único de Saúde acessado no site www.saude.gov.br/ em 02/11/2008.
8. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde – SUS: Princípios. In: Campos FE., Tonon LM, Junior MO. (Organizadores). Caderno de Textos de Plane-

- jamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte. Editora COOPMED. 1997
9. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. Rev Bras Bioética, 2005.
10. Bioética de Intervenção, disponível no site www.bioetica.catedraunesco.unb.br acessado em 01/11/2008.
11. Brasil, disponível no site <http://www.datasus.gov.br/>. acessado em 01/11/2008.
12. Brasil, disponível no site <http://conselho.saude.gov.br/> acessado em 01/11/2008.
13. Brasil, disponível no site <http://www.conass.org.br/>. acessado em 01/11/2008.
14. Gadamer HG. O caráter oculto da saúde. Ed. Vozes. Rio de Janeiro 2006.
15. Vidal S. Editorial disponível no site www.bioetica.catedraunesco.unb.br.
16. Sen AK. **Development as Freedom** , 1999.
17. Brasil. VIII Conferência Nacional de Saúde acessado no site <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/> em 01/08/2008.
18. Brasil. Constituição Brasileira de 1988. www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Constituição da República Federativa do Brasil – Senado Federal – Secretaria Especial de Editoração e Publicações – Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006).
19. Brasil. O SUS de A a Z , disponível em dtr2004.saude.gov.br/susdeaz acessado em 20/10/2008.
20. Ministério da Saúde. Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001.
21. Projeto Promoção da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde/MS* Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina Rev Saúde Pública 2002;36(3):375-8. www.fsp.usp.br/rsp.
22. Wuillaume, Susana Maciel. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. *Cad. Saúde Pública*, Nov/Dec. 2005, vol.21, no.6, p.1966-1967. ISSN 0102-311X.
23. Kottow MH. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção Garrafa V, Pessini L in Bioética: Poder e Injustiça, Ed. Loyola, p.70-85, 2003, São Paulo.
24. Schramm FR. Da bioética privada a bioética pública. In: Fleury S., organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p.227-40.
25. Marques RM, Mendes A. Desvendando o Social no Governo Lula: a construção de uma nova base de apoio. In: Adeus ao Desenvolvimento – a opção do governo Lula. Paula, João Antônio de (Org). Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

Trabalho desenvolvido na Universidade de Brasília apresentado para conclusão da disciplina de Fundamentos da Saúde Pública.