

A DESIGUALDADE SOCIAL EM PETER SINGER: CONSTRUINDO UMA INTERFACE COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SOCIAL INEQUALITY IN PETER SINGER: BUILDING AN
INTERFACE WITH THE UNIFIED HEALTH SYSTEM

LA DESIGUALDAD SOCIAL EN PETER SINGER: CONSTRUYENDO UNA
INTERFAZ CON EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

Izabella Bezerra de Lima^I
Kalina Siqueira de Moura^{II}
Lorraine Machado de Araújo^{III}
Lorena Machado de Araújo^{IV}
Raimunda Medeiros Germano^V

RESUMO: Trata-se de um estudo reflexivo que teve por objetivos analisar a questão da desigualdade social em Peter Singer e confrontá-la com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Para a discussão desse tema foram resgatados os conceitos da Teoria Utilitarista, conforme Peter Singer, articulando-os com os princípios orientadores do SUS. O utilitarismo busca priorizar ações, as quais promovam um bem para a maioria das pessoas. O SUS é regido por alguns princípios com um só objetivo: garantir serviços de saúde de qualidade e gratuitos para todos os cidadãos. No entanto, observou-se que esses princípios não são respeitados em sua totalidade e que ainda ocorre um processo excludente, principalmente dos mais pobres. Tornam-se, portanto, necessárias mudanças significativas com maior resolubilidade na assistência à saúde brasileira para todos os cidadãos.

Palavras-chave: Utilitarismo; desigualdade social; sistema único de saúde; equidade.

ABSTRACT: This study thinks over social gaps as discussed by Peter Singer and compares it with the guiding principles of the Unified Health System (SUS). Conceptual and theoretical frameworks of Singer's Utilitarian Theory were articulated with the guiding principles of the SUS. Utilitarianism sets up priority actions which can favor most people. The SUS is guided by a number of principles with a single objective: to ensure quality and free of charge health services to all citizens. However, it has been noticed that those principles are not universally abided by, generating an exclusionary process affecting the poorest, in particular. Significant changes in health care with stronger effectiveness are therefore required for all Brazilian citizens.

Keywords: Utilitarianism; social inequality; health system; equity.

RESUMEN: Se trata de un estudio reflexivo que buscó analizar la cuestión de desigualdad social en Peter Singer y compararla con los principios rectores del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño. Para la discusión de ese tema fueron rescatados los conceptos de la Teoría Utilitarista de Peter Singer, y su vinculación con los principios orientadores del SUS. El utilitarismo pretende dar prioridad a acciones que promuevan un bien para la mayoría de las personas. El SUS se rige por ciertos principios con un único objetivo: garantizar la calidad de los servicios de salud y gratuitos para todos los ciudadanos. Sin embargo, se observó que esos principios no son respetados en su totalidad y que todavía es un proceso de exclusión, especialmente de los más pobres. Por lo tanto, requiere cambios significativos más resolutivos en el cuidado a la salud para todos los ciudadanos brasileños.

Palabras clave: Utilitarismo; desigualdad social; sistema único de salud; equidad.

INTRODUÇÃO

O presente estudo foi norteado pelo questionamento sobre a desigualdade observada na assistência à saúde pelo Sistema Único de saúde (SUS)

frente à leitura do texto Ricos e Pobres, do livro *Ética Prática* sob autoria do filósofo australiano, Peter Singer, que argumenta a ética fundamentada no

^IEnfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e membro do grupo de pesquisa *Ações promocionais e de atenção a grupos humanos em Saúde Mental e Saúde Coletiva*. Coordenadora da atenção básica do município de Lajes, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: bellalimash@gmail.com.

^{II}Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e membro do grupo de pesquisa *Caleidoscópio da Educação em Enfermagem*. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: Kal_inas@yahoo.com.br.

^{III}Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Especialista em Enfermagem do Trabalho e membro do grupo de pesquisa *Caleidoscópio da Educação em Enfermagem*. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: Lorraine-machado@hotmail.com.

^{IV}Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Especialista em Enfermagem do Trabalho e membro do grupo de pesquisa *Caleidoscópio da Educação em Enfermagem*. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: Lorena_araujo_@hotmail.com.

^VEnfermeira. Doutora em Educação pela Universidade de Campinas. Professora do Departamento de Enfermagem dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Vice-Coordenadora da Base de Pesquisa Educação em Enfermagem. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: rgermano@natal.digi.com.br.

utilitarismo, traduzida na busca pela conscientização da atuação contra a disparidade social¹. A partir dessa articulação, este estudo teve por objetivos apresentar uma reflexão sobre desigualdade social em Peter Singer para confrontá-la com os princípios norteadores do SUS.

Para tanto, foi realizada uma análise sobre as vertentes utilitaristas (visão filosófica e visão sociológica), a caracterização do utilitarismo de Peter Singer, e em seguida, a articulação de sua teoria com os princípios norteadores do SUS.

ANÁLISE REFLEXIVA

Utilitarismo: visão filosófica versus visão sociológica

O utilitarismo é uma corrente filosófica desenvolvida nos séculos XVIII e XIX, que apresenta tendência de pensamento nas áreas da ética, política e economia. Essa doutrina coloca a ética no eixo da conduta humana, passando a considerar os móveis, entendidos aqui como as causas motrizes, que determinam o agir do homem em substituição a consideração do fim².

O princípio essencial do utilitarismo é a prevalência da felicidade para o maior número de pessoas, coincidindo a utilidade particular com a pública². Considerando este ponto de vista, uma ação é moralmente correta quando suas consequências trazem o maior bem ou a maior felicidade para todos os afetados por ela.

Nos campos da ciência econômica, da política e da área social, o utilitarismo adotou uma vertente positivista e reformadora, devendo haver em cada área uma promoção do bem-estar e da felicidade para os homens². Contudo, há ainda a perspectiva sociológica dessa doutrina.

Nessa concepção, todo ato é moralmente aceito quando produz as melhores consequências³. Por isso, o utilitarismo é considerado a principal teoria do consequencialismo. As regras morais são tidas como norteadoras das ações humanas, podendo ser dispensáveis se não forem mais benéficas em contexto específico⁴. Se o mais importante a considerar são as consequências ou resultados das ações, o fim justifica os meios, neste caso.

Os argumentos do utilitarismo, de maximização de interesses ou de benefícios para o maior número de envolvidos são questionados quanto a sua imparcialidade⁵. Avaliando os interesses da maioria, pouco espaço haveria para as minorias, que se sacrificariam em favor da maioria³. Contudo, é inegável a preocupação da teoria com o bem comum e os desfavorecidos, difundindo a solidariedade como forma de universalizar a dignidade humana⁶.

O utilitarismo de Peter Singer

Desde a antiguidade, os filósofos e os moralistas têm expressado a ideia de que o comportamento ético é aceitável se de alguma forma for universal. Neste sentido, deve-se atribuir aos interesses alheios a mesma importância que se dá aos interesses particulares. Isso exige que se façam escolhas, nas quais as ações envolvam os interesses da maioria¹.

A ética, embora não conscientemente criada, é um produto da vida social, que tem a função de promover os valores comuns aos membros da sociedade. Os juízos éticos fornecem uma boa indicação acerca da tendência que uma ação tem para promover o bem ou o mal, sendo os resultados desta o que realmente importa, e não os motivos que levaram o indivíduo a fazê-la¹.

Há também uma antiga linha de pensamento filosófico que tenta demonstrar que agir racionalmente é agir eticamente. Este pensamento tem as seguintes premissas: a primeira, diz que para a ética é essencial uma exigência qualquer de universalizabilidade ou de imparcialidade. A segunda, é que a razão é plenamente válida, ou seja, não pode ser aceitável para uma pessoa e inaceitável para outra¹.

Outro princípio, o qual possui um peso moral substancial e é considerado o melhor alicerce possível para o ordenamento pacífico da sociedade numa época de igualitarismo, é o da regra da maioria. Este permite resolver conflitos, nos quais ninguém em última instância detém mais poder que qualquer outra pessoa, evitando assim a oposição daqueles que têm menos poder. Entretanto, esse princípio não induz uma obediência cega à maioria, mas considera que há justificativa para desobedecer em circunstâncias extremas¹.

Essa desobediência, à qual Singer se refere, não está ligada à tentativa de exercer coerção sobre a maioria, mas tenta informá-los de que um grande número de pessoas tem outro ponto de vista em relação a determinada questão. Os que enveredam pela desobediência civil manifestam a sinceridade do seu protesto, e também o respeito pela lei e pelos princípios fundamentais da democracia¹.

Articulando o SUS com a teoria utilitarista

Sabendo-se que o utilitarismo procura priorizar ações, as quais promovam um bem para a maioria das pessoas envolvidas, é possível estabelecer uma analogia com a questão social envolvida com o SUS. Para tal, se faz necessário uma discussão teórica face ao desenvolvimento econômico da sociedade, que repercute na atenção à saúde pública.

Temos hoje vivenciado os resultados da globalização, dentro destes o crescimento econômico desenfreado tem expressado grandes disparidades e desigualdades sociais e de condições de saúde. Em

função do modelo de desenvolvimento economicista do período atual, apenas um segmento da população pôde ser incorporado à economia global e participar da distribuição da riqueza⁷.

De acordo com estudos, o Brasil não é um país pobre, mas um país injusto e desigual. Uma comparação entre a renda per capita do Brasil e a de outros países o coloca entre o terço mais rico dos países do mundo, entretanto, a média de famílias que vivem com até meio salário mínimo é muito maior do que a dos países com renda similar à brasileira⁷. Esta situação se confronta com as ideias propostas pela teoria utilitarista, a qual possui como eixo norteador o princípio da igualdade de direitos. Percebe-se na realidade a marginalização e a exclusão de grande parte da sociedade, impedindo a mesma de participar de forma equitativa da produção, gestão e consumo de bens e serviços materiais e culturais.

Em relação ao contexto da saúde, diante da frágil conjuntura assistencial do sistema de saúde brasileiro, na década de 1980, surgiu uma movimentação social e de articulação política denominada reforma sanitária, a qual culminou com a criação do SUS. Tal ideologia repercutiu na Constituição Federal de 1988, definindo a saúde, em seu artigo 196, como um direito de todos e dever do Estado⁸.

O SUS emergiu como proposta inovadora, a fim de promover, entre outros propósitos, a oferta de serviços de saúde públicos a todos os cidadãos, independente do seu poder aquisitivo⁹.

Como estratégia de reorientação da atenção à saúde, esse sistema pressupõe como princípios e diretrizes norteadores: universalidade, integralidade, descentralização, controle social, hierarquização e equidade¹⁰. Estes princípios reafirmam os pensamentos de Singer quando buscam estabelecer maneiras que reduzam as iniquidades e atendam aos interesses de todos, propiciando a acessibilidade aos serviços de saúde.

Por universalidade entende-se a saúde como direito de todos; a integralidade expressa a disposição de meios curativos e preventivos à população, tanto individuais quanto coletivos; a descentralização político-administrativa trata da existência de comando único e atribuições próprias nas esferas de governo nacional, estadual e municipal¹¹.

A participação da comunidade se refere à atuação desta na gestão (formulação e controle de políticas públicas de saúde); e a hierarquização da atenção à saúde é tida como a organização dos serviços em níveis de complexidade, estruturados em fluxo de referência e contra-referência¹¹.

A equidade se refere à igualdade de oportunidades no acesso ao SUS, entretanto, conforme apontam estudos, no Brasil, as necessidades de saúde variam conforme as disparidades sociais e regionais, esta-

belecendo uma relação estreita entre pobreza e saúde¹². Assim, no contexto do SUS, considerando a dimensão ética e moral do conceito, equidade significa dar mais para aqueles que menos têm, favorecendo a *desigualdade justa*, de forma a compensar os efeitos das desigualdades⁷.

Destarte, ressaltando os critérios de justiça social, na lei orgânica da saúde, interpreta-se como a priorização do acesso aos grupos sociais em situação de vulnerabilidade, seja em decorrência de preconceitos ou de exclusão social¹⁰. Esse princípio da equidade é defendido por Singer como o princípio da consideração de interesses, em que não significa tratar a todos de igual modo, pois segundo ele, essa concepção diminui a diferença entre duas pessoas com níveis distintos de necessidade, como, por exemplo, no atendimento à saúde. Esse princípio fundamenta eticamente a igualdade.

A equidade torna possível a solidificação do direito universal à saúde das pessoas, construindo a autonomia destes como cidadãos, como usuários do sistema de saúde e como centro do processo de organização das práticas de saúde¹⁰.

Hoje, da população brasileira, aproximadamente, 70% são dependentes do SUS⁷. Entretanto, esse sistema ainda encontra-se em pleno processo de consolidação, o que pode explicar as dificuldades organizacionais vivenciadas por ele. Consoante à grande demanda por serviços de saúde, muitas vezes o SUS não consegue acolher de forma substancial as necessidades de saúde da população. A deficiência de profissionais, assim como de investimentos e recursos materiais não suprem a necessidade desse contingente, concorrendo para o que chamamos hoje de *universalização excludente* das políticas de saúde.

No âmbito do SUS, as desigualdades e as iniquidades no acesso dos usuários aos serviços básicos essenciais são banalizadas. Os brasileiros são submetidos a filas sem garantia de atendimento, aguardam horas em locais de espera e quase sempre precisam percorrer mais de um estabelecimento para realizar exames ou obter medicamento¹³. A lógica do sistema é tornar a organização dos serviços mais fácil à vida do usuário, no usufruto de seus direitos, o que nem sempre acontece¹⁴. A consecução da minimização do sofrimento e a maximização do prazer significariam nesse sentido dirigir políticas públicas mais eficazes na priorização do cuidado em saúde. Tais medidas levam em consideração escolhas para resolução de dilemas e problemas de natureza ética.

Nesse sentido, o sistema urge por mudanças radicais das práticas e do modo de organização dos serviços de saúde a fim de efetivar a qualidade e resolutividade das ações de saúde. Isso significa concentrar-se no usuário como ser integral. A equidade, isto é, o atendimento de acordo com a necessidade de

cada um, e a humanização almejada devem ter como eixo a garantia de acesso adequado e oportuno aos serviços de saúde que tenham potência de responder às necessidades dos usuários¹⁴.

A presença destes nas decisões do aparelho do estado, exercendo o controle social, constitui um dos modos mais eficazes para garantir a implementação de medidas que possam efetivar a humanização dos serviços de saúde, evitando que os agentes do poder público assumam condutas paternalistas e autoritárias, contrárias à vontade das pessoas ou comunidades¹³. Essa forma de participação da sociedade como prática de controle social respeita o princípio da igualdade defendida pelo utilitarismo, haja vista que o mesmo impõe a equivalência dos interesses do sujeito, sem que nenhum deles prepondere sobre o outro.

Partindo da premissa de que muitas vezes a qualidade das práticas no setor privado é superior à do SUS, a população que possui melhores condições econômicas, a fim de assegurar a assistência e à saúde de qualidade, busca serviços privados de saúde. Uma prova disso é a expansão acelerada de planos de saúde no Brasil¹⁵. Além disso, percebe-se uma duplicidade nas práticas: um mesmo profissional atua de maneira distinta no SUS e no setor privado, desfigurando o sentido da igualdade¹⁴. De acordo com o utilitarismo, nenhuma discriminação fundada na condição econômica é defensável, pois não podemos inferir nada acerca das aptidões morais e intelectuais daquela pessoa. Deve-se criar um ambiente de imparcialidade nos sujeitos, de modo que as preferências não influam no juízo ético da escolha dos valores.

A questão da integralidade proposta também merece algumas considerações. A ênfase na prevenção em detrimento da assistência poderia significar uma ameaça ao princípio da equidade, pois, neste caso, desviaria recursos dos pobres e doentes para os ricos e saudáveis, e dos idosos enfermos para os jovens saudáveis^{16,17}. Ou seja, sempre que os princípios da universalidade e da integralidade ferem o da igualdade, isso se deve a algum tipo de funcionamento *excludente* que é intrínseco à prática de saúde em questão¹⁸.

Assim, cabe ao governo federal, como também a toda a população, o compromisso de consolidar a reforma sanitária brasileira, fundando as responsabilidades do estado em relação à proteção social e ao acesso universal a toda a população, efetivando a garantia dos direitos desta^{8,10}.

Faz-se indispensável enfatizar a construção da equidade na oferta e utilização dos serviços públicos de saúde, viabilizando a ampliação do acesso e a extensão de cobertura de serviços com qualidade. Esta, por sua vez, não deve ser confundida com iniciativas que oferecem serviços precários e de caráter compensatório¹⁰.

Dessa forma, o SUS deve ser fortalecido em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde, dentro de um modelo que garanta seus princí-

pios e enquadre a ética e a resolutividade em suas ações¹⁹. Não esquecendo que o acesso extrapola a assistência à saúde em si, e está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo, educação, entre outros²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Sanitária ocorreu no final da década de 1970 e se consolidou na década 1980 com o objetivo de propor um sistema de saúde organizado e universal, que viesse a minimizar as diferenças na assistência à saúde, antes voltada para um grupo específico e não para todos. No entanto, mesmo após 22 anos de construção do SUS, é possível perceber que as diferenças entre *ricos* e *pobres* continua sendo significativa nesse contexto.

Peter Singer apresenta em seu texto o conceito e a discussão sobre a pobreza absoluta, caracterizada pelo completo estado de destituição de oportunidades de uma vida mais digna, como alimentação, moradia, estudo e decência humana. É possível refletir que a pobreza absoluta seria também a principal causa do sofrimento humano.

O destaque para os termos *ricos* e *pobres* se dá justamente devido a essa discussão sobre a pobreza e conseqüentemente sobre o processo excludente, que ainda ocorre de maneira tão forte na sociedade. Os princípios do SUS são facilmente burlados para atender aos interesses de grupos, que não representam, em geral, o bem-estar de todos, e isso aumenta as diferenças e a pobreza que se tornam cada vez mais absolutas.

Espera-se que o presente estudo favoreça a reflexão ética sobre a desigualdade social presente na assistência à saúde no Brasil, o qual possui um sistema de saúde, o SUS, que se propõe a ofertar serviços de saúde gratuitos e integrais para todos os cidadãos, independente de seu poder aquisitivo. Dessa forma, deve direcionar-se para mudanças significativas, como a priorização de acesso aos grupos de maior vulnerabilidade, maior oferta de serviços e profissionais capacitados, melhorando assim a qualidade do atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Singer P. Ricos e pobres. In: Singer P. Ética prática. São Paulo: Martins Fontes; 1993. p. 229-59.
2. Abbagnano N. Dicionário de filosofia. Tradução de Alfredo Bosi e colaboração de Maurice Cunio. 3ª ed. São Paulo: Mestre Jou; 2002.
3. Outhwaite W, Bottomore, T. Dicionário do pensamento social do Século XX. Tradução de Eduardo Francisco Alves e Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2006. p. 785-6.
4. Marchon CR. As relações entre a ética médica e a ética da prática da medicina militar em conflitos armados [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saú-

- de Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
5. Romero DE. La pobreza, el crecimiento demográfico y el control de la natalidad. Una crítica a la perspectiva ética de Peter Singer sobre la relación entre ricos y pobres. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14:531-41.
 6. França ISX, Pagliuca LMF. Utilitarismo, pobreza e desenvolvimento dos portadores de deficiência. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007; 15:857-63.
 7. Westphal MF, Wallerstein N. Saúde, desenvolvimento e Equidade. *Promotion & Education [Periódicos CAPES]* 2007 [citado em 01 jan 2012]. 14:31-2. Disponível em: http://ped.sagepub.com/content/14/1_suppl/31.
 8. Junges JR. Direito à saúde: biopoder e bioética. *Interface Comunic, Saúde, Educ*. 2009; 13:285-95.
 9. Sistema Único de Saúde [site de internet]. O que é SUS. [citado em 20 fev 2012] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627.
 10. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS- Participa SUS. 3ª ed. série B. Brasília (DF): Gráfica do MS; 2011.
 11. Governo Federal (Br). Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): Gráfica do Senado Federal; 1990.
 12. Egrý EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Ciosak SI et al. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade: abordagem geral. *Rev esc enferm USP [SciELO-Scientific Electronic Library Online]* 2007 [citado em 21 mar 2012]. 41: 762-4. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
 13. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3):30-5.
 14. Mattos RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface Comunic, Saúde, Educ*. 2009; 13:771-80.
 15. Figueiredo LF. Serviços hospitalares e mercado privado de planos de saúde: desafios e relacionamento. *Ciência & Saúde Coletiva [SciELO-Scientific Electronic Library Online]* 2007 [citado em 21 fev 2012]. 12:841-3. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
 16. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet*. 2008; 372:1997-9.
 17. Heath I. In deference of a National Sickness Service. *BMJ*. 2007; 334:19.
 18. Teixeira RR. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. *Interface Comunic, Saúde, Educ*. 2009; 13:785-9.
 19. Camelo SHH. Políticas de recursos humanos: sistema único de saúde, bases legais e implicações para a enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:589-94.
 20. Oliveira DC, Silva LL. O que pensam os usuários sobre a saúde: representação social do Sistema Único de Saúde. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18:14-8.