

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

JAQUELINE MARIA DE OLIVEIRA LIMA

**ACESSO ÀS CIRURGIAS CARDÍACAS NO BRASIL
À LUZ DO CONCEITO PRINCIPALISTA**

**LONDRINA
2023**

JAQUELINE MARIA DE OLIVEIRA LIMA

**ACESSO ÀS CIRURGIAS CARDÍACAS NO BRASIL
À LUZ DO CONCEITO PRINCIPIALISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Área de concentração: Bioética Social e Ambiental, da Escola de Medicina e Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientadora: Profa. Dra. Caroline Filla Rosaneli

**LONDRINA
2023**

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Edilene de Oliveira dos Santos CRB-9 /1636

L732a
2023
Lima, Jaqueline Maria de Oliveira
Acesso às cirurgias cardíacas no Brasil à luz do conceito principialista / Jaqueline
Maria de Oliveira Lima ; orientadora: Caroline Filla Rosaneli. -- 2023
43 f. ; il. : 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba,
2023.

Bibliografia: f.38-43

1. Bioética. 2. Coração – Cirurgia - Brasil. 3. Direito à saúde. 4. Equidade em
saúde. I. Rosaneli, Caroline Filla. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº23/2023
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: BIOÉTICA

Em sessão pública às dez horas e trinta minutos do dia vinte e três de agosto do ano de dois mil e vinte e três, via plataforma zoom realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação **ACESSO ÀS CIRURGIAS CARDÍACAS NO BRASIL** apresentada pela aluna **Jaqueline Maria de Oliveira Lima** sob orientação da Professora Doutora Caroline Filla Rosaneli como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professora Doutora Caroline Filla Rosaneli
Presidente (PUCPR)

Documento assinado digitalmente
gov.br CAROLINE FILLA ROSANELI
Data: 28/08/2023 17:21:52-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Professor Doutor Anor Sganzerla
Membro interno (PUCPR)

Professora Doutora Samanta Winck Madruga
Membro externo (UFPEl)

Documento assinado digitalmente
gov.br SAMANTA WINCK MADRUGA
Data: 28/08/2023 16:51:17-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Início: 10:30 h Término 11:50 h

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado **APROVADO**. A aluna está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para ao cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGb/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluna: Jaqueline Maria de Oliveira Lima

Documento assinado digitalmente
gov.br JAQUELINE MARIA DE OLIVEIRA LIMA
Data: 02/10/2023 17:59:45-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Professor Doutor Mario Antonio Sanches
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

À memória eterna dos meus amados pais Romeu e Zilda, cujo amor e apoio foram a luz que iluminou meu caminho acadêmico. Cada conquista desta jornada é um tributo à sua dedicação inabalável. Seu amor incondicional e valores moldaram minha jornada acadêmica, e é com profundo carinho que compartilho este marco com vocês em pensamento.

Ao meu querido esposo Daniel, cuja paciência, compreensão e incentivo constante tornaram possível conciliar os desafios do estudo com as alegrias da vida em conjunto. Sua presença é meu porto seguro.

Às minhas amadas filhas, Maria Isabel e Maria Teresa que são minha razão de ser, dedico este trabalho. Que este esforço possa inspirá-las a perseguir seus próprios sonhos com a mesma experiência e paixão que guiaram minha busca pelo conhecimento, sua alegria contagiante lembram-me todos os dias da importância de persistir e lutar por um futuro melhor. Cada linha desta tese é um passo em direção a um mundo que desejo para vocês.

À minha irmã Ana Caroline, companheira de todas as horas, que sempre acreditou no meu potencial e me inspirou a superar obstáculos. Sua força é meu exemplo.

À minha querida família, por seu amor incondicional e encorajamento constante ao longo desta trajetória. Cada conquista é compartilhada com vocês. Seus sorrisos de orgulho são as recompensas mais preciosas desta jornada.

À minha orientadora Caroline, cuja sabedoria, orientação e paciência me guiaram neste percurso acadêmico. Sua dedicação é o farol que ilumina minha pesquisa.

Com carinho e gratidão, Jaqueline.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus profundos agradecimentos a todas as pessoas e entidades que desempenharam papéis fundamentais na realização desta tese de mestrado, permitindo-me alcançar este marco significativo.

Aos meus queridos parceiros e colegas de equipe, minha gratidão por compartilharem sua experiência e conhecimento ao longo deste percurso. Nossa colaboração foi essencial para o sucesso desta pesquisa, e a troca de ideias enriqueceu significativamente o desenvolvimento das nossas abordagens.

Ao HONPAR, o meu reconhecimento sincero pelo suporte contínuo e pelos recursos fornecidos ao longo deste projeto. Sua dedicação ao avanço do conhecimento e à promoção da pesquisa é uma fonte de inspiração.

À minha orientadora Caroline Filla Rosaneli, sou imensamente grata por sua orientação, expertise e orientação cuidadosa. Suas instruções e conselhos moldaram não apenas o desenvolvimento desta tese, mas também minha perspectiva profissional. Sua orientação foi uma luz que me ajudou a navegar por este desafio com confiança.

Este trabalho é o resultado da colaboração, dedicação e apoio de muitas pessoas e organizações. Cada um de vocês contribuiu de maneira única para o sucesso desta empreitada, e estou profundamente grata por ter tido a oportunidade de trabalhar com indivíduos tão talentosos e tão comprometidos.

Na trama intrincada da busca pela equidade e justiça em saúde, cada elo de cuidado é tecido com a autonomia de oferecer a todos o direito inalienável a uma vida saudável e plena. Assim como a balança da justiça busca o equilíbrio, o ideal da equidade em saúde demanda que os recursos e oportunidades sejam distribuídos de maneira justa, dismantelando as barreiras que perpetuam as disparidades. Nessa jornada coletiva, a bússola moral nos orienta a criar um horizonte onde cada indivíduo, independentemente de sua origem, possa caminhar em direção à saúde com passos firmes e seguros, sabendo que a busca pela justiça é a estrada que nos guia à plenitude da condição humana.

RESUMO

As leis que norteiam a saúde no Brasil estão descritas na Constituição Federal de 1988. Marcados pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, quando diversos atores participaram de sua elaboração, os novos princípios doutrinários do agora Sistema Único de Saúde foram criados de forma com que a saúde fosse direito de todos e dever do Estado. Esses princípios estão amparados na filosofia de que todo cidadão tem o direito à saúde (Universalidade), que lhe atendam em todo o território nacional e nas mais diversas demandas (Integralidade), de forma justa e igualitária como a qualquer outro cidadão, independente do que os diferencie (Equidade). Todavia, diversos são os aspectos que podem impedir que esses princípios sejam atendidos, sobretudo no que tange a casos mais específicos que não são, portanto, casos a ser solucionados na Atenção Primária, mas na Secundária e/ou Terciária (Atenção Especializada). Esse é o caso da maior parte das cirurgias cardiovasculares, em que grande parte dos cidadãos encontram barreiras ao seu acesso. Dessa forma, objetivou-se revisar, à luz da bioética, o acesso às cirurgias cardíacas no Brasil e, dessa forma, mostrar quais são as questões que impedem os indivíduos de terem acesso, bom procedimento e boa recuperação de uma cirurgia cardiovascular. Para isso, uma busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foi feita em abril de 2022 e atualizada em abril de 2023, utilizando-se os descritores DeCS/MeSH combinados com o operador booleano “AND”: “*cardiac surgery*” and “*inequality*” and “*Brazil*” e “*cardiac surgery*” and “*access*” and “*Brazil*”. Foram utilizados os seguintes filtros: 1. Texto completo; 2. Idioma: inglês, português e espanhol; 3. Tipo de publicação: artigo; 4. Ano da publicação: 2013 a abril de 2023. Ao todo, foram encontrados 32 artigos, e foram selecionados, após leitura dos resumos, 16 textos. Diversos aspectos foram encontrados nessa busca, tais como questões relacionadas a desigualdades regionais; questões sociais e acesso às cirurgias cardiovasculares; desigualdades socioeconômicas; questões relacionadas à espera para cirurgias cardiovasculares; questões relacionadas a orientações pré e pós-cirurgias e recuperação hospitalar/domiciliar; problemas com acesso à cirurgia pediátrica; questões relacionadas ao acesso da informação pela classe médica; e problemas que impactam o acesso, relacionados à formação de cirurgiões cardiovasculares. Dessa forma, percebe-se que, embora os princípios doutrinários que norteiam o Sistema Único de Saúde no Brasil sejam democráticos e idealistas, na prática, a desigualdade não permite acesso, de forma igualitária, para todos os cidadãos brasileiros.

Palavras-chave: Cirurgias cardíacas. Equidade. Brasil. Bioética.

ABSTRACT

The laws that guide health in Brazil are described in the Federal Constitution of 1988. Marked by the VIII National Health Conference in 1986, where several actors participated in its elaboration, the new doctrinal principles of now, the Unified Health System, were created in a way making health a right for all and a duty of the state. These principles are supported by the philosophy that every citizen has the right to health (Universality), which meets him throughout the national territory and in the most diverse demands (Comprehensiveness), in a fair and equal manner as any other citizen, regardless of what the differentiate (Equity). However, there are several aspects that can prevent these principles from being met, especially with regard to more specific cases that are not, therefore, cases to be solved in Primary Care, but in Secondary and/or Tertiary Care (Specialized Care). This is the case of most cardiovascular surgeries, where most citizens find access barriers. Thus, the objective was to review access to cardiac surgeries in Brazil in the light of bioethics, and thus, to show what are the issues that prevent individuals from having access, good procedure, and good recovery from cardiovascular surgery. For this, a search in the Virtual Health Library (VHL) database was carried out in April 2022 and updated in April 2023, using the DeCS/MeSH descriptors combined with the Boolean operator "AND": "cardiac surgery" and "inequality" and "Brazil" and "cardiac surgery" and "access" and "Brazil". The following filters were used: 1. Full text; 2. Language: English, Portuguese and Spanish; 3. Type of publication: Article; 4. Year of publication: 2013 to April 2023. In all, 32 articles were found, and 16 texts were selected after reading the abstracts. Several aspects were found in this search, such as: issues related to regional inequalities; social issues and access to cardiovascular surgeries; socioeconomic inequalities; issues related to waiting for cardiovascular surgeries; issues related to pre- and post-surgery guidance and hospital/home recovery; problems with access to pediatric surgery; issues related to access to information by the medical profession; and, problems that impact access related to the training of cardiovascular surgeons. Thus, it is clear that, although the doctrinal principles that guide the Unified Health System in Brazil are democratic and idealistic, in practice, inequality does not allow equal access for all Brazilian citizens.

Keywords: Heart surgeries. Equity. Brazil. Bioethics.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Descrição dos estudos inclusos na revisão integrativa de acordo com autor (es), periódicos e ano da publicação	20
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DCNT	Doenças crônicas não-transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
RBT	Registro Brasileiro de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 O PAPEL DA BIOÉTICA E QUESTÕES DE SAÚDE PÚBLICA	11
1.2 O ACESSO AO SUS E SEUS DESAFIOS	15
1.3 OBJETIVO	18
1.3.1 Objetivo Geral	18
1.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	18
2 RESULTADOS	20
3 DISCUSSÃO	21
3.1 QUESTÕES RELACIONADAS A DESIGUALDADES REGIONAIS	21
3.2 QUESTÕES SOCIAIS E ACESSO ÀS CIRURGIAS CARDIOVASCULARES	24
3.3 QUESTÕES RELACIONADAS A ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS-CIRURGIAS E RECUPERAÇÃO HOSPITALAR/DOMICILIAR	27
3.4 PROBLEMAS COM ACESSO À CIRURGIA PEDIÁTRICA	29
3.5 QUESTÕES RELACIONADAS À INFORMAÇÃO E ACESSO À CAPACITAÇÃO DA CLASSE MÉDICA	30
3.6 UMA ANÁLISE DAS BARREIRAS AO ACESSO ÀS CIRURGIAS CARDÍACAS À LUZ DA BIOÉTICA	31
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

Refletir sobre as iniquidades que impactam na saúde de milhões de brasileiros assumiu, nos últimos anos, um caráter mais do que necessário e tornou-se uma agenda absolutamente emergencial. O direito ao acesso à saúde deve respeitar os aspectos legais e, além disso, considerar que a dignidade da pessoa humana é multidimensional, envolvendo as integridades física e psíquica do indivíduo, a plenitude moral, a liberdade e as condições materiais de bem-estar para superar as iniquidades sociais e a proteção à sociedade em saúde no Brasil (VIEIRA; MONTEIRO; SILVA, 2021).

No momento delicado pelo qual o mundo todo passou por uma pandemia sanitária, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro deixou evidente para todos que, sem a sua existência, é absolutamente impossível existir uma saúde que consiga minimamente atender, de forma digna, à população brasileira. Em face dessa demonstração de absoluta pujança e do seu caráter indispensável ao país, é que a discussão sobre mecanismos para se levar uma saúde mais equânime a populações desassistidas voltou à baila.

Trata-se de um debate epistemológico ou acadêmico e, também, um diálogo político-social que, de fato, seja revertido em ações práticas para os milhões de necessitados que padecem de doenças que poderiam ser prevenidas ou para aqueles que morrem pela falta de assistência médica hospitalar, à espera de uma cirurgia. A iniquidade pode-se refletir desde o nível primário de acesso ao diagnóstico até a mais alta complexidade do sistema de saúde, em uma cirurgia e suas intercorrências pós-cirúrgicas.

Nesse sentido, faz-se premente o entendimento, sob a perspectiva bioética, da maneira como essas desigualdades são delineadas e a sua conformação na sociedade brasileira, na maioria das vezes amparada por mecanismos legalmente estabelecidos, além daqueles que, de modo estrutural, foram responsáveis pela exclusão de uma grande parcela dessa sociedade.

Compreender esses fatos, à luz de referenciais capazes de trazer uma discussão sobre formas de se conferir autonomia e acesso à saúde às pessoas e que objetivamente sejam possíveis de se multiplicar nos meios sociais, é o princípio do movimento pela liberdade e o início de uma caminhada para a consolidação das

rupturas históricas de classes socioeconômicas menos favorecidas no que se refere ao acesso à saúde no Brasil.

As evidências sobre a influência que os fatores sociais, os quais incluem educação, situação de emprego, nível de renda, gênero e etnia que exercem sobre a saúde individual, têm se tornado cada dia mais salientes. As disparidades entre ricos e pobres, como parte da formação histórico-social do Brasil, assumiu, nos últimos anos, índices alarmantes (BARATA, 2009).

Os fatos mais preocupantes diante desse cenário talvez sejam a naturalização da pobreza e a aceitação da desigualdade a ponto de a sociedade permanecer neutralizada e estéril em face a tantas iniquidades (ACCORSSI; SCARPARO; GUARESCHI, 2012), aceitando-a como um resíduo das origens pós-modernas dos sujeitos.

Estudos sobre as desigualdades de mortalidade em diferentes áreas geográficas brasileiras, por meio de indicadores socioeconômicos compostos, mostram que o desfecho mortalidade tem direções diferentes em cada região. Dessa forma, é necessário se estudar as desigualdades regionais para compreender e ampliar o conhecimento sobre disparidades socioeconômicas, principalmente em análises que consideram diferentes níveis geográficos, como municípios ou outras pequenas áreas (DIÓGENES *et al.*, 2022).

Sendo assim, a reflexão sobre equidade se faz fundamental como uma prática capaz de corrigir eventuais equívocos legais e de trazer justiça social. Nessa perspectiva, Corgozinho e Oliveira (2016) explicitam que a bioética lança luz sobre as situações persistentes, em que as desigualdades em saúde ainda estão presentes nas sociedades contemporâneas.

1.1 O PAPEL DA BIOÉTICA E QUESTÕES DE SAÚDE PÚBLICA

Na sua concepção inicial, a bioética não atribuía uma consideração substancial às questões sanitárias nem se propunha a explorar os aspectos éticos relacionados à saúde pública, também denominada saúde coletiva. Potter, em sua obra seminal “Bioética: ponte para o futuro” (1971), delineia uma perspectiva que vai além das preocupações exclusivas das ciências biomédicas, incorporando a dimensão global da saúde. Ao reconhecer a interconexão entre saúde individual e coletiva, Potter

destaca a necessidade de considerar não apenas os aspectos clínicos, mas também os contextos sociais, econômicos e ambientais que moldam a saúde pública em escala mundial. Sua abordagem visionária sugere que os desafios éticos na área da saúde não podem ser plenamente compreendidos nem adequadamente abordados sem uma perspectiva global e interdisciplinar. Nesse sentido, a bioética de Potter estabelece uma ponte crucial entre as questões éticas e as realidades da saúde pública global, destacando a importância de uma abordagem ética abrangente para lidar com os desafios complexos que afetam a saúde das populações em todo o mundo.

Posteriormente, Beauchamp e Childress (1979) dedicam uma atenção explícita às questões sanitárias em sua obra seminal, “Princípios de Ética Biomédica”. Ao longo das edições subsequentes, especialmente a partir da quarta edição, notando a sétima edição, a mais recente, os autores estabelecem uma conexão mais intrínseca entre as questões sanitárias e o principlismo bioético. Destacam, sobretudo, o antagonismo desse princípio em relação à autonomia, enfatizando a importância da justiça nesse panorama bioético global, que se enraíza nos conceitos visionários de Potter. A visão principlista, delineada por Beauchamp e Childress, emerge como um quadro ético robusto, proporcionando um arcabouço conceitual sólido para a análise e resolução de dilemas éticos no âmbito biomédico, conforme influenciado pelas contribuições pioneiras de Potter à bioética.

Na América Latina, o tema foi abordado pioneiramente em um livro publicado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), intitulado “Dimensão da ética em saúde pública” (1995). O capítulo central dessa obra discute exatamente a relação entre a bioética e o campo da saúde pública, sendo o acesso à saúde um dos temas centrais. Giovanni Berlinguer, um renomado especialista italiano em saúde pública, escreveu no prefácio do livro que essa publicação representava a primeira tentativa bem-sucedida de se abordar o assunto sob a perspectiva e experiência de um grande país do Hemisfério Sul, “rico em movimentos populares e experiências culturais, mas atormentado pela pobreza e injustiça” (GARRAFA, 1995, p. 72). Segundo Berlinguer (1996), o livro reforçava o conceito moral contido na Constituição Federal brasileira de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, o que ele considerava uma conquista moral e social. A obra aborda com clareza a diferença e a conexão entre o direito à saúde e o direito à assistência médica.

Diversos estudiosos, ao discutirem a relação entre bioética e saúde pública, ressaltam a importância de se considerar os conceitos de justiça e equidade como bases éticas para uma distribuição adequada de recursos e garantia de acesso aos serviços de saúde (CARVALHO; ROSANELI, 2016; CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016).

Assim, dentre as questões centrais que as iniquidades promovem, sem dúvida nenhuma, a saúde e a educação são as de maiores repercussões, pois, além do sofrimento individual, elas confluem para uma situação coletiva de pobreza e subdesenvolvimento. Discutir essas questões, seus conflitos e prioridades é obrigação ética para as nações e para os militantes do campo da bioética em particular, uma vez que, desde a publicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, a saúde faz parte dos direitos de cidadania, sem os quais as sociedades entendem que há comprometimento das condições de dignidade da vida humana (CARVALHO; ROSANELI, 2016).

Com o passar do tempo, a bioética evoluiu para abranger as questões sanitárias e a interação entre bioética e saúde pública. Nesse contexto, a justiça e a equidade se tornaram conceitos cruciais, buscando promover uma distribuição equitativa de recursos e acesso igualitário aos serviços de saúde.

Corgozinho e Oliveira (2016, p. 434) identificam, na aplicação do conceito de equidade, um marco ético na reflexão bioética sobre as temáticas da saúde pública. Além disso, eles acrescentam que a equidade em saúde está na preocupação em criar oportunidades iguais no acesso a saúde “revela, assim, a preocupação com a criação de igualdade de oportunidades no âmbito do acesso à saúde”.

O direito à saúde está intrinsecamente ligado a condições que contribuam para a saúde de todas as pessoas, abrangendo não apenas o acesso aos serviços de saúde, mas também condições dignas de trabalho, moradia adequada, transporte de qualidade, alimentação nutritiva e acesso ao lazer. Esses fatores são essenciais para se garantir a saúde e o bem-estar da população (UNESCO, 2005). No entanto, as políticas de saúde podem tanto promover quanto violar os direitos humanos, incluindo o direito à saúde. Nesse contexto, a forma como que essas políticas são concebidas e implementadas é crucial. A discriminação no acesso ou na prestação de serviços de saúde representa uma violação aos direitos humanos. É responsabilidade do Estado adotar medidas para garantir e proteger os direitos humanos, especialmente no setor

da saúde, a fim de corrigir desigualdades, iniquidades e práticas discriminatórias, assegurando saúde de qualidade para todos (UNESCO, 2005).

Um marco significativo nessa temática é a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) (GARRAFA, 2005; CORGOZINHO, OLIVEIRA, 2016). Após mais de dois anos de intensos debates, com o apoio oficial da UNESCO, foi elaborada uma proposta para essa declaração universal sobre bioética. Em 2005, duas reuniões de especialistas governamentais foram realizadas na sede da UNESCO, em Paris, onde o texto final da declaração foi definido. Finalmente, na 33ª Sessão da Conferência Geral da UNESCO, em 19 de outubro de 2005, a DUBDH foi aprovada, representando um marco importante na proteção e promoção dos direitos humanos no contexto da saúde (UNESCO, 2005).

Ao se analisar as diferentes definições sobre justiça e equidade em saúde, cunhadas por diferentes autores, é essencial se compreender como essas ideias são desenvolvidas e aplicadas às questões éticas relacionadas ao acesso aos cuidados de saúde.

Na obra “Ética a Nicômaco”, Aristóteles (2018) estabeleceu uma distinção entre duas formas de justiça: a distributiva e a corretiva. A justiça distributiva refere-se à alocação das riquezas de uma sociedade, de acordo com o mérito dos indivíduos. Já a justiça corretiva busca corrigir desigualdades na distribuição de ganhos e perdas entre as pessoas. Além disso, Aristóteles (2018) diferenciou a equidade da justiça, considerando a equidade uma forma superior de justiça, que permite corrigir possíveis injustiças da lei (Aristóteles).

Em sua obra “Uma Teoria da Justiça”, Rawls (2000) propõe um conceito de justiça como equidade, buscando conciliar os princípios de liberdade e igualdade em uma sociedade democrática contemporânea. Segundo Rawls (2000), um acordo social entre pessoas racionais levaria à escolha de princípios de justiça adequados para toda a sociedade. Ele descreve dois princípios básicos de justiça: o princípio da liberdade e o princípio da igualdade, os quais garantem igualdade de oportunidades para todos, permitindo desigualdades sociais e econômicas desde que beneficiem a sociedade como um todo.

Oliveira (2014) destaca que a justiça está relacionada à forma como as pessoas se comportam na sociedade e às suas expectativas de receber o que consideram justo. Esse conceito ético-político de justiça está intrinsecamente ligado à noção de

direitos e deveres, sendo essencial para a interação entre indivíduo, sociedade e Estado.

No campo da saúde, Whitehead e Dahlgren (2006) enfatizam as desigualdades sociais em saúde como disparidades desnecessárias, evitáveis, injustas e desleais. Essas desigualdades são caracterizadas por um padrão sistemático e consistente, sendo determinadas socialmente pelos processos que as geram e amplamente consideradas injustas em razão das estruturas sociais injustas que as perpetuam.

Whitehead (1992) considera isso preocupante, pois, de muitas pessoas, pode ser “roubado” o direito de gozar de sua máxima capacidade e saúde, pois existem pessoas sem nenhuma autonomia sobre suas escolhas e, conseqüentemente, sobre suas condições de vida e trabalho, sendo justamente esse o fato responsável pelas iniquidades em saúde.

1.2 O ACESSO AO SUS E SEUS DESAFIOS

A Reforma Sanitária, ocorrida entre 1986 e 1988, proporcionou a criação dos princípios do SUS, que é justificada pela busca de melhor acesso à saúde pela população. Esses princípios asseguram o direito à saúde ao cidadão, como uma questão central dos direitos humanos, e buscam proporcionar um acesso adequado e equitativo a todos os brasileiros, independentemente das condições geográficas e financeiras destes.

Por exemplo, o acesso aos cuidados de saúde é fundamental para que se cumpra o princípio da equidade do sistema de saúde, e o SUS busca garantir esse acesso a todos os cidadãos brasileiros, independentemente da localização geográfica, condição financeira ou qualquer outra forma de condição destes (FLEURY, 2011). O princípio da universalidade no SUS busca garantir o acesso igualitário a todos os serviços de saúde oferecidos, por este, a todo brasileiro em território nacional, independentemente da capacidade de pagamento. Dessa forma, o acesso aos cuidados de saúde não deve ser limitado apenas àqueles que podem pagar por eles. Além disso, o princípio da integralidade no SUS está relacionado à prestação de cuidados de saúde de forma abrangente, considerando não apenas aspectos físicos, mas também sociais e psicológicos. Isso implica se assegurar que os serviços de

saúde ofereçam um atendimento completo e adequado às necessidades de cada indivíduo, contribuindo para a efetividade na prestação desses serviços.

Outro aspecto relevante é o controle social, princípio fundamental do SUS que busca envolver a população na gestão e no controle das políticas de saúde. Essa participação contribui para se garantir que as decisões relacionadas ao acesso aos cuidados de saúde sejam tomadas de forma democrática e atendam às necessidades e demandas da população (BRASIL, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tem como objetivo garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. No entanto, ao se analisar criticamente o funcionamento do SUS, podem-se identificar desafios e questões que afetam sua eficácia em alcançar a equidade (PAIM *et al.*, 2011).

Um dos principais problemas enfrentados pelo SUS é a desigualdade regional. O país apresenta grandes disparidades entre as regiões, resultando em diferenças significativas no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. Enquanto algumas áreas metropolitanas possuem uma infraestrutura de saúde bem desenvolvida, muitas regiões remotas e rurais enfrentam carência de recursos e de profissionais de saúde, dificultando o acesso aos cuidados necessários.

Além disso, o financiamento insuficiente é outro desafio enfrentado pelo SUS. Apesar dos avanços conquistados ao longo dos anos, o sistema de saúde brasileiro ainda sofre com a falta de recursos adequados para atender às demandas da população. A escassez de financiamento limita a capacidade do SUS em fornecer serviços de saúde de qualidade para todos, prejudicando especialmente os grupos socioeconômicos mais vulneráveis (BARROS; SOUSA, 2016).

A gestão ineficiente também contribui para a falta de equidade no SUS. A burocracia, a falta de coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a má distribuição de recursos são alguns dos problemas enfrentados pela gestão do sistema. Essas falhas impactam negativamente o acesso igualitário aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento.

Outro ponto a ser considerado é a espera por procedimentos e atendimentos especializados. A longa espera por consultas, exames e cirurgias é uma realidade para muitos pacientes no SUS. Essa demora pode levar a agravamento das condições de saúde e prejudicar o tratamento adequado. Novamente, isso afeta desproporcionalmente os grupos mais vulneráveis, que muitas vezes não têm recursos para buscar atendimento privado.

De forma mais específica, outra situação que tem se agravado no Brasil e no mundo é o crescimento da morbidade e da mortalidade ocasionadas por doenças crônicas não transmissíveis, principalmente por doenças cardiovasculares (DCV). As DCVs têm sido a principal causa de mortalidade desde a década de 1960, sendo responsável por uma carga substancial de doenças no Brasil, segundo o documento “Estatística Cardiovascular – Brasil 2020”. Cerca de 45% de todas as mortes por DCNT no mundo, mais de 17 milhões, são causadas por DCV. O mesmo ocorre no Brasil, onde 72% das mortes resultam de DCNT, sendo 30% advindas de DCV (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Além de constituírem o principal grupo de causa de morte em todo o mundo, as DCVs são responsáveis por cerca de 70% das mortes globais, equivalendo a mais de 38 milhões de mortes por ano, sendo fator para mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de impactos adversos econômicos e sociais (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Há uma evidente linearidade entre desenvolvimento social e acesso a cirurgias cardíacas, de forma que medidas como a melhoria na Atenção Primária seriam capazes de refletir sequencialmente em todos os níveis do sistema de saúde. Salienta-se isso, pois a interface desse nível de atenção com a redução dos indicadores sociais é muito mais consistente, e seu reflexo no nível de complexidade mais elevado (Atenção Secundária e Atenção Terciária) naturalmente seria mais impactante (VIACAVA *et al.*, 2012).

Dessa forma, refletir sobre esses aspectos condicionantes ao acesso à saúde no Brasil, sobretudo relacionado às necessidades decorrentes de DVCs, não se faz apenas uma ação eminentemente ética, mas também contempla a política de assistência do SUS, prevista na sua lei orgânica, que determina a focalização de políticas aos grupos vulneráveis. A identificação de fatores relacionados ao baixo acesso aos tratamentos cardíacos, por exemplo, poderia contribuir para o surgimento de políticas públicas mais assertivas e, conseqüentemente, não só reduzir custos com a saúde e melhorar a condição de vida do cidadão, mas também dar-lhe condições de se beneficiar daquilo que é de seu direito.

Dessa forma, esta pesquisa se justifica diante da ascensão do número de doenças cardiovasculares e da necessidade de se integrar toda a população ao sistema de saúde, fazendo-se valer, portanto, a DUBDH (UNESCO, 2005), visando-se oferecer oportunidades na proporcionalidade necessária a cada cidadão, discutir

as barreiras existentes no acesso à cirurgia cardíaca, tendo-se como determinação que o fator social é de extrema relevância, não apenas como reflexão epistemológica, mas com a finalidade de produzir ações práticas em benefício dessa população desassistida.

1.3 OBJETIVO

1.3.1 Objetivo Geral

Revisar, à luz da bioética, o acesso às cirurgias cardíacas no Brasil.

1.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para esta pesquisa, foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre o acesso à cirurgia cardíaca e a sua relação com as iniquidades existentes no Brasil.

Revisões integrativas possibilitam uma visão ampliada a respeito do assunto, por terem como característica reunir estudos com diferentes metodologias (quantitativas, qualitativas, estudos experimentais e não experimentais). Dessa forma, conseguem confluir dados de grande relevância e incorporar evidências sólidas sobre o tema proposto, possibilitando uma análise crítica e conclusões gerais a respeito da área do estudo proposto (POLIT; BECK, 2006).

As etapas seguidas foram as propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010), dessa forma, inicialmente foram definidos o tema e a pergunta norteadora: quais as barreiras encontradas para o acesso à cirurgia cardíaca?

Após essa definição, foram identificados os descritores – DeCS/MeSH: “*cardiac surgery*”, “*inequality*”, “*access*”, “*Brazil*” –, para, na sequência, se realizar a busca dos estudos.

A busca bibliográfica foi realizada em abril de 2022 e atualizada em abril de 2023, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a busca de dados, os termos foram combinados utilizando-se o operador booleano “AND”, portanto, foi realizada a busca utilizando-se “*cardiac surgery*” and “*inequality*” and “*Brazil*” e “*cardiac surgery*” and “*access*” and “*Brazil*”.

Os seguintes filtros foram utilizados: 1. Texto completo; 2. Idioma: inglês, português e espanhol; 3. Tipo de publicação: artigo; 4. Ano da publicação: 2013 a abril de 2023. Na sequência, os estudos foram organizados e sumarizados de maneira concisa, com a finalidade de se formar um banco de dados. A exclusão dos artigos foi considerada para textos que tratavam apenas da técnica cirúrgica ou para duplicidade de artigos em dois idiomas.

Foram selecionados inicialmente sete artigos para a combinação “*cardiac surgery*” and “*inequality*” and “*Brazil*” e 25 artigos para a busca “*cardiac surgery*” and “*access*” and “*Brazil*”, que foram avaliados na íntegra sob os critérios de inclusão.

A discussão dos resultados encontrados ocorreu com base em uma avaliação crítica a respeito dos fatores sociais que influenciam no acesso à cirurgia cardíaca no Brasil.

2 RESULTADOS

Ao todo, foram encontrados 32 artigos, dos quais, foram selecionados, após leitura dos títulos e resumos, 16 artigos. Os artigos selecionados apresentaram a seguinte distribuição temporal: um artigo em 2013, 2019, 2020 e 2022, quatro artigos em 2014, dois artigos em 2015 e 2018 e dois artigos em 2021 e 2023.

O quadro abaixo apresenta os estudos inclusos nessa revisão.

Quadro 1 – Descrição dos estudos inclusos na revisão integrativa de acordo com autor (es), periódicos e ano da publicação

	Autores	Periódicos	Ano
1.	MEJÍA <i>et al.</i>	Braz J Cardiovasc Surg	2013
2.	LOPES <i>et al.</i>	Pulm Circ	2014
3.	CUNHA <i>et al.</i>	Braz J Cardiovasc Surg	2014
4.	JENKINS <i>et al.</i>	Pediatrics	2014
5.	BARROS <i>et al.</i>	Braz J Cardiovasc Surg	2014
6.	KEEGAN <i>et al.</i>	Europace	2015
7.	MENDONÇA; ANDRADE	Braz J Cardiovasc Surg	2015
8.	LANZONI <i>et al.</i>	Texto & Contexto Enferm	2018
9.	BORGES <i>et al.</i>	Arq Bras Cardiol	2018
10.	CORDEIRO; KRUSE	Texto & Contexto Enferm	2019
11.	ZILLI <i>et al.</i>	Braz J Cardiovasc Surg	2020
12.	LIMA <i>et al.</i>	Rev. Pesqui.	2021
13.	RIBEIRO; FARIA; SANTOS	Braz J Cardiovasc Surg	2021
14.	CANEO <i>et al.</i>	Braz J Cardiovasc Surg	2022
15.	MAIA	Braz J Cardiovasc Surg	2023
16.	MEJÍA, JATENE	Arq Bras Cardiol	2023

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

3 DISCUSSÃO

A leitura dos artigos selecionados possibilitou a construção de um arcabouço a respeito da produção do conhecimento envolvendo o acesso às cirurgias cardíacas no Brasil, como parte dos contextos continental e mundial produzidos no favorecimento de classes e na mais absoluta injustiça distributiva de recursos.

Os artigos indicados no Quadro 1 são revisados e relatados abaixo, de acordo com a organização em tópicos proposto pela autora. Outros artigos, que não os selecionados para a revisão, foram utilizados com o objetivo de fundamentar alguns tópicos e não, necessariamente, de revisá-los. Abaixo seguem tópicos em que a revisão integrativa é analisada e discutida.

3.1 QUESTÕES RELACIONADAS A DESIGUALDADES REGIONAIS

No Brasil, há 584.121 médicos(as) em todo o território nacional, porém a distribuição desse cenário apresenta-se de forma desigual para o atendimento da população. Na região Norte há 1,45 profissionais para cada 1.000 habitantes. Na região Nordeste, 1,93/1.000 habitantes. Na região Centro-oeste, 3,19/1.000 habitantes. Já na região Sul, 2,95/1.000 habitantes, e na região Sudeste 3,39/1.000 habitantes. Esses dados, apresentados por Scheffer *et al.* (2023) e por Oliveira *et al.* (2020), sugerem que há necessidade urgente de se abordar desigualdades geográficas persistentes, financiamento insuficiente, além de questões relacionadas ao acesso ao cuidado e aos profissionais e suas especialidades. O número de consultas que um indivíduo realiza, em determinado ano e lugar, é considerado internacionalmente um indicador para se analisar o acesso, utilização e qualidade de serviços, avaliar sistemas de saúde e planejar políticas de recursos humanos.

Piegas, Bittar e Haddad (2009) apontaram que, no Brasil, dentre as diversas cirurgias cardíacas realizadas pelo SUS, a mais frequente é a cirurgia de revascularização miocárdica, realizada em hospitais públicos, filantrópicos ou privados. Os autores mostraram que, entre 2005 e 2007, uma grande disparidade regional foi registrada: nas regiões Sul e Sudeste, com o maior número de leitos e hospitais especializados disponíveis na época, concentrava-se o maior número de operações por habitantes, quando comparadas com o Norte e o Nordeste,

correspondendo a 77% do total de cirurgias realizadas. Considerando-se que questões de acessos e desigualdades regionais no Brasil não foram ainda superadas, esses dados parecem ter permanência na atualidade.

Uma média de 9.000 cirurgias no ano foi registrada no banco de dados do SUS – DATASUS de 2010 a 2020. Infelizmente, nos dois anos seguintes, as cirurgias realizadas foram apenas 59% das expectativas do Ministério da Saúde. Além disso, em 2020, a pandemia do COVID-19 afetou severamente todos os programas brasileiros de cirurgia e, por consequência, aumentou as taxas de mortalidade (CANEO *et al.*, 2022).

É fato que essas desigualdades se expressam no setor de saúde, uma vez que a análise de indicadores de morbimortalidade por doenças cardiovasculares e do acesso às cirurgias cardíacas expressa, de forma clara, as iniquidades apresentadas no acesso à saúde (VIACAVA *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Lopes *et al.* (2014) destacam que a América do Sul corresponde a uma área total de 17.819.100 km² e abrange 13 países, com uma população estimada de 388 milhões de pessoas (à época), e não é uniformemente distribuída. Nela, encontram-se grandes megalópoles e, também, comunidades remotas, com a densidade populacional bem reduzida. Os principais problemas do continente são a distribuição heterogênea da atividade econômica, os contrastes sociais, a desigualdade e a pobreza. Para além das questões sociais e econômicas, os autores apontam que pelo menos dois fatores parecem desempenhar papel importante na prevalência e distribuição dos distúrbios cardiovasculares:

A primeira corresponde a diferenças geomorfológicas marcantes, com os lugares mais baixos ao nível do mar e altitudes superiores a 4.000 m no altiplano peruano, nos Andes. Em segundo lugar, a população da América do Sul é uma composição de ancestrais, grupos étnicos com origens genéticas diversas (branca, mestiça, mulata, ameríndia, negra e mestiça). Esses fatores são importantes determinantes da prevalência de distúrbios cardiovasculares, incluindo anomalias cardíacas congênitas e anormalidades da circulação pulmonar (LOPES *et al.*, 2014, p. 370).

A perpetuação das iniquidades, embora muitos esforços tenham sido envidados desde a década de 1970, no sentido de fornecer à população brasileira um acesso com laivos mais humanitários, ainda encontra uma face muito cruel, sobretudo nos espaços menos favorecidos do território brasileiro.

Segundo Lopes *et al.* (2014), atividades de pesquisa foram implementadas nos níveis básico, translacional e clínico, na América do Sul, porém, em razão das desigualdades sociais e econômicas e questões políticas, o acesso aos melhores padrões de atendimento médico continua sendo um problema regional.

Para Viacava *et al.* (2012), o acesso e assistências regionais a cirurgias cardíacas apresentam significativas e históricas diferenças por grandes regiões do Brasil, principalmente no eixo Norte – Sul. A equidade nos serviços validaria uma estratégia importante para se garantir a qualidade do cuidado, otimização dos custos operacionais e redução das desigualdades no acesso entre as regiões brasileiras.

Nesse estudo, os autores também realizaram um levantamento da quantidade de pessoas que realizaram cirurgias de revascularização e angioplastias por 100 mil habitantes entre 2002 e 2010 bem como causas associadas às desigualdades regionais. Constataram que, comparado aos países que integravam a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) à data, o Brasil apresentava uma taxa menor dessas cirurgias. No entanto, comparado às 27,5 cirurgias por 100 mil habitantes realizadas em pessoas com idade de 20 anos ou mais em 2002, houve tendência de aumento em 2010, quando alcançaram 39 por 100 mil habitantes (VIACAVA *et al.*, 2012).

Keegan *et al.* (2015), em análise dos resultados da ablação transcateter de arritmias cardíacas na América Latina, verificaram que, dos 13 centros estudados, 80% dos procedimentos eram realizados no Brasil (6.853 procedimentos) e na Argentina (5.071 procedimentos). Embora deva-se considerar que esses são dois dos países mais populosos da América Latina, a disparidade em razão das diferenças sociais é bastante evidente, sobretudo quando se olha para dados do México por exemplo, que realizou 806 procedimentos.

Dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) e do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) demonstram uma redução de 85,7% no número de transplantes cardíacos na comparação 2020 / 2021 no estado do Ceará, e, de acordo com Lima *et al.* (2021), cuja pesquisa relacionou o tempo de permanência hospitalar com as variáveis sociodemográficas, existe maior permanência hospitalar em cirurgia cardíaca em populações desprivilegiadas.

Por fim, Caneo *et al.* (2022) dialogam que, embora prevista como um direito constitucional, a assistência universal e integral não é uma realidade no Brasil, em razão das dimensões continentais do país, com desigualdades na distribuição

geográfica de centros cirúrgicos de cardiologia pediátrica e adulta. Os autores apontam que, apesar dos recursos limitados, a liderança, a paciência, perseverança, dedicação e capacidade de adaptação à adversidade foram fundamentais para o avanço da assistência em cirurgias cardíacas no Brasil.

3.2 QUESTÕES SOCIAIS E ACESSO ÀS CIRURGIAS CARDIOVASCULARES

A efetiva acessibilidade aos cuidados de saúde depende da disponibilidade de recursos adequados às necessidades individuais e comunitárias bem como da capacidade dos diferentes usuários em utilizá-los para solucionar seus problemas de saúde de maneira satisfatória. Nesse contexto, a acessibilidade aos serviços de saúde torna-se uma condição primordial para se alcançar a equidade em saúde, mesmo que limitada em nível da assistência em saúde. É fundamental se garantir que os serviços estejam disponíveis e sejam acessíveis a todos, independentemente da condição socioeconômica ou localização geográfica dos sujeitos.

A utilização dos serviços de saúde para cirurgias de revascularização é menor em grupos sociodemográficos desfavorecidos; isso está em consonância com dados estadunidenses que indicam menor acesso de afro-americanos às cirurgias de revascularização e angioplastia, quando comparados a homens brancos (VIACAVA *et al.*, 2012).

No Brasil, as DCV foram responsáveis pelos gastos diretos mais substanciais com hospitalização e indiretos, por redução da produtividade, em razão da ausência no trabalho (GUIMARÃES *et al.*, 2015; GBD, 2020).

A relação das DCNT com as DCV não se limita apenas a fatores biológicos, mas também a fatores sociais. É necessária uma ação urgente para se enfrentar a síndrome de doenças crônicas e desigualdades sociais que exacerbam a carga de doenças em populações que já estão sobrecarregadas e aumentam a vulnerabilidade destas (GBD, 2020). As DCV e suas complicações resultaram em um gasto de US\$ 4,18 bilhões na economia brasileira entre 2006 e 2015 (SIQUEIRA; SIQUEIRA; LAND, 2017).

O documento sobre Estatística Cardiovascular – Brasil 2020 (OLIVEIRA *et al.*, 2020) aponta que as DCV são responsáveis pelos maiores gastos com hospitalização no SUS e criam o principal número de pensões por incapacidade e maior carga de

morbidade para os pacientes. Segundo o estudo, no Brasil, em 2012, o SUS investiu US\$ 608,9 milhões com procedimentos terapêuticos altamente complexos realizados durante hospitalizações por DCV, e, em 2015, o custo excedeu em R\$ 5 bilhões. Estima-se que o custo com licença temporária ou permanente por DCV tenha excedido R\$ 380 milhões.

Borges *et al.* (2018) estudaram os fatores associados ao manejo inadequado de antiagregantes plaquetários em perioperatório de cirurgias, e observaram que, entre os participantes da pesquisa que mais faziam uso fora das recomendações, o que poderia afetar na sua recuperação, estavam os que tinham menor escolaridade. A educação é um direito humano fundamental, reconhecido por vários instrumentos internacionais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Convenção sobre os Direitos da Criança. Observa-se negação do acesso à escola e para as pessoas a uma educação adequada. A educação proporciona conhecimento, habilidades e oportunidades para que as pessoas possam se desenvolver plenamente e participar ativamente da sociedade. A falta de acesso à educação pode levar a desigualdades socioeconômicas, perpetuando ciclos de pobreza e marginalização (UNESCO, 2005).

A perspectiva bioética deve considerar esses problemas em sua análise e promover ações que busquem garantir o acesso universal à educação e à saúde bem como a melhoria da qualidade desses serviços para todas as pessoas. É fundamental que o governo, as organizações e a sociedade em geral trabalhem em conjunto para enfrentarem esses desafios, promovendo a igualdade de oportunidades e o respeito à garantia e aos direitos humanos de todas as pessoas.

A associação e correlação das informações demográficas e clínicas relevantes dos pacientes com os recursos necessários para cada região representam a possibilidade de adequar, aprimorar e inovar os programas de saúde. Isso auxiliaria, segundo Mejía *et al.* (2013), a promover a alocação equitativa, aumentando o acesso e a efetividade bem como caracterizando a magnitude dos recursos disponíveis e seu impacto (MEJÍA; JATENE, 2023).

Para Caneo *et al.* (2012) e Caneo *et al.* (2022), a dificuldade de acesso é apenas mais um dos problemas gerados pela pobreza e desigualdade e a cirurgia cardíaca nem sempre é considerada prioridade. O desafio para encaminhamentos cirúrgicos deve ser centrado na individualidade da pessoa, com políticas bem estabelecidas, focado na qualidade e segurança do paciente, estabelecendo

adequado e justo financiamento, educação e treinamento das equipes e monitoramento contínuo é fundamental. Tudo isso em consonância com a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005), pois esta enfatiza a importância de se abordar os encaminhamentos emergenciais com respeito à individualidade das pessoas, com políticas bem definidas e justas, com foco na qualidade e segurança do paciente e com equipes de saúde devidamente capacitadas e um sistema de monitoramento contínuo, garantindo a eficácia, segurança e qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes.

Um estudo realizado com pacientes de um hospital de ensino da cidade de São José do Rio Preto, SP, Brasil, avaliou aspectos referentes à saúde mental de 60 pacientes (43 homens e 17 mulheres) que aguardavam transplante cardíaco entre os anos de 2004 e 2012. Para tal avaliação, foram utilizados o Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) e o Inventário Beck de Depressão. O estudo constatou que é menor a qualidade de vida na mulher, quando comparada ao homem; embora o escore médio das mulheres no questionário de depressão fosse maior, não houve diferença significativa (CUNHA *et al.*, 2014). Embora não fosse o objetivo principal do estudo, é possível se inferir o impacto de se aguardar, por longos períodos, a resolução dos problemas desses pacientes, que parecem ter por reduzida a sua qualidade de vida. A tensão sobre o momento da cirurgia, a necessidade de enfrentar a doença e a perspectiva de vida dependendo da disponibilidade de órgãos tornam esse período emocionalmente angustiante. A família também compartilha do sofrimento e da ansiedade, pois vivencia o dilema de esperar por uma oportunidade de salvação para o ente querido. Além disso, fatores socioeconômicos, como a necessidade de deslocamento para centros especializados, podem agravar a vulnerabilidade, dificultando o acesso ao tratamento adequado. Nesse contexto, é fundamental se oferecer suporte psicológico, informação clara sobre o processo e assegurar que as políticas de alocação de órgãos sejam justas,

Quando o paciente fica à espera de uma cirurgia cardíaca, as vulnerabilidades psicossociais devem ser identificadas e ele necessita receber atendimento psicológico, pois os indivíduos ficam frágeis e demandam suporte para além do tempo de espera (CUNHA *et al.*, 2014). Ao se discutir “acesso”, devem-se destacar o cenário heterogêneo quanto ao número de cirurgias realizadas e a distribuição dos centros e dos recursos hospitalares. O Brasil está trabalhando para melhorar os recursos organizacionais, humanos e financeiros para alcançar melhores resultados em

questões de acessos, na medida em que as operações cobertas pelo sistema público de saúde representaram 80,8% (CANEO *et al.*, 2022; ZILLI *et al.*, 2020).

Outra condição que se deve destacar é a doença reumática como causa de doença cardíaca dos cinco aos 30 anos, uma das maiores causas de mortalidade entre jovens. A maioria dos pacientes estudados no trabalho de Fernandes *et al.* (2012) procuraram o serviço de saúde especializado já com lesão moderada à grave, fato que levou os autores à hipótese de que esses pacientes são submetidos à cirurgia tardiamente, provavelmente pelo difícil acesso à assistência médica adequada em tempo hábil. Como consequência do acesso tardio ao tratamento cirúrgico, aumenta-se a probabilidade de comprometimento da valva ou aparelho subvalvar e, consequentemente, reduzem-se as chances de sucesso e benefício cirúrgico em longo prazo.

3.3 QUESTÕES RELACIONADAS A ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS-CIRURGIAS E RECUPERAÇÃO HOSPITALAR/DOMICILIAR

Lanzoni *et al.* (2018) apontam que é necessário se consolidar o vínculo do paciente com doença arterial coronariana com a Atenção Básica, pois ele encontra dificuldades no acompanhamento de sua condição na rede pública. Na contrarreferência, ficou evidenciada a desarticulação entre os serviços de saúde, o que afeta o atendimento à pessoa submetida à revascularização miocárdica na manutenção da sua qualidade de vida.

A mortalidade e infecções ajustadas ao risco de cirurgia cardíaca congênita foram reduzidas em programas de países em desenvolvimento que participam do projeto e registro colaborativo de melhoria da qualidade. Estratégias semelhantes podem permitir rápida redução nas disparidades globais de assistência à saúde. A colaboração internacional (UNESCO, 2005) em estratégias de saúde e tecnologias é de extrema importância por diversas razões, mas, primordialmente, pelo fato de diferentes países possuírem experiências únicas, conhecimento especializado e recursos variados para enfrentarem desafios de saúde. A colaboração permite que esse conhecimento e recursos sejam compartilhados, ocorridos em abordagens mais abrangentes e eficazes para melhorar a assistência à saúde.

Lima *et al.* (2011) já indicaram que orientações educativas para os pacientes que serão submetidos à cirurgia são fundamentais. Embora 90,1% da amostra (idade média de $49,2 \pm 11,9$ anos) tenha classificado o atendimento como “bom” e “regular”, apenas 2,9%, dos 30 usuários do SUS envolvidos no estudo, relataram terem sido orientados no pós-operatório. A maioria da amostra pertencia à classe socioeconômica D (36,7%). As vulnerabilidades encontradas no acesso à cirurgia devem considerar o pós-cirúrgico como direito do paciente. Isso pode refletir uma falha no processo terapêutico, pois o processo para a cirurgia se inicia nas orientações pré-operatórias e é findado apenas no pós-operatório.

Cordeiro e Kruse (2019), em um estudo realizado no Brasil e na França, compararam os desafios e as possibilidades do retorno ao domicílio em cuidados paliativos de pacientes após cirurgia cardíaca. Os autores evidenciaram que o retorno ao domicílio é um evento que enfrenta resistência por parte das famílias e pelas concepções culturais de que unidades hospitalares de cuidados paliativos são os locais capazes de proporcionar conforto no final da vida. O retorno ao domicílio em cuidados paliativos depende do modo como a morte é significada em determinada cultura, das configurações familiares e da existência ou não de uma rede de cuidados paliativos nos sistemas de saúde de cada país.

Mendonça e Andrade (2015) discutiram que o diagnóstico de doença arterial coronariana indicada para cirurgia cardíaca tem um importante componente psicológico para o paciente e apontam as dificuldades vivenciadas, considerando que a cirurgia adquire interpretações que variam de acordo com a subjetividade dos indivíduos. Os pacientes reconheceram o benefício de discutir seus sentimentos como um meio de diminuir seu medo e ansiedade. Deve-se considerar tempo de espera e acesso ao tratamento pós-cirúrgico como uma vulnerabilidade a ser pensada sob o ponto de vista do paciente e do sistema de saúde.

Lima *et al.* (2021) analisaram dados de 200 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em um hospital universitário na região Sudeste do Brasil e compararam o tempo de permanência hospitalar com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Os autores relatam que a população que exigiu maior tempo de permanência hospitalar pós-operatória foi a população acima de 60 anos, com comorbidades prévias e de etnia negra. Há uma indicação de que as condições de alimentação, saneamento básico, acesso à informação são fundamentais para o empoderamento do indivíduo

enquanto artífice da sua própria recuperação, compondo, em última análise, uma sensação de segurança a favor do autogerenciamento da saúde em prol da cura.

3.4 PROBLEMAS COM ACESSO À CIRURGIA PEDIÁTRICA

Sandoval *et al.* (2010) já apontavam acessos à cirurgia cardiovascular na pediatria na América do Sul, com enfrentamentos e acessos desiguais também fragmentados por regiões e países. Para isso, os autores indicavam a importância da padronização de metodologias para se rastrear e documentar a epidemiologia. Somado a isso, ressaltaram a importância da educação continuada de cirurgiões como requisito para o avanço e desenvolvimento de estratégias para melhoria do acesso à saúde e de cuidados a áreas remotas e com vulnerabilidades socioeconômicas.

Pouco tempo depois, um estudo realizou uma análise sobre a taxa de realização de cirurgias cardíacas em crianças com cardiopatias congênitas. Quase 50% dos casos necessitavam de intervenção cirúrgica até o primeiro ano de vida. O estudo revelou que, das 1.300 cirurgias esperadas para essa faixa etária, apenas 46% haviam sido realizadas no estado de São Paulo, Brasil. O estudo comenta que a defasagem é ainda maior nas regiões do norte e nordeste desse estado e menor no centro-oeste e sul. Outro fato importante é que, em 2010, o estado de São Paulo possuía um IDH de 0,82, próximo ao da Polônia (0,81), a qual realizava praticamente 100% das cirurgias pediátricas necessárias. Por fim, o estudo mencionava que, além das desigualdades regionais, outras estratégias necessitavam ser executadas para que houvesse aumento do acesso a essa população tais como melhorar o financiamento da cardiologia e cirurgia pediátrica, melhorar a base de dados onde estavam inseridos os pacientes e estabelecer programas de educação permanente para diferentes áreas da saúde envolvidas com a pediatria (CANEO *et al.*, 2012).

Barros, Dias e Nina (2014) pontuaram que condições socioeconômicas precárias figuram como importante obstáculo no atendimento das necessidades quando as cirurgias cardíacas são em crianças, impactando nas condições de saúde e até possibilitando o agravamento de uma afecção existente.

Segundo Caneo *et al.* (2022), historicamente, o atendimento a crianças com cardiopatias congênitas no Brasil sempre foi muito precário. Limitações humanas e

estruturais no processo e no tempo que se leva entre o tempo de diagnóstico, encaminhamentos, cirurgia propriamente dita e o pós-cirúrgico sempre afetaram diretamente o atendimento de qualidade. Considerando tais restrições, a equipe de autores sugeriu que programas de melhoria da qualidade por meio da colaboração internacional com centros de excelência introduzidos no país têm sido fundamentais para o avanço na técnica cirúrgicas, atendimento e acolhimento da cirurgia cardíaca brasileira.

3.5 QUESTÕES RELACIONADAS À INFORMAÇÃO E ACESSO À CAPACITAÇÃO DA CLASSE MÉDICA

A criatividade no desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e dispositivos é apontada, por Mejia e Jatene (2023), como a que propiciou o grande desenvolvimento da cirurgia cardiovascular, tendo um reflexo direto na qualidade de vida dos pacientes. Para a efetivação disso, a destreza técnica, derivada do aumento do volume cirúrgico e acesso a informações de bancos de dados internacionais, auxiliou no aumento da quantidade de acessos a cirurgias, tornando-se rapidamente um dos procedimentos mais realizados no mundo.

Maia (2023) traz a reflexão de que a cirurgia cardiovascular passou por inúmeras mudanças nas últimas décadas. Tecnologias transcater, endovascular, procedimentos híbridos e cirurgia minimamente invasiva têm, sem dúvida, avançado como uma terapia para pacientes. Assim, a discussão sobre a capacitação e formação continuada em cirurgia cardiovascular no Brasil é um assunto sempre necessário para a proteção de todos os atores envolvidos nesse processo.

De igual importância ao acesso às cirurgias cardíacas está o monitoramento das condições pós-operatórias do paciente. De fato, os autores acima têm, há pelo menos uma década, atualizado instrumentos para detecção de problemas em situações pós-cirúrgicas. Um instrumento que tem sido testado e validado para a população brasileira é o SP-SCORE-SUS (SCORE: São Paulo *System for Cardiac Operative Risk Evaluation*), o qual se mostrou mais eficaz para tais diagnósticos e redução da mortalidade pós-cirurgia do que outros instrumentos europeus, como o EuroScore, ou mesmo a sua versão adaptada para a população brasileira, o InsCor (MEJÍA *et al.*, 2023).

Maia (2023) propôs uma revisão da literatura de edições de 1986 a 2022, para se discutir os desafios e cenário sobre a atual formação de cirurgiões cardiovasculares no Brasil. O autor avalia que a maioria dos artigos que discutem o treinamento em cirurgia cardiovascular no contexto nacional são editoriais e de pontos de vista de especialistas, sem estudos observacionais avaliando os programas de formação médica, sendo isso um importante aspecto a ser discutido para que ocorram avanços no cuidado dos pacientes no Brasil.

Ribeiro, Faria e Santos (2021) apontam que, no Brasil, o interesse dos estudantes de medicina em seguir um caminho de cirurgia cardiovascular é baixo, gerando vulnerabilidade em toda a cadeia de atendimento e acesso a cirurgias cardíacas no país. Portanto, criar estratégias para atrair estudantes para o caminho da cirurgia cardiovascular é condição *sine qua non* para manter viva a especialidade.

No contexto da atuação médica de acordo com o gênero, segundo o último dado da Demografia Médica no Brasil 2023, havia 2.557 cirurgiões cardiovasculares titulados, sendo apenas 10,4% mulheres (SCHEFFER *et al.*, 2023), número preocupante para as proporções de um país como o Brasil.

3.6 UMA ANÁLISE DAS BARREIRAS AO ACESSO ÀS CIRURGIAS CARDÍACAS À LUZ DA BIOÉTICA

A renomada obra de Beauchamp e Childress, cuja primeira edição foi lançada em 1979, seguida pelas edições de 1983, 1989 e 1994, apresenta uma única tradução para o português intitulada “Princípios de Ética Biomédica” (2013), que foi baseada na quarta edição de 1994. O objetivo dessa obra é descrever os princípios *prima facie* selecionados pelos autores, os quais são aplicáveis às questões morais envolvendo diversas situações da prática biomédica.

Os autores Beauchamp e Childress (2013) iniciam a discussão abordando três questões sequenciais relacionadas à justiça e à distribuição de recursos no sistema de saúde. Em seguida, eles conceituam os termos “justiça” e “justiça distributiva”, analisando teorias gerais sobre o assunto. Além disso, eles exploram problemas específicos relacionados às políticas de saúde, tanto em âmbito nacional quanto internacional, tais como a natureza da oportunidade justa e a discriminação injusta nos cuidados de saúde, entre outros.

Quanto aos princípios de justiça, os autores ressaltam que nenhum princípio moral isolado é capaz de abordar todas as questões de justiça. Eles apresentam críticas ao princípio formal de justiça, baseado na igualdade e desigualdade, apontando a dificuldade de estabelecer critérios relevantes para distinguir características prioritárias na distribuição de recursos públicos. Assim, defendem que as respostas devem ser buscadas em princípios materiais de justiça, que identificam, de forma concreta, as propriedades dos recursos a ser distribuídos.

Os autores argumentam que os princípios materiais são mais adequados para a distribuição justa dos recursos, pois eles estabelecem, de forma clara, as propriedades dos recursos a ser distribuídos. Eles discutem o exemplo do princípio da necessidade e enfatizam a importância de se estabelecer limites para as necessidades individuais ou coletivas. Além disso, destacam que a necessidade fundamental de um recurso essencial deve estar fortemente ligada à ideia de que a sua falta ou não atendimento causarão danos ao indivíduo necessitado. No entanto, os autores reconhecem que existem vários outros princípios materiais de justiça que podem ser adotados para a distribuição justa dos recursos (BECHAMP; CHILDRENS, 2013).

Por fim, os autores mencionam o princípio do livre mercado como uma alternativa ao princípio da necessidade. Eles afirmam que as políticas públicas e institucionais devem aceitar ou rejeitar diferentes princípios materiais de justiça, adotando procedimentos que permitam a ponderação adequada entre esses princípios. Embora os princípios materiais devam identificar propriedades moralmente relevantes para qualificar os indivíduos a receber recursos, os autores reconhecem que existem situações teóricas e práticas que dificultam a justificação de tais propriedades. Em seguida, eles descrevem seis princípios materiais de justiça, presentes em teorias gerais de justiça.

Os princípios materiais de justiça propostos por Beauchamp e Childress em suas teorias gerais de justiça, especialmente delineados em “Princípios de Ética Biomédica”, oferecem uma estrutura ética robusta que enriquece as discussões sobre questões de justiça em diversos contextos da ética biomédica, cuidados de saúde, saúde pública e políticas de saúde. Os seis princípios materiais de justiça são:

1. Beneficência: Este princípio destaca a necessidade de agir no melhor interesse do paciente, promovendo o bem-estar e fornecendo benefícios significativos em relação aos riscos.

2. Não maleficência: Reflete a obrigação de não causar danos desnecessários, minimizando os riscos e evitando malefícios injustificados durante a prestação de cuidados de saúde.
3. Respeito pela autonomia: Reconhece a importância da autonomia do paciente, promovendo a tomada de decisões informada e respeitando as escolhas individuais, desde que estas não infrinjam os princípios éticos fundamentais.
4. Justiça: Este princípio abrange a distribuição equitativa de benefícios, ônus e acesso aos cuidados de saúde. Busca evitar discriminações injustas e assegurar que todos tenham acesso a recursos necessários para uma vida saudável.
5. Integridade: Refere-se à honestidade e confiabilidade nas relações médico-paciente, enfatizando a importância da confiança mútua para a eficácia dos cuidados de saúde.
6. Fidelidade: Este princípio destaca a importância da lealdade e do cumprimento de compromissos, assegurando que os profissionais de saúde atuem de maneira consistente com os melhores interesses dos pacientes.

Esses princípios oferecem uma base ética abrangente que se aplica a uma variedade de situações na ética biomédica. No contexto dos cuidados de saúde, eles orientam a relação entre profissionais de saúde e pacientes, garantindo tratamento ético e respeitoso. Na saúde pública, contribuem para a formulação de políticas equitativas, abordando disparidades e garantindo acesso universal. Em políticas de saúde, esses princípios auxiliam na criação de estratégias que priorizam o bem-estar coletivo e a justiça social. Em suma, a teoria de Beauchamp e Childress fornece um arcabouço ético valioso para enfrentar desafios éticos em diversas esferas da bioética, enriquecendo as discussões sobre justiça em uma ampla gama de contextos de saúde e medicina.

Um problema relacionado ao direito aos cuidados de saúde é determinar quais direitos devem ser garantidos. Uma abordagem propõe o direito de acesso igualitário aos recursos de saúde, o que significa que as pessoas não podem ser impedidas de obter cuidados de saúde. No entanto, isso não implica que outras pessoas devam fornecer os recursos de saúde necessários.

Um direito significativo de acesso aos cuidados de saúde deve incluir a prerrogativa de obter bens e serviços específicos, aos quais cada pessoa qualificada tem uma pretensão idêntica. No entanto, os autores defendem que o direito a um mínimo decente de cuidados de saúde é um objetivo mais atrativo e realista. Esse objetivo implica em acessibilidade universal aos cuidados básicos de saúde e recursos relacionados, pelo menos dentro de uma comunidade política.

A concepção padrão dos autores envolve um sistema de saúde com dois níveis de assistência: cobertura social ampla para necessidades básicas e catastróficas, juntamente com cobertura privada opcional para outras necessidades e desejos de saúde. No primeiro nível, haveria acesso universal aos serviços básicos de saúde, como proteção da saúde pública, cuidados preventivos, atendimento primário, cuidados intensivos e serviços sociais especiais para pessoas com deficiências. No segundo nível, serviços diferenciados e opcionais estariam disponíveis por meio de seguros privados de saúde ou pagamento direto.

O conceito de “mínimo decente”, embora busque integrar diversas teorias de justiça no contexto do acesso à saúde, pode ser percebido como frágil diante da complexidade das iniquidades presentes no sistema de saúde. Nesse cenário, a justiça restaurativa emerge como uma perspectiva que oferece uma resposta potencial a essa fragilidade, proporcionando uma abordagem mais holística e centrada na reparação das injustiças.

Essa análise é realizada a partir da justiça restaurativa do principialismo (BECHAMP; CHILDRENS, 2013), que difere das abordagens tradicionais ao focar na reparação dos danos causados, na reconstrução de relações e na promoção da equidade. No contexto do acesso à saúde, isso implica reconhecer as disparidades existentes e buscar ativamente corrigi-las, não apenas abordando as necessidades imediatas, mas também trabalhando para corrigir as causas subjacentes das desigualdades.

Ao adotar a justiça restaurativa no sistema de saúde, as políticas e práticas poderiam se concentrar em restabelecer a dignidade e a igualdade, envolvendo as comunidades afetadas na formulação de soluções. Isso incluiria não apenas a prestação de cuidados médicos, mas também o fortalecimento das capacidades das comunidades, a promoção da educação em saúde e a criação de ambientes que facilitem escolhas saudáveis.

Além disso, a justiça restaurativa reconhece a importância do diálogo e da participação ativa das partes interessadas na resolução de conflitos. Isso pode ser aplicado no sistema de saúde por meio da inclusão de diversas vozes, incluindo pacientes, profissionais de saúde e comunidades, na tomada de decisões relacionadas à alocação de recursos, políticas de saúde e estratégias de prevenção.

Em suma, a justiça restaurativa oferece uma abordagem mais dinâmica e inclusiva para enfrentar as fragilidades percebidas no conceito de “mínimo decente”. Ao focar na reparação, na inclusão e na participação, ela pode contribuir para a construção de um sistema de saúde mais equitativo e responsivo às necessidades variadas e complexas das populações.

A equidade no acesso aos serviços de saúde é fortemente influenciada pelo modelo de assistência adotado pelos mais diversos sistemas de saúde. Os sistemas contemporâneos de saúde abordam questões éticas complexas, considerando fatores econômicos, políticos, sociais e culturais. É importante se ressaltar que a mera riqueza de uma sociedade não garante necessariamente a distribuição justa e equitativa dos recursos disponíveis. A equidade no acesso aos cuidados de saúde vai além da simples disponibilidade de recursos financeiros, envolvendo, também, a organização dos serviços, a capacidade de resposta às necessidades individuais e a consideração das desigualdades existentes.

Além disso, a equidade no acesso aos cuidados de saúde requer ações que visem reduzir as desigualdades. Isso significa garantir que grupos marginalizados e vulneráveis, como pessoas de baixa renda, populações rurais e comunidades remotas tenham acesso igualitário aos serviços de saúde. Para se alcançar uma equidade real, é mister se considerar as diferentes necessidades e desafios enfrentados por esses grupos, implementando-se políticas e programas específicos que garantam o acesso equitativo aos cuidados de saúde para todos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A leitura dos artigos possibilitou compreensão das barreiras e dos diferentes níveis de acesso às cirurgias cardíacas no Brasil bem como trouxe a representação do quanto é importante se fazer valer os princípios fundamentais e ideológicos do SUS.

De acordo com as teorias da bioética do princípalismo, uma participação pública razoável é indispensável em qualquer processo para estabelecer um mínimo decente e decidir quais bens e serviços devem ser oferecidos. Questões sobre alocação, racionamento e definição de prioridades devem ser abordadas como parte desse processo. Considera-se que as políticas de acesso justo aos cuidados de saúde, as estratégias de eficiência nas instituições de saúde e as necessidades globais de redução das condições prejudiciais à saúde têm importância social superior a todas as outras questões.

Diante desses desafios, é necessário um esforço contínuo para se fortalecer e aprimorar o SUS, buscando-se torná-lo mais equânime. Isso envolve investimentos adequados, melhoria na gestão, redução das desigualdades regionais e maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde. A equidade no acesso aos serviços de saúde é uma meta fundamental que deve ser perseguida, para garantir que todos os brasileiros tenham acesso igualitário a cuidados de saúde de qualidade, independentemente de sua localização geográfica, renda ou condição social.

Para tanto, o envolvimento do cidadão, ou aquilo que no SUS denomina-se de controle social, deve ser exercido em sua plenitude, pois as políticas de equidade exigem um compromisso genuíno com a descentralização do poder e da tomada de decisões, incentivando as pessoas a participar em todas as etapas da formulação dessas políticas, porém sem antes compreender suas mazelas e sua capacidade de mudança na sociedade.

A complexidade do sistema de saúde e suas iniquidades são um problema para além da própria saúde, eles passam pela esfera político-econômico-social, e o adoecer, embora seja um fenômeno biológico, tem seu gatilho sempre no âmbito social. Por isso, faz-se necessário avançar em estudos sobre os serviços de saúde com metodologias robustas, avaliando a realidade da prestação do cuidado em saúde e, também, a efetividade das políticas em saúde para melhoria da qualidade de vida populacional, incluindo pacientes com demandas de cirurgias cardíacas.

Não somente no sentido de produzir um sistema de saúde mais equânime, mas de conscientizar a sociedade sobre a sua capacidade de mobilização e dessa mudança nas mais diversas estruturas, tornar a equidade em saúde a parte de uma sociedade mais justa e igualitária, que faça valer realmente o conceito proposto pelo pensamento whiteheadiano, ainda é um desafio bioético e social. Considerando a bioética uma abordagem que busca analisar as questões éticas relacionadas à saúde, levando em consideração aspectos como a autonomia, a justiça, a beneficência e a não maleficência, ela tem papel importante na defesa dos direitos humanos, na dignidade e no acesso à saúde como um princípio fundamental para a vida humana.

Por fim, ao se considerar os princípios éticos e morais na tomada de decisões relacionadas à saúde, é possível se garantir que os indivíduos sejam tratados de forma justa e digna, recebendo o acesso adequado aos serviços de saúde e os tratamentos necessários para a manutenção de sua saúde e bem-estar. A bioética também ajuda a se entender as complexidades e as nuances envolvidas na promoção da saúde, auxiliando a se enxergar as questões de forma mais ampla e equitativa, garantindo, assim, a proteção dos direitos humanos e da dignidade de todas as pessoas.

REFERÊNCIAS

- ACCORSSI, A.; SCARPARO, H.; GUARESCHI, P. A naturalização da pobreza: reflexões sobre a formação do pensamento social. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 24, n. 3, p. 536-546, jan. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/LJ8znTF6NHKcPPPYVFWCBzb/>. Acesso em: 27 abr. 2023.
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Uberlândia: Blue, 2018 (Coleção Filosofia do Kindle).
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009 (Temas em Saúde Collection).
- BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde E Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, jan./mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Kdc66VGb5mXkMnHTHYkzVPv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2023.
- BARROS, T. L. V.; DIAS, M. J. S.; NINA, R. V. A. H. Congenital cardiac disease in childhood x socioeconomic conditions: a relationship to be considered in public health? **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 448-454, Jul./Sep. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/1678-9741.20140042>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/8b6cPzpCjMq8dqyhG9S4dHs/abstract/?lang=en>. Acesso em: 22 maio 2023.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 7th ed. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- BERLINGUER, Giovanni. **Ética da Saúde**. São Paulo: APCE/Hucitec/CEBES, 1996.
- BORGES, J. M. D. M.; ALMEIDA, P. A.; NASCIMENTO, M. M. G.; BARRETO FILHO, J. A. S.; ROSA, M. B.; SOUSA, A. C. S. Factors Associated with Inadequate Management of Antiplatelet Agents in Perioperative Period of Non-Cardiac Surgeries. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 111, n. 4, p. 596-604, Oct. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20180162>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/JS4FWBwvvgJdS86RHHsjNgd/?lang=en#>. Acesso em: 15 jun. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento orientador para os debates da 14ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: MS, 2011.
- CANEO, L. F.; JANETE, M. B.; YATSUDA, N.; GOMES, W. J. Uma reflexão sobre o desempenho da cirurgia cardíaca pediátrica no Estado de São Paulo. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 457-462, set. 2012. DOI: <https://doi.org/10.5935/1678-9741.20120076>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/nWjzJFC8Q8JFFnVQZdkxNZm/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2023.

CANEO, L. F.; MIANA, L. A.; GARROS, D.; NEIROTTI, R. A New Dawn for Brazilian Pediatric Cardiac Surgery Is on the Way - Issues Around and Outside the Operating Room. **Brazilian Journal Cardiovascular Surgery** São Paulo, v. 37, n. 4, p. 566-574, Mar. 2022. <https://doi.org/10.21470/1678-9741-2022-0141>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/HcTYhwcG8kNG6STppCmwLRh/#>. Acesso em: 23 jun. 2023.

CARVALHO, R. R. P.; ROSANELI, C. F. **Bioética e saúde pública**. Curitiba: CRV, 2016.

CORDEIRO, F. R.; KRUSE, M. H. L. It possible to die at home? Analysis of the brazilian and french scenarios. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, p. e20170602, p. 1-13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0602>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/G9vD34L8zx3YtMywtysfk7z/?lang=en#>. Acesso em: 24 jun. 2023.

CORGOZINHO, M. M.; OLIVEIRA, A. A. S. Equidade em saúde como marco ético da bioética. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 431-441, abr./jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153764>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4djDNXBQRqwKG5xwCTPD3pL/#>. Acesso em: 24 jun. 2023.

CUNHA, S. dos S.; MIYAZAKI, M. C. O. S.; VILLAFANHA, D. F.; SANTOS JÚNIOR, R.; DOMINGOS, N. A. M. Psychological assessment of patients undergoing cardiac transplant in a teaching hospital (2004 to 2012). **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 350-354, jul./set. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/1678-9741.20140085>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/h5H8YjH54f4BhM7hbMscQjx/abstract/?lang=en#>. Acesso em: 8 maio 2023.

DIÓGENES, V. H. D.; JUNIOR, E.; GONZADA, M. R.; ICHIHARA, M. Y.; QUEIROZ, B. L.; LIMA, E.; COSTA, L. C. C.; ROCHA, A.; FERREIRA, A.; TEIXEIRA, C. S. S.; ALVES, F. J. O.; RAMEH, L.; FLORES-ORTIZ, R. Diferenciais nos registros de contagem de óbitos por bases de dados no Brasil em 2010. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, n. 92, p. 1-11, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004282>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/203792/187586>. Acesso em: 11 maio 2023.

FERNANDES, A. M. S.; BITENCOURT, L. S.; LESSA, I. N.; VIANA, A.; PEREIRA, F.; BASTOS, G.; MACEDO, C. R. B.; ARAS JÚNIOR, R. Impacto do perfil socioeconômico na escolha da prótese valvar em cirurgia cardíaca. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 211-216, jun. 2012. DOI: <https://doi.org/10.5935/1678-9741.20120056>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/WjNjhFKmYBgMmQg9349Ypjz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2023.

FLEURY, S. A reforma da saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1724-1725, May 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60318-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60318-8). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 5 jun. 2023.

GARRAFA, V. **Dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: Ed. da Faculdade de Saúde Pública, 1995.

GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 122-132, 2005.

GBD. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1204-12122, Oct. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/fulltext). Acesso em: 5 jun. 2023.

GUIMARÃES, R. M.; ANDRADE, S. S. A.; MACHADO, E. L.; BAHIA, C. A.; OLIVEIRA, M. M.; JACQUES, F. V. L. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. **Revista Panamericana de Salud Pública**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 83-89, fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000200003. Acesso em: 15 jul. 2023.

KEEGAN, R.; AGUINAGA, L.; FENELON, G.; URIBE, W.; DIEZ, G. R.; SCANAVACCA, M.; PATETE, M.; CARHUAZ, R. Z.; LABADET, C.; ZULOAGA, C.; POZZER, D.; SCAZZUSO, F. The first Latin American Catheter Ablation Registry. **Europace**, v. 17, n. 5, p. 794-800, May 2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/europace/euu322>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25616407/>. Acesso em: 22 abr. 2023.

LANZONI, G. M. M.; KOERICH, C.; MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L.; BAGGIO, M. A.; HIGASHI, G. D. C. Revascularização miocárdica: referência e contrarreferência do paciente em uma instituição hospitalar. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 4, e4730016, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004730016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8jsnzDGx4jrygLPB7SBkFXd/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 8 ago. 2023.

LIMA, E. F. A.; REIS, M. M. R.; CROZETA, K.; CASAGRANDE, R. I.; LEITE, PRIMO, C. C. Avaliação do tempo de permanência hospitalar em cirurgia cardíaca em um hospital universitário. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 667-75, jan./dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.o.v12.9158>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/9158>. Acesso em: 17 jun. 2023.

LIMA, P. M. B.; CAVALCANTE, H. E. F.; ROCHA, A. R. M.; BRITO, R. T. F. Fisioterapia no pós-operatório de cirurgia cardíaca: a percepção do paciente. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 244-249, jun. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-76382011000200015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/n65sXcCY5ngLzGTKbWJMbHh/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2023.

LOPES, A. A.; FLORES, P. C.; DIAZ, G. F.; MESQUITA, S. M. Congenital heart disease and pulmonary arterial hypertension in South America (2013 Grover Conference series). **Pulmonary Circulation**, v. 4, n. 3, p. 370-377, Sep. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1086/676747>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25621150/>. Acesso em: 8 jun. 2023.

MAIA, A. da S. Cardiac Surgery Training in Brazil - What Are We Discussing in Our Journal? **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 157-161, 2023. DOI: 10.21470/1678-9741-2022-0330. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/5Wsz9tgZm4MYWFpVnsx5Srg/>. Acesso em: 8 jun. 2023.

MEJÍA, O. A. V.; DALLAN, L. A. O.; POMERANTZEFF, P. M. A.; TRINDADE, E. M.; JATENE, F. B.; KALIL FILHO, R. Estratificação de risco cirúrgico como instrumento de inovação em programas de cirurgia cardíaca no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo: ESTUDO SP-SCORE-SUS. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 263-269, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.5935/1678-9741.20130037>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/36PN4DsXbyDf7RqD8rfz9gq/?lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2023.

MEJÍA, O. A. V.; JATENE, F. B. Do volume para a geração de valor em cirurgia cardíaca: o que falta para dar a largada no Brasil? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 120, n. 2, p. e20230036, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20230036>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/WXnjRHhnbF6dRCybgPw7hdF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2023.

MENDONÇA, K. M. B.; ANDRADE, T. M. Patient's Perception About Coronary Artery Bypass Grafting. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 544-551, Sep./Oct. 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/1678-9741.20150060>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/XRBLJq4Y8yZ9jgVJL7rzdbm/?lang=en#>. Acesso em: 11 jul. 2023.

OLIVEIRA, G. C. M.; BRAND, L. C. C.; POLANCZYK, C. A.; BIOLO, A.; NASCIMENTO, B. R.; MALTA, D. C.; SOUZA, M. F. M.; SOARES, G. P.; XAVIER JÚNIOR, G. F.; MACHLINE-CARRION, M. J.; BITTENCOURT, M. S.; PONTES NETO, O. M.; SILVESTRE, O. M.; TEIXEIRA, R. A.; SAMPAIO, R. O.; GAZIANO, T. A.; ROTH, G. A.; RIBEIRO, A. L. P. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 115, n. 3, p. 308-439, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/estatistica-cardiovascular-brasil-2020/>. Acesso em: 14 jun. 2023.

OLIVEIRA, N. Teorias da justiça. In: TORRES, J. C. B. (org.). **Manual de Ética: Questões de ética teórica e aplicada**. Petrópolis: Vozes; Caxias do Sul: EDUCS; Rio de Janeiro: BNDES, 2014. p. 558-582.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIAS E A CULTURA. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Adotada por aclamação durante a 33ª Sessão da Conferência Geral da UNESCO, em 19 de outubro de 2005. Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UNB) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Tradução de Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado; Revisão: Volnei Garrafa. Lisboa, Portugal: Comissão Nacional da Unesco, 2005.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, May 2011. DOI: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext). Acesso em: 5 ago. 2023.

PIEGAS, L. S.; BITTAR, O. J. N. V.; HADDAD, N. Cirurgia de revascularização miocárdica: resultados do Sistema Único de Saúde. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 5, p. 555-560, Nov. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2009001100018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/xH FMLD73fZZDf4rVZZZ5cLd/#>. Acesso em: 22 jul. 2023.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Using research in evidence-based nursing practice. In: POLIT, D. F.; BECK, C. T. (ed.). **Essentials of nursing research**. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 457-94.

POTTER, V. R. **Bioethics**: bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971.

RAWLS, J. **Uma Teoria da Justiça**. Tradução de Almiro Pisseta e Lenita Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

RIBEIRO, T. S.; FARIA, R. M.; SANTOS, M. A. D. Medical School, Cardiovascular Surgery, and Education: how we do it in Brazil's scenario? **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 571-574, Jul./Aug. 2021. DOI: <https://doi.org/10.21470/1678-9741-2020-0365>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/4Q9xzvXNW3wzn5PWdJQc5Gb/>. Acesso em: 8 jul. 2023.

SANDOVAL, N.; KREUTZER, C.; JATENE, M.; SESSA, T. D.; NOVICK, W.; JACOBS, J. P.; BERNIER P-L.; TCHERVENKOV, C. I. Pediatric cardiovascular surgery in South America: current status and regional differences. **World Journal for Pediatric & Congenital Heart Surgery**, v. 1, n. 3, p. 321-327, Oct. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1177/2150135110381391>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23804888/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

SCHEFFER, M. (coord.). **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP; AMB, 2023. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf. Acesso em: 8 ago. 2023.

SIQUEIRA, A. D. E.; SIQUEIRA, A. G.; LAND, M. G. P. Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 109, n. 1, p. 39-46, Jul. 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20170068>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/TjBMVD83F7NMGNCJsP9kXKD/?lang=en#:~:text=Results%3A,period%20from%202010%20to%202015>. Acesso em: 7 jul. 2023.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é? e como fazer? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2023.

VIACAVA, F.; PORTO, S.; LAGUARDIA, J.; MOREIRA, R. S.; UGÁ, M. A. D. Diferenças regionais no acesso a cirurgia cardiovascular no Brasil, 2002 -2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2963-2969, nov. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CxZY7yrHv7L6JQYf6qHFYyk/?lang=pt#>. Acesso em: 10 jul. 2023.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S.; SILVA, A. L. Iniquidades sociais em tempos de pandemia de covid-19: uma reflexão. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 29, n. 3, p. 459-65, jul./set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293481>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/NBXMbThqJHswFDwDVPtGLR/#>. Acesso em: 8 ago. 2023

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. **The International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992. DOI: 10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1644507/#full-view-affiliation-1>. Acesso em: 22 jul. 2023.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. **Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006 (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, n. 3).

ZILLI, A. C.; GUIZILINI, S.; ROCCO, I. S.; SANTOS, J. A. E.; BERWANGER, O.; KALIL, R. A. K.; JATERE, F. B.; CAVALCANTI, A. B.; SANTOS, R. H. N.; GOMES, W. J. Valve Heart Surgery in Brazil - The BYPASS Registry Analysis. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 82-90, Jan./Feb. 2020. DOI: <https://doi.org/10.21470/1678-9741-2019-0408>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7089740/#:~:text=Results,in%2021%25%20of%20mitral%20procedures>. Acesso em: 22 jul. 2023.