

A Ética do Controle Social na Saúde e os Conselhos de Saúde

Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Professor Doutor, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo - USP

O autor analisa eticamente a participação popular e o controle social na saúde. Com base na análise do princípio bioético da justiça, tece comentários sobre as instâncias colegiadas institucionalizadas de controle social em nosso país, os Conselhos de Saúde, advindos da regulamentação do princípio constitucional de participação comunitária no Sistema Único de Saúde. Aponta alguns avanços e limitações do processo, observados a partir do referencial ético.

UNITERMOS - Controle social, participação popular, Conselho de Saúde

Introdução

A bioética tem prioritariamente orientado suas preocupações a partir dos avanços das ciências médicas e biológicas e suas conseqüências. Transplantes e doações de órgãos, inseminação artificial, reprodução assistida, tratamento de pacientes terminais, engenharia genética, clonagem são assuntos constantemente encontrados na literatura especializada, estabelecendo, no dizer de Berlinguer (1), uma "bioética das fronteiras da vida". Tendo por base o modelo principalista de análise ética, são valorizados especialmente os princípios da autonomia, beneficência e não-maleficência.

Sem negar a importância da reflexão das questões citadas, é preciso observar que a presente realidade das condições de vida e saúde de nosso meio, refletida em indicadores sociais, econômicos e epidemiológicos, aponta a existência de uma forte exclusão social, com existência de imensas camadas sociais marginalizadas do acesso a condições dignas de vida humana. Isto demanda da bioética e dos que a ela se dedicam refletir com mais ênfase sobre as aplicações do princípio ético da justiça.

Aliás, os primórdios da bioética estão intrinsecamente ligados ao princípio ético da justiça distributiva; pode-se recordar que um dos fatos apontados como parte de seu nascimento foi o dilema da escolha de critérios de seleção de pacientes renais crônicos que deveriam se beneficiar da utilização dos equipamentos de hemodiálise, recém-instalados em Seattle, na década de 60(2).

A responsabilidade do Estado pelas questões sociais, as políticas de saúde, a organização dos sistemas de saúde, a priorização, alocação e redistribuição de recursos humanos, materiais e financeiros, assim como a acessibilidade a serviços de saúde, os direitos dos pacientes, a participação popular e o controle social são questões éticas fundamentadas pelo princípio da justiça e inseridas no âmbito da Bioética Social (1).

Existem diversas compreensões do significado da aplicação deste princípio na saúde. Beauchamps & Childress (3) e Drane (4) apontam a existência de diversas correntes de pensamento ético que identificam justiça com autonomia ou liberdade. Consideram ser justo que a saúde seja tratada de maneira semelhante a outros bens e serviços regidos pelas leis do livre mercado, sendo este garantidor da adequação das necessidades à oferta de serviços de saúde. Esta linha de pensamento ético não considera que haja injustiça na existência das desigualdades de condições de acesso aos serviços de saúde e nem que caberia ao Estado diminuir essas mesmas desigualdades, desde que a autonomia do indivíduo seja mantida. Sua concepção do papel estatal, moldada nos pressupostos liberais, parece apontar para o papel do Estado em responder somente pela garantia da liberdade individual e pela defesa da ordem e propriedade, pouco devendo atuar em políticas sociais (5). Postulam que os serviços de saúde sejam oferecidos conforme as contribuições individuais, provenientes de salários ou rendimentos; corroboram a presença de formas organizativas de serviços de saúde baseadas no seguro-saúde individual e no pagamento direto pelo atendimento das necessidades de atenção à saúde.

Em campo diverso se encontram as correntes orientadas pelo princípio da justiça distributiva, eqüivalendo à eqüidade na distribuição dos recursos para assistência à saúde (6,7,1). Acatam a máxima "a cada um segundo suas necessidades de saúde", pela qual os iguais devem ser tratados igualmente e os desiguais devem ser tratados desigualmente, cabendo neste caso falar-se de uma discriminação positiva. Mas mesmo os adeptos dessas correntes não desconhecem a existência de um dilema ético apresentado à sociedade, aos governantes e aos administradores de saúde, qual seja, a de compatibilizarem os recursos existentes com as necessidades de saúde da população. As necessidades físicas, psíquicas e sociais são crescentes, se modificam e se sofisticam, e mesmo

em países com situação econômica mais privilegiada e estável contrapõem-se à inexistência de recursos suficientes destinados a satisfazer as suas totalidades.

Em nosso entender, as políticas públicas de saúde devem se pautar pelo princípio da equidade. Os indivíduos devem ser tratados como únicos, de maneira que os que tiverem maiores necessidades de saúde deverão ter direito à prestação de serviços diferenciados, em magnitude e em qualidade, sempre adequados a cada situação apresentada, pois saúde não pode ser vista como equivalente a objeto de consumo. Quando a Constituição expressa ser "o bem comum" objetivo das ações do Estado, afirma a conjugação dos princípios éticos da justiça e da beneficência, orientando o poder estatal a intervir nas relações sociais e econômicas para promovê-lo.

Assumindo a defesa de um sistema baseado na equidade, entendemos que para este princípio ser verdadeiramente implementado faz-se necessária a efetiva participação dos cidadãos, controlando as decisões tomadas a respeito da forma, da organização e dos caminhos a serem trilhados pelo sistema de saúde.

Breve análise ética do controle social

Participação é conquista, é processo e não concessão (8). Traduz-se por ser o eixo político das políticas sociais, e não pode ser vista como dívida dos administradores ou governantes temporários, mas sim encarada dentro da noção da ética da responsabilidade. Se, em nosso país, a conquista legal afirma o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado em garantir esse direito, o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão o dever ético de participar na tomada de decisões.

O controle social caracteriza-se pela participação popular em instâncias do aparelho de Estado, órgãos, agências ou serviços públicos responsáveis pelas políticas públicas, tornando-se instrumento necessário e indispensável para que haja eficácia dos direitos positivados em lei (9). O controle social na saúde justifica-se por ser a saúde um bem público que não pode ter suas ações e parâmetros éticos decididos unilateralmente por interesses econômicos, de grupos ou de categorias profissionais que militam no setor, por mais bem intencionadas que sejam (10).

O controle social efetua-se no exercício da vontade autônoma da coletividade, partilhando o poder de decidir questões públicas. Somente tem razão de ser quando o modelo de sistema de saúde adotado por um país se baseia na responsabilidade de Estado, pois se a responsabilidade pela saúde se restringir aos indivíduos o controle passa a ter significado bastante limitado.

Todavia, a existência de formas de participação junto à administração pública não deve ser vista como panacéia. Não é suficiente, para que haja manifestação dessa vontade, que se estabeleçam comissões, conselhos ou comitês, pois participar é redistribuir poder político. Westphal ressalta a utilização de formas de participação comunitária, baseadas em visões beneficentes, de cunho paternalista, presenciadas em diversas etapas da construção do sistema de saúde, ensejando a diminuição das tensões sociais ou tentando integrar as camadas mais pobres aos serviços de saúde; isso estimula a coesão social, mas não a busca da real autonomia da coletividade (9).

Num contexto de múltiplos e divergentes interesses, a presença de diversos segmentos da sociedade nas decisões do aparelho de Estado, exercendo o controle social, constitui uma forma de garantir o direito de tornar o Estado efetivamente coisa pública. Torna-se instrumento de redistribuição do poder estatal, que mesmo motivado pela beneficência termina, muitas vezes, assumindo formas paternalistas autoritárias.

A consideração da saúde como esfera pública por meio do controle social deve resultar na utilização do fundo público, do dinheiro público, de forma planejada, com um projeto e regras transparentes, com a presença dos interesses divergentes, ao serem tomadas as decisões (11).

Os Conselhos de Saúde

Os anos 70 e 80 foram marcados pela presença de inúmeras formas de participação popular na saúde, manifestando-se, em suas fases iniciais, principalmente por meio de reivindicações por ampliação de equipamentos e profissionais de saúde em bairros periféricos das grandes cidades brasileiras, clamando, muitas das vezes, pela conduta ética do governante _ a ser fundamentada no princípio da beneficência (12).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) constituiu o momento culminante de formatação político-ideológica do projeto da reforma sanitária brasileira (13). Entre as proposições apresentadas no relatório final da Conferência, foi destacado o estímulo à participação popular institucionalizada nos núcleos decisórios, assegurando o controle social sobre as ações do Estado. Dois anos depois, a Constituição de 1988 acatou a proposição formulada pela VIII CNS e inseriu a participação comunitária como diretriz a ser observada na organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (Constituição Federal, art.198, III).

Passados dois anos da promulgação constitucional, após intensa movimentação e luta dos setores organizados na saúde, promulga-se, em nível federal, a Lei nº 8.142/90, denominada, conjuntamente com a Lei nº 8.080/90, de Lei Orgânica da Saúde, regulamentando a participação popular junto ao Sistema Único de Saúde. A norma legal previu a existência de conferências de saúde em cada esfera de governo, com periodicidade mínima de quatro anos, as quais se constituem em instâncias responsáveis pela avaliação da situação de saúde e proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde.

A lei também criou a obrigatoriedade de organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, nos níveis nacional, estadual e municipal. De caráter permanente e deliberativo, esses Conselhos são órgãos colegiados compostos por representantes do Governo, prestadores de serviços públicos e privados, profissionais de saúde e usuários. A motivação do legislador em garantir o controle social tornou a representação dos usuários nas conferências e nos Conselhos de Saúde paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, ou seja, deve deter cinquenta por cento dos membros dessas instâncias.

As competências legais estabelecidas para os Conselhos de Saúde passam a permitir o exercício da autonomia e da responsabilidade dos principais interessados no sistema de saúde, os usuários, ao poderem atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde nas três esferas de governo, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. É atribuição dos Conselhos traçar diretrizes, aprovar os planos de saúde e fiscalizar a movimentação de recursos repassados às Secretarias de Saúde e/ou Fundos de Saúde. Além dessas competências, podem exercer o papel de instrumentos adequados para o direcionamento de reclamações de setores desorganizados da sociedade, de publicização e transparência da política pública.

A existência de formas colegiadas decisórias para a formulação e controle da implementação de políticas de saúde apresenta significado de passagem da forma de democracia representativa para uma democracia participativa, direta, possibilidade essa, aliás, prevista nos ditames constitucionais.

Porém, decorridos quase três anos da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, verificou-se que a mesma não estava tendo alta eficácia em boa parte dos estados e municípios brasileiros. Somente após a Norma Operacional Básica de 1993, advinda das propostas políticas implementadas pelo Ministério da Saúde, consubstanciadas no documento "A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei", ocorreu o crescimento, em pouco tempo, do número de Conselhos instalados. Isto se deveu à necessidade de estados e municípios regularizarem os requisitos obrigatórios contidos na Lei nº 8.142/90, para que houvesse continuidade da transferência de recursos da esfera federal.

Avanços e limitações do ponto de vista ético

A análise deontológica, fundamentada nos pressupostos kantianos, ética das intenções, dos deveres, afirma que o ato ético independe de suas conseqüências para ser julgado bom ou mau, justo ou injusto. As regras são válidas em si mesmas, como deveres. Nesta linha de raciocínio ético poder-se-ia valorizar a participação popular e o controle social como fins em si mesmos.

Refletindo, porém, sobre as bases da ética utilitarista ou teleológica, sobre o papel dos Conselhos de Saúde no processo de transformação sanitária brasileira, deveríamos buscar as conseqüências desse processo: se ocorreu a maximização dos resultados das ações empreendidas, se a alternativa escolhida resultou no maior bem para o maior número de pessoas. Nesta linha de pensamento ético deve-se questionar se existe eficácia da participação popular como instrumento de conquistas de melhorias para as políticas de saúde. Cabe, ainda, indagar-se sobre o grau de possibilidades da eficácia do controle social, de caráter contra-hegemônico, num contexto de dominação ideológica neoliberal onde o consumo e o individualismo passam a ser valores éticos dominantes, e no qual a autonomia levada ao extremo pode gerar uma verdadeira atomização ética (14).

Porém, a resposta a estes questionamentos ainda é difícil de ser dada com precisão pois o processo está em curso, ressaltando-se que os estudos sobre as instâncias colegiadas institucionalizadas de controle social na saúde apontam a coexistência de avanços, retrocessos e limitações.

Como avanço, pode ser lembrada a existência de centenas de Conselhos municipais que incorporam, nas discussões e decisões políticas do setor saúde, diversos segmentos sociopolíticos que não eram normalmente contemplados nas possibilidades dadas pela democracia representativa. Algumas importantes experiências estaduais e municipais positivas são apontadas por Westphal (9) e Pinheiro (15), mas sua descrição não caberia nesta reflexão.

Pode-se também apontar o potencial que possuem essas instâncias de poder político em ampliar a concretude do princípio da solidariedade, que cada vez mais necessita ser reafirmado no setor saúde, não somente em virtude dos problemas cotidianos de acesso e qualidade, mas também em razão do aparecimento das novas possibilidades preventivas, diagnósticas e terapêuticas, provenientes das recentes conquistas das ciências médicas e biológicas, que ensejam ampla reflexão de toda a sociedade evitando que fiquem restritas apenas aos administradores e

profissionais de saúde.

Porém, como comprovado no importante trabalho de Pedalini, diversas leis municipais, ao instituírem os Conselhos de Saúde, burlam a norma geral e retiram a natureza deliberativa da instância colegiada, transformando-a em mero órgão consultivo, de pouca eficácia na tomada de decisões sobre a política local de saúde (16).

Estudo realizado em 1993, sob solicitação do Conselho Nacional de Saúde, apontava que para a maior parte dos Conselhos estaduais faltavam dotações orçamentárias próprias, ficando seu funcionamento atrelado às estruturas das Secretarias e Departamentos de Saúde. Observações constantes levantadas pelos estudiosos do assunto revelam que esses órgãos têm se restringido, muitas vezes, aos temas relativos à assistência médica, descuidando-se, assim, de outras atribuições públicas no setor saúde e tendo sua atuação basicamente centrada em medidas de caráter meramente fiscalizador. As reuniões passam a ser puramente informativas e as principais decisões sobre as políticas de saúde não são tomadas (17).

A convivência de diversos interesses não é sempre pacífica, pois a tolerância não é elemento ético predominante em nosso meio. Como exemplos citamos os depoimentos transcritos por Pinheiro & Dal Poz (18), que revelam práticas intimidatórias contra representantes dos usuários em Conselhos municipais do Estado do Rio de Janeiro e a resistência dos profissionais de saúde em compartilhar o poder de tomada de decisões, apontada pelas pesquisas de Cohn e cols. (19).

Outro obstáculo a ser mencionado, para que o controle social seja eficaz, diz respeito às informações passíveis de uso para as decisões sobre as políticas públicas de saúde, suas prioridades e utilização das novas tecnologias disponíveis no campo da saúde. Pode-se afirmar, sem receio de falsa avaliação, que vivemos em uma época onde coexistem carência e excesso de informação. Verifica-se uma situação de precariedade de informações sobre os reais problemas de saúde do país, juntamente com a proliferação de livros, periódicos, revistas, programas de televisão e rádio, utilização da Internet e outros veículos de comunicação abordando a temática da saúde, principalmente sobre as novas conquistas tecnológicas do setor.

Essa abundância de dados não significa qualidade e confiabilidade, devido à sua fragmentação, aos filtros ideológicos dos emissores, aos sistemas de informação desestruturados, à propaganda disfarçada, aos interesses manipuladores do mercado. Ao contrário, informação indevida e mal organizada resulta em baixo potencial informativo, em desinformação, impede a real manifestação autônoma dos indivíduos e da coletividade.

Um estudo com usuários, membros de conselhos gestores de unidades de saúde no município de São Paulo, observa que a falta de informação técnica dos representantes constituía-se num dos fatores mais limitantes da capacidade de discernimento e deliberação, o que resultava em proposições de caráter vago e levava a que as reivindicações e discussões limitassem-se à assistência médica (19).

Considerações finais

Recentemente, foi emitida, pelo Conselho Nacional de Saúde, a Norma Operacional Básica 96, que pretende aprofundar o processo de descentralização de responsabilidades e recursos na saúde, caracterizando e favorecendo a ampliação das atribuições da esfera municipal e local, por meio da introdução das condições de gestão plena da atenção básica e do sistema municipal. A efetivação desta política poderá permitir um incremento do papel ético e legal dos Conselhos locais de saúde, cujas atribuições foram por ela reafirmadas. Mas, por outro lado, não se pode esquecer que vivemos numa sociedade em que o nível de organização da sociedade civil é baixa, em que mesmo propostas de associação passam a ser vistas como estranhas, quando não temidas, e na qual ainda não foi possível gerar a internalização cultural extensiva de comportamentos democráticos (8, 15).

Como bem expressaram Sposati & Lobo (11): "A construção democrática é mais palco de uma relação de conflitos do que de consenso, o que não é fácil nem de se admitir nem de se enfrentar". Entretanto, orientados pelo princípio ético da tolerância, assimilando que vivemos em uma sociedade pluralista, com valores éticos diferenciados, devemos enfrentar o desafio proposto.

Abstract - *The Ethic of Social Control in Health and the Health Councils*

The author analyses ethically popular participation of the population and social control in the health area. Based on an analysis of the bioethical principle of justice, he comments on the _ the Health Councils _ resulting from the regulation of the constitutional principle of community participation in the Unified Health System. He points out some advancements made and the limitations of the process, observed from a ethical point of view.

Referências Bibliográficas

1. Berlinguer G. Questões de vida. Salvador: APCE/Hucitec/CEBES, 1993.
2. Pessini L, Barchiointaine CP. Problemas atuais de bioética. 3ª ed. São Paulo: Faculdades Integradas São Camilo/Ed. Loyola, 1996.
3. Beauchamp T, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1983.
4. Drane JF. Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5/6):586-98.
5. Engelhardt HT Jr. The foundations of bioethics. New York: Oxford University Press, 1986.
6. Ramsey P. The patient as a person. New Haven: Yale University Press, 1970.
7. Veatch RM. Medical ethics. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1989.
8. Demo P. Participação é conquista. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1988.
9. Westphal MF. Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1992.
10. Garrafa V. A dimensão ética da saúde pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1995.
11. Sposati A, Lobo E. Controle social e política de saúde. Cad Saúde Públ 1992;8 (4):366-78.
12. Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.
13. Mendes EV. Distrito sanitário. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.
14. Pellegrino ED. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *In: Organización Panamericana de la Salud. Bioética: temas y perspectivas. Washington: OPS, 1990: 8-17. (OPS, Publicación científica, n.527).*
15. Pinheiro R. A dinâmica dos Conselhos Municipais de saúde no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ/MS, 1995.
16. Pedalini LM. Conselhos de Saúde: criação e organização no Estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.
17. Westphal MF. Gestão participativa dos serviços de saúde: qual o papel da educação em saúde para transformá-la em realidade. Saúde em Debate 1995;(47):41-5.
18. Pinheiro R, Dal Poz MR. Democratização e controle social na saúde: análise do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ/ MS, 1995.
19. Cohn A, Elias P, Jacobi P. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre as experiências do município de São Paulo. Saúde em Debate 1993;(38):90-3.

Endereço para correspondência:

Av. Dr. Arnaldo 715
CEP 01246-904 São Paulo - SP