Revista Espaço Acadêmico - Nº 109 - Junho de 2010
ANO X - ISSN 1519-6186

Uma abordagem bioética do Sistema Único de Saúde

Marcos Mesquita Filho*

Resumo: O objetivo deste trabalho foi discutir a proposta do Sistema Único de Saúde numa perspectiva bioética. Métodos: Revisão bibliográfica e análise a partir de referenciais bioéticos. Resultados e discussão: Somente no início do século XX que o Estado brasileiro passou a desenvolver políticas públicas em saúde. O que se observa é que razões econômicas foram as maiores motivações para implementá-las. A viabilização de política agrário-exportadora, a reprodução da força de trabalho na indústria, a inserção do setor médico assistencial público no sistema capitalista estão entre elas. Direito à saúde, atenção humanizada, equidade de acesso, qualidade de vida, gestão democrática, descentralização não estavam entre as preocupações das políticas desenvolvidas no período. O texto constitucional de 1988 e sua legislação regulamentadora, quando buscam configurar um sistema voltado aos interesses da população e promover impacto positivo nas suas condições de vida e saúde, revertem o enfoque anterior para uma nova proposta de clara pertinência bioética. O SUS, enquanto política de Estado para a saúde incorpora componentes éticos, redistribuindo as ações e o acesso à saúde, priorizando aqueles que se encontram excluídos, agindo com ações integrais sobre a totalidade da população e o usuário individual. Sua viabilidade é questão bioética e de cidadania.

Palavras-chave: Bioética; Políticas de Saúde; Sistema Único de Saúde.

A bioethics approach of the National Health System

Abstract: The objective was to discuss the proposal of the National Health System in bioethics. Methods: A literature review and analysis from bioethical references. Results and discussion: Only in the early twentieth century the Brazilian government began to develop public health policies. What is observed is that economic reasons were the main motivations for implementing them. The feasibility of agricultural exporting policy, the reproduction of the workforce in the industry, the inclusion of public sector medical care in the capitalist system are among them. Right to health, humanized care, equity of access, quality of life, democratic management, decentralization, were not among the concerns of policies pursued during the period.

The 1988's Constitution and its regulatory legislation, when trying to configure a system geared to the interests of the population and promote positive impact on their living conditions and health, reverses the previous approach to a new proposal that has clear relevance of bioethics. SUS, as state policy for health, incorporates ethical components, redistributing the actions and the access to health care, prioritizing those that are excluded, acting with integral actions on the total population and on the individual user. Its feasibility is a matter of bioethics and citizenship.

Key words: Bioethics, Health Policy, Health System.

* **MARCOS MESQUITA FILHO** é Médico, Professor titular dos cursos de Medicina e Enfermagem; da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS) de Pouso Alegre, MG; Mestre em Epidemiologia pela UNIFESP e Doutor em Saúde Pública pela USP.

Foto: Antônio Erasmo Queiroz

Introdução

Para chegar à sua atual proposta, o sistema de saúde brasileiro passou por algumas fases e modelos. Pode-se dizer que ele se organiza, enquanto política pública, a partir do início do século XX. O que ocorria anteriormente eram ações esparsas, iniciativas isoladas de proteger despossuídos e enfrentar calamidades emergentes. As atividades dessa natureza eram para atendimento de situações de urgência, ou seja, a atuação na saúde coletiva era pautada pela ocorrência, vez por outra, de desastres, tragédias, mortes e morbidades inesperadas (principalmente causadas por epidemias). As ações de saúde eram desencadeadas a partir do surgimento das catástrofes. Os poderes públicos não se estruturavam para uma atuação de rotina. Não havia políticas públicas para esse setor.

É no começo do século XX que o Estado sente a necessidade de agir organizadamente em Saúde Pública, e suas razões foram políticas e econômicas. O Brasil tinha então suas cidades portuárias castigadas por epidemias diversas, entre elas, a de febre amarela. A situação chegou a tal nível de gravidade que navios procedentes de outras nações, em busca das mercadorias de exportação, negavam-se a aportar, por receio de adquirir as "pestes" que grassavam nessas cidades. Torna-se necessário o saneamento dos portos para escoamento da produção brasileira e para que os setores que dominam a economia e a política do Brasil (setores

agroexportadores) não sejam descapitalizados.

Essa conjuntura marca o nascimento das políticas públicas de saúde no Brasil, com o desencadeamento de agressiva ação saneadora dos portos brasileiros. As cidades do Rio de Janeiro e de Santos sofrem intensa intervenção por meio de desapropriação e demolição de imóveis, abertura e alargamento de vias públicas, saneamento dos espaços urbanos e circulação de mercadorias. A vacinação obrigatória é instituída à revelia de setores da população e, concomitantemente, assiste-se à deflagração da chamada *Revolta da Vacina*. As atividades da saúde ocorriam revestidas de um estilo repressor-militar, muito autoritário. Daí se origina o primeiro modelo assistencial público no Brasil, o *Sanitarismo Campanhista*, que passa a ser uma das principais estratégias de ação do setor saúde nas coletividades.

Com o desenvolvimento das opções de atenção médica de caráter individual, fortemente baseadas no paradigma médico-social denominado *flexneriano* ou científico (MENDES, 1984), nascerá um novo modelo, que será denominado médico-assistencial-privatista (ANDRADE; SOARES, 2001). Será articulado no decorrer do século XX e terá como sustentáculo as políticas de saúde oriundas da Previdência Social. Baseia-se numa concepção semelhante à dos serviços privados de saúde, prestigiando a doença (agindo sobre indivíduos portadores de agravos) e não as ações que previnem ou promovem a saúde. Os serviços assumem uma postura estática, aguardando o surgimento dos problemas, esperando que cada indivíduo procure o sistema se sentir necessidade. Prevalece por todo o século XX, atingindo seu auge, enquanto política pública, no período compreendido entre 1964 e 1990. Esse modelo é extremamente ineficaz para impactar positivamente a situação de saúde. Mas produz imensos lucros para os que atuam sob sua proposta: os serviços privados e as indústrias fornecedoras de insumos para a saúde.

Durante a vigência desse modelo, avalia-se que a situação da saúde do Brasil apresenta baixos índices de qualidade. Altas taxas de mortalidade por acidentes de trabalho, assim como a de crianças e de mulheres; crescente desigualdade social; fome e ausência de ambiente saudável são comumente constatadas. Paralelamente a isso, o setor saúde apresenta gastos e demandas crescentes, acompanhando a sua baixa efetividade. A cobertura proporcionada por ações individuais é insuficiente, com marcada injustiça no acesso aos serviços. A rede pública torna-se progressivamente sucateada. Ao lado disto, forte desvio de recursos derivados de procedimentos irregulares e corrupção agravam, ainda mais, o quadro da crise resultante do modelo médico-assistencial-privatista.

Toda essa conjuntura proporciona a mobilização de trabalhadores e população, que se organizam no sentido de mudar esse modelo. A oportunidade para isso se apresenta a partir da redemocratização do País e com a convocação, em 1987, da Assembleia Nacional Constituinte. No ano de 1986, com a redemocratização, o chamado "movimento sanitário" vai ter forte influência na VIII Conferência Nacional de Saúde. Esse evento, realizado às vésperas da futura Assembleia Nacional Constituinte, pautará um conteúdo progressista de políticas sanitárias, que farão parte da Constituição Brasileira de 1988. A partir dela, concretizam-se importantes conquistas para a saúde da população. A própria presença do tema

na Lei Magna brasileira já é *per se* uma conquista de vulto. Tal assunto nunca havia sido contemplado numa carta constitucional.

Foto: Jean Carlos

Objetivo

O objetivo deste artigo foi o de discutir a proposta do Sistema Único de Saúde através de uma perspectiva da bioética.

Material e métodos

Este trabalho, de abordagem qualitativa, foi feito a partir de pesquisa bibliográfica e documental, através da descrição e avaliação de artigos, livros, legislação, referentes às políticas de saúde no Brasil. Posteriormente, as informações obtidas foram analisadas dentro da perspectiva da bioética, utilizando-se dos seguintes referenciais: *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (UNESCO, 2005), *Bioética da Proteção* (SCHRAMM; KOTTOW, 2001), *Bioética da Responsabilidade* (JONAS, 2006).

Resultados e discussão

A Constituição traz em seu conteúdo a ambiciosa proposta da construção de um *Sistema Único de Saúde*, o SUS. O modelo assistencial deve ser totalmente reformulado, criando-se uma política baseada num novo paradigma. Seu texto prevê uma substancial mudança dos modelos vigentes em toda a história brasileira até então. De um sistema que se voltava para a obtenção de lucro pelo setor privado, passa-se para outro, que busca a elevação do nível de saúde populacional. De um sistema que tinha saúde como uma concessão do Estado para os filiados da Previdência Social, muda-se para outro, que afirma: "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante 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 sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1998, art. 196).

A consagração da saúde enquanto direito de toda a população e dever do Estado dá início a um texto legal que vai trazer uma série de conceitos de forte conteúdo ético. A sua aplicação plena aponta para um sistema de saúde mais justo. O texto constitucional cita outros importantes princípios e diretrizes ético-doutrinárias, que compõem o arcabouço do SUS: *Direito à Saúde*: saúde é direito de cidadania e dever do Estado; *Integralidade*: atenção à totalidade do indivíduo, com ações que vão da promoção da saúde, prevenção e atenção aos agravos e reabilitação. Essas ações devem abranger todos os níveis de atenção, dos serviços básicos aos de alta complexidade tecnológica. *Universalidade*: o acesso às ações e aos serviços de saúde deve ser garantido a todos, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; *Equidade*: a distribuição das ações e serviços de saúde deve ser justa, privilegiando àqueles que tenham maiores necessidades. Trata-se da chamada discriminação positiva, segundo a qual os desiguais são tratados desigualmente, investindo-se mais onde a carência é maior**.** Participação da comunidade: é organizada seguindo-se

os princípios de Descentralização, Regionalização, Hierarquização.

O SUS, iniciado em 1988, obteve, em seus vinte e um anos de existência, grandes avanços. O médico sanitarista e pediatra Gilson de Carvalho declara, que são 20 anos de *"SUS-CESSOS"*, detalhados em 14 grupos:

> **"1. Marco Regulatório -** Duas centenas de leis: o núcleo duro (Constituição Federal, Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993), além de financiamento, gestão (secretarias, ANS, ANVISA, HEMOBRAS e outros), programas, vigilância sanitária etc.
>
> **2. Crescimento da Rede -** Estabelecimentos de saúde: 13.133 (1976) e 77.004 (2005), sendo 45 mil públicos (92,7% municipais). Sinal de melhora: queda nos leitos de 4,2 habitantes (1976) para 2,4 habitantes (2005).
>
> **3. Empregos (públicos) em Saúde -** De 736 mil (1992) para 1,5 milhão (2005), crescendo 96,89%. De 1980 a 2005, cresceu 445% (sendo 69% municipais).
>
> **4. Educação Permanente do Povo da Saúde -** Extensão: milhares de cursos e treinamentos em programas e em gestão; Especializações, residências, mestrados, doutorados: centenas de cursos.
>
> **5. Produção Científica-** Dissertações, Teses, TCC's, prêmios, congressos, mostras (4,5 mil trabalhos em agosto de 2008).
>
> **6. Atenção básica -** O PSF (Programa de Saúde da Família) atende a cerca de 100 milhões de pessoas; rede de atenção básica: unidades, centros e postos; milhares de agentes comunitários de saúde: agora, profissão de saúde regulamentada; 28 mil equipes de saúde da família; implantação de saúde bucal e dos CEOS (centro de especialidades odontológicas).
>
> **7. Vacinação -** Vacinação infantil: cerca de 100% da população menor de [-1] um ano; erradicação da poliomielite; controle do sarampo; vacinação antigripal: cobertura de 87% (2008); campanha contra rubéola (2008): 70 milhões de vacinados (a maior campanha do mundo).
>
> **8. Promoção da Saúde -** Nas áreas de exercícios e alimentação; combate ao álcool, ao fumo e a outras drogas.
>
> **9. DST-AIDS -** Tratamento de 184 mil pessoas vivendo com o vírus da AIDS; acesso a medicamentos e tratamentos: aquisição e fabricação (quebra de patentes), distribuição gratuita.
>
> **10. Agências Reguladoras -** ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar: regulação e controle de operadoras de planos e seguros de saúde (anteriormente, só existia o controle da Vigilância Sanitária); ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária: marco regulatório da vigilância sanitária, em todos os campos; vigilância sanitária básica: 28 milhões de ações básicas em 2007; vigilância de eventos adversos ao uso de medicamentos em hospitais sentinelas: modelo hoje buscado pela Food and Drug Administration (FDA) norte-americana.
>
> **11. Medicamentos -** Aumento da produção de medicamentos imunobiológicos e outros, em laboratórios públicos; produção de medicamentos genéricos; incorporação de dezenas de medicamentos de alto custo regulados, mas de distribuição universal aos necessitados; ampliação da garantia de

medicamentos básicos e estratégicos para hipertensão, diabetes, contracepção e outros.

12. Urgência-Emergência - SAMU – Serviço de Assistência Móvel de Urgência: cobertura da metade da população; ampliação da rede de unidades de emergência.

13. Programas e Estratégias - Saúde Mental: luta antimanicomial, com desospitalização e criação dos Centros e Núcleos de Apoio Psicossocial. Pacientes Renais: responsabilidade por 97% do tratamento dos renais crônicos com sessões de hemodiálise. Transplantes: Brasil está entre os maiores transplantadores do mundo, sendo cerca de 80% de transplantes públicos (14 mil/ano). Outros Programas: investimento nas ações programáticas referentes a: hanseníase, tuberculose, área materno-infantil, idoso, adolescente, população negra etc.

14. Procedimentos de Alta Complexidade - Introdução de inúmeros procedimentos de alto custo-complexidade: implantes; próteses; cirurgias (reparadoras, bariátricas e outras) etc. Incorporação de novas tecnologias em exames bioquímicos; em exames por imagem (raios X, ultrassom, tomografia, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons – PET scan) e em outros exames". (CARVALHO, 2008)

Entretanto, apesar dos importantes avanços experimentados, o SUS ainda está longe de cumprir sua proposta. O Brasil é um país marcado por forte desigualdade social. Grande parte de sua população encontra-se excluída dos direitos mínimos da cidadania, entre eles o da saúde. Uma considerável parcela da população é considerada pobre e/ou indigente.

> Atualmente os 50 milhões de pessoas pobres localizam-se, de forma heterogênea, abaixo da linha de pobreza, com uma renda média 55% abaixo do valor da linha de pobreza. Já os 21 milhões de pessoas indigentes, distribuídos de forma heterogênea, alocados mais próximos de seu valor de referência, com renda média de 60% abaixo da linha de indigência. A mensuração desses dados apresenta, já na segunda metade dos anos de 1990, a tendência de manutenção de um novo patamar, esse, inferior ao observado desde o final dos anos de 1990. Por um lado, esses dados indicam uma melhoria aparentemente estável no padrão de pobreza; por outro, não possibilitam serem moralmente aceitáveis. (RIBEIRO; MENEZES, 2008).

Como consequência da injusta distribuição de riquezas, verifica-se que o acesso a serviços de saúde "no país é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem" (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). E essa constatação reflete a situação de iniquidade existente no SUS, apesar de sua proposta avançada. No Brasil, a maior parte das diferenças existentes reflete injustiça e má distribuição. Estudos a respeito de diversos indicadores identificam nitidamente como as populações das regiões mais pobres apresentam uma baixa qualidade de vida e, consequentemente, um nível de saúde muito inferior àqueles das populações mais abastadas. Praticamente todos os índices de mensuração referentes à região Nordeste, a mais pobre do Brasil, são inferiores à média nacional, enquanto os do Sul e Sudeste a superam. Pesquisa nacional da Datafolha mostra que os excluídos somavam 59% da população do País em 1997 (TOLEDO, 1997). São

pessoas que estão desprovidas de qualquer meio de ascensão social. Um número expressivo de indivíduos vive em situação de risco à margem da cidadania, sendo que uma grande proporção deles não tem acesso adequado à saúde.

Essas constatações propiciam avaliação bioética. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, aprovada em 2005 (UNESCO, 2005), além dos temas tradicionais da Bioética biomédica e biotecnológica, incorpora a seu texto questões sanitárias, sociais e ambientais, de caráter político, prioritárias para os países pobres do mundo. Esses temas passam a fazer parte da agenda internacional da Bioética (GARRAFA, 2006). Enumerando seus princípios a respeito da Responsabilidade Social e Saúde, a Declaração dispõe, em seu art.14, que:

> "a) A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade.
>
> b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar:
>
> (I) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano;
>
> (II) o acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade;
>
> (III) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;
>
> (IV) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e
>
> (V) a redução da pobreza e do analfabetismo" (UNESCO, 2005).

O disposto nesse artigo mostra que a Declaração tem grande afinidade com o que se encontra nos enunciados do SUS, atestando assim o caráter bioético das propostas do sistema de saúde brasileiro. O texto constitucional que consagra a saúde como "direito de todos e dever do Estado" e suas diretrizes básicas demonstram que a lei maior brasileira assume posição clara contra as iniquidades e desigualdades sociais no setor de saúde. A luta contra as injustiças e má distribuição dos recursos públicos é uma bandeira da Bioética em sua vertente latino-americana (GARRAFA, 2006). Por se propor a superar as desigualdades econômicas e sociais, autores defendem a adoção das chamadas medidas ou políticas compensatórias, significado do qual se reveste igualmente o SUS, por sua ação política do "tipo afirmativo" e de "finalidade eqüitativa", como proposta bioética de proteção *lato sensu* (SCHRAMM, 2006).

Sobre a Bioética da Proteção, dispõem Schramm e Kottow (2001): "Entendemos por protección la actitud de dar resguardo o cobertura de necesidades esenciales, es decir, aquellas que deben ser satisfechas para que el afectado pueda atender a otras necesidades u otros intereses". O ser humano deve atingir uma situação de vida com um mínimo de dignidade, o qual lhe permita obter resolução de suas necessidades essenciais. E é obrigação do Estado ser o provedor de meios para que a população em situação de desigualdade atinja o patamar da cidadania. A saúde é fundamento

prioritário da cidadania e os princípios do SUS foram definidos para que se procure atingir este objetivo. A afirmação da saúde como direito universal e dever do Estado, contida no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 – o primeiro da seção II: Saúde – (BRASIL, 1988), destaca a postura ética de proteção.

A diretriz da equidade importa na discriminação positiva dos desiguais. É exercida, por exemplo, quando aqueles que sofrem maiores desigualdades no acesso à saúde em sua integralidade passam a ser priorizados. Ou, ainda, quando investimentos naquela mesma área atendam primariamente às necessidades dos que se encontram excluídos do Sistema Único, numa postura de tal natureza que a equidade aí proposta se reverta em ações e atitudes indicadas na Bioética de Proteção *stricto sensu* (SCHRAMM, 2006):

> Em seu sentido estrito, a bioética da proteção refere-se, especificamente, às medidas que devem necessariamente ser (ou é bom e correto que sejam) tomadas para amparar (ou "proteger") indivíduos ou populações humanas que não dispõem de outras medidas que assegurem as condições indispensáveis para que um ser humano possa levar adiante uma vida digna e com uma qualidade que podemos chamar de "razoável", e não apenas dispor de uma "sobrevivência".

Outro importante ponto ético considerado pelo SUS é a participação da comunidade. O Sistema Único de Saúde apresenta como seus principais órgãos de decisão os Conselhos e as Conferências de Saúde, em todas as esferas de governo. Suas práticas se configuram como formas de exercício de democracia direta. Os usuários do SUS têm direito a 50% dos votos destes colegiados enquanto trabalhadores da saúde, prestadores de serviço e governo em conjunto têm o direito aos demais 50%. Desta maneira, os representantes da população entram com a maior parte do poder de influência nas decisões do SUS. Essa distribuição recebe o nome de paritária (50% população e 50% demais setores). As Conferências atuam propondo, elaborando, aprovando, acompanhando, avaliando as macropolíticas de saúde de cada uma das esferas de governo (municipal, estadual e federal), reunindo-se geralmente a cada quatro anos. Já os Conselhos têm as mesmas atribuições em relação ao planejamento e à micropolítica de saúde. Suas reuniões são no mínimo mensais e é quando o cotidiano do SUS passa por deliberações. A composição dessas instâncias e suas atribuições reforçam a possibilidade de a população exercer influência decisiva nas políticas e ações de saúde, por meio do posicionamento de interesses populares nos embates, de maneira organizada e prestigiosa.

Essa é uma alternativa ética à concentração do poder e tomada de decisão sem a participação dos envolvidos nos problemas de saúde. Representa a possibilidade da prática direta da democracia. Assim, os usuários, trabalhadores em saúde, prestadores de serviços que no cotidiano enfrentam os problemas de saúde, têm condições de subsidiar o processo de decisão, se referenciando nas realidades vividas por eles. Dessa maneira, as deliberações tomadas pelos Conselhos e Conferências podem revestir-se de um caráter de grande proximidade com os acontecimentos da vida real.

A diretriz da integralidade reforça o caráter bioético da proposta do SUS. Tal proposta traz em si uma visão

totalizadora da atenção à saúde, abrindo ao usuário a possibilidade de ser alvo de ações de promoção que ensejem a ampliação da saúde positiva, assim como de atividades que procurem evitar e combater as doenças via prevenção e recuperação. Abre também espaço para as ações da chamada prevenção terciária, ou seja, as de reabilitação, tanto física como social, daqueles indivíduos em quem os agravos provocaram sequelas. Busca a ampliação, a manutenção e a restauração da saúde humana, diferentemente das propostas anteriores de sistemas de saúde que privilegiavam o tratamento da doença. Amplia o acesso proposto na equidade e na universalidade do SUS, qualificando-o por uma visão ampla de atenção, não somente aos enfermos, mas a toda a população, [-incluídos aí os] nela incluídos os indivíduos saudáveis. Em outras palavras, a partir da diretriz relativa às ações integrais em saúde, incorpora-se ao modelo assistencial a dimensão ética da responsabilidade. E tal fato ocorre tanto em seu aspecto de responsabilidade para com o ser e com o futuro do homem (JONAS, 2006), como no da responsabilidade para com o outro, conforme Levinas (KUYAVA, 2006). Além disso, a prática da integralidade, somada à da equidade, amplia o alcance do princípio bioético da proteção em seu sentido estrito (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

Entre os problemas pendentes nestes 20 anos do SUS, a forma de financiamento de suas atividades ainda se encontra indefinida. Apesar da aprovação da Emenda Constitucional 29 que define as obrigações dos Municípios, Estados e União nesta área, ainda não ocorreu sua regulamentação, sendo que "o Governo Federal e grande parte dos governos estaduais têm oferecido resistências à aplicação de recursos na saúde na forma de vinculação prevista na Emenda Constitucional 29/2000. O Problema do financiamento das Políticas de Saúde ainda não está resolvido" (PAULUS JR; CORDONI JR., 2006).

Considerações finais

O SUS, enquanto proposta de política de Estado para a saúde reveste-se de claros componentes de justiça, redistribuindo as ações e o acesso à saúde, priorizando aqueles que se encontram excluídos, agindo com responsabilidade em defesa da população e do usuário individual. Presta importante contribuição à inclusão dos que se encontram à margem da cidadania. Apresenta como resultado o processo de construção de um novo modelo assistencial que incorpora questões bioéticas relevantes para a população brasileira. Entretanto, sofre muitas vezes, ataques e boicotes de setores que buscam sua desmoralização e/ou a minimização de seu espectro de ação, a distorção de suas finalidades, bem como o retrocesso aos modelos anteriores. Sua viabilização é questão bioética e de cidadania.

Referências

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. 268 p.

BRASIL – Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Título VIII – Da Ordem Social – Seção II: Da saúde. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JR, M; TONON, L. M. Legislação básica do SUS. **Cadernos de Saúde 3**, Belo Horizonte, COOPMED, p. 223-224, 1998.

CARVALHO, G. 20 anos de SUS-cesso na conquista do direito vida-saúde do brasileiro. **Domingueiras**, 2008**.** Material distribuído via e-mail sob a forma de arquivo *power point.* 66p.

GARRAFA, V. O novo conceito de Bioética. In: GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Org.) **Bases conceituais da Bioética:**

enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006.

JONAS, H. **O princípio da responsabilidade:** ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto/ PUC-Rio, 2006.

KUYAVA, E. A. A responsabilidade como princípio ético em H. Jonas e E. Levinas: uma aproximação. **Veritas**, Porto Alegre, v. 51, n. 2, p. 55-60, junho 2006.

MENDES, E. V. **Evolução histórica da prática médica:** suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1984, 124 p.

PAULUS JR., A; CORDONI JR., L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.

RIBEIRO, C. O.; MENEZES, R. G. Políticas públicas, pobreza e desigualdade no Brasil: apontamentos a partir do enfoque analítico de Amartya Sen. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 42-55, jan./jun. 2008.

SCHRAMM, F. R. Bioética sem universalidade?: justificação de uma bioética latino-americana e caribenha da proteção. In: GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Org.) **Bases conceituais da bioética:** enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006. p. 143-157.

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

TOLEDO, J. R. Excluídos são 59% da população do país. **Folha de São Paulo,** p.1, 13 jul. 1997.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION - UNESCO. **Declaración universal sobre Bioética y derechos humanos.** Paris: UNESCO, 2005. 11 p.