



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

MAGDA MACHADO SARAIVA

BIOÉTICA E CONTROLE SOCIAL NOS RELATÓRIOS FINAIS DAS
CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

BRASÍLIA, DF
2016

MAGDA MACHADO SARAIVA

BIOÉTICA E CONTROLE SOCIAL NOS RELATÓRIOS FINAIS DAS
CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Faculdade de Ceilândia, Universidade de
Brasília, como requisito para obtenção do
título de Bacharel em Saúde Coletiva.
Orientadora: Profa. Dra. Flávia Reis de
Andrade

BRASÍLIA, DF
2016

MAGDA MACHADO SARAIVA

BIOÉTICA E CONTROLE SOCIAL NOS RELATÓRIOS FINAIS DAS
CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Faculdade de Ceilândia, Universidade de
Brasília, como requisito para obtenção do
título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Data de Defesa: 29/06/2016.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Flávia Reis de Andrade
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Profa. Dra. Mariana Sodário Cruz
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Prof. Ms. Sérgio Ricardo Schierholt
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato nobre. Significa que muitas pessoas foram responsáveis e influenciaram na escrita deste trabalho. Significa que não estou sozinha na caminhada, que as pessoas que amo estão ao meu lado. E este significado é ímpar para mim. Por outro lado, escrever um trabalho de conclusão de curso é como plantar uma semente. É preciso arar a terra, prepara-la para ser o suporte de uma nova árvore, que dará belos e saborosos frutos. A parte mais difícil é, porém, arrancar os ramos de plantas nocivas que nascem em volta da semente plantada. Como na parábola do Joio e do Trigo (Mateus 13: 24-30), os ceifeiros questionam ao semeador o que fazer com o joio que brota no meio do trigo. A solução é deixa-los crescerem juntos, para depois retirar a erva daninha e lança-la ao fogo. Isso resume, de certa forma, o trabalho aqui empreendido.

Não posso agradecer aleatoriamente. Quem mais me apoiou durante esse processo foi o mesmo que há alguns anos atrás me criou e me escolheu. Me curou, dando-me novas chances de dar o melhor que posso. Deixar de citá-lo aqui seria hipocrisia e falta de fé de minha parte. Se não Ele, quem me inspirou e cuidou de mim a ponto de permitir que eu permanecesse firme? Quem poderia não desistir quando eu mesma dava espasmos de incerteza? Pai, minha vida é para o Teu louvor. Salmos 116:12 expressa bem o que sinto agora: “Que darei eu ao Senhor, por todos os benefícios que me tem feito?”.

Um tanto clichê, mas a minha família é parte essencial desse trabalho. Pela educação, carinho, amor e abraços: muito obrigada. Pai, Mãe, Irmão. Vocês são a verdade que há em mim. Ao meu amor, amado de minha vida: você é o maior presente que Deus poderia ter me dado. Por suportar todos os meus surtos e incertezas, você não só me ajudou como apostou suas fichas em mim, acreditando que eu seria capaz. Você é o motivo do meu sorriso. Pelos quatro daria a vida, sem a menor dúvida.

Aos amigos e amigas, que me ajudam todos os dias a rever conceitos, que me ensinam política, geografia, saúde e amizade: vocês são pequenas representações do cuidado de Deus para comigo. Caroliny, Michelle, Laísa, Gessika, Daniela, Hosana, Laís, Rodrigo, João Roberto, Luan, Giovanni, Arthur. Nomes que tatuei em meu peito. Os levo em amor e oração.

À Universidade de Brasília, por ter deixado as portas abertas e permitido que eu fosse estudante, pesquisadora, apresentadora, representante. Por me fazer crescer e amadurecer de uma forma ímpar, por tantas vezes me arrancar lágrimas. Ter frequentado suas salas de aula, seus congressos e simpósios, ter viajado por sua conta.

Você fez despertar em mim o ser político e articulador que sempre quis ser. Obrigada por ir além das quatro paredes, obrigada por ser PIBIC, PIBEX, Monitoria, Estágio. Por ser Congresso e protesto. Por ser espaço e mundo.

À minha orientadora, Flávia Reis, palavras não serão suficientes. Não sei ainda porque te escolhi, mas tenho uma imensa certeza dentro de mim que foi a melhor escolha que fiz. Por cobrar e saber que eu posso ir além, por acreditar que eu sou capaz e estimular o esforço diário. Você é uma das maiores lições que vou levar pra minha vida. Não falo da boca pra fora, você é um exemplo de profissional para mim.

À Mariana Sodário, por fazer uma brilhante parte da minha graduação. Por gastar horas me ouvindo e dividindo comigo saberes: você foi essencial na minha caminhada. Já te disse outras vezes, quando crescer quero ser igual a você, me tornar parte da profissional inquieta e insatisfeita que você é. O mundo precisa de mais pessoas como você e Renato: que sabem e dividem, constroem e desconstroem todos os dias os saberes encaixotados em especialidades. Muito obrigada sempre!

Aos professores dos quais tive a oportunidade de ser aluna: vocês têm o poder de transformar vidas. Não porque dividem saber, mas porque o fazem com amor. Larissa, Iturri, Sérgio, Walter, Priscila, Ana Valéria e tantos outros que encaram olhinhos assustados e imaturos, que os entregam teorias e ajudam a formar opiniões: nas mãos de vocês está o futuro dessa nação. Nunca os deixem sair conformados de suas salas de aula, nunca os deixem aceitar o pior por medo de lutar. A construção do SUS do futuro depende também de vocês.

Enfim, agradecer é maravilhoso. Poderia gastar horas aqui, escrever páginas e páginas de puro carinho e gratidão. Obrigada mais uma vez a todos vocês. E a você que por algum motivo lerá este trabalho: o SUS também é seu! Avante, a luta não pode e nem vai parar.

RESUMO

A participação da comunidade, ou participação social, é um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e visa assegurar o envolvimento dos cidadãos nos processos de tomada de decisão no setor saúde. Essa participação se dá por meio do chamado Controle Social, que é efetivado pelos conselhos e conferências de saúde. Objetivou-se nesse trabalho analisar as propostas referentes ao Controle Social contidas nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), no período de 1992 a 2012, a partir da perspectiva bioética. Foi realizada uma pesquisa documental, com base em sete relatórios finais de CNS, referentes aos anos de 1992, 1996, 2002, 2004, 2008 e 2012. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. O relatório que apresentou a maior quantidade de propostas relacionadas ao Controle Social foi o da nona Conferência, realizada em 1992. Foram identificadas 11 categorias, a saber: autonomia, democracia, empoderamento, vulnerabilidade, equidade, diversidade cultural, diálogo, legitimidade, transparência, comissões de ética e responsabilidade. Os relatórios finais das CNSs não são estruturados de forma homogênea. Do total de categorias, as que tiveram o maior número de propostas foram as de transparência, diálogo e autonomia. A transparência viabiliza o exercício do Controle Social. De igual modo, o diálogo é essencial para o cumprimento das funções de um Conselho de Saúde (CS). Por sua vez, a autonomia no Controle Social é pré-requisito, nem sempre respeitado, para a atuação dos CS. Trata-se de algo fundamental para empoderá-los no processo de tomada de decisão.

Palavras-chave: Controle Social; Bioética; Conferências de Saúde.

ABSTRACT

The participation of the community, or social participation, is one of the principles of the National Health System (NHS) and aims to ensure the involvement of citizens in decision-making processes in the health sector. This participation is through the so-called social control, which is effected by health councils and conferences. This work aimed to analyze the proposals for the social control contained in the final reports of the National Conferences of Health in the period 1992-2012, from the bioethical perspective. The methodology was based on survey of documentary basis, based on seven final reports of the National Health Conference, for the years 1992, 1996, 2002, 2004, 2008 and 2012. For data analysis, we used the content analysis technique. The report that presented the highest number of proposals related to social control was the ninth Conference in 1992. 11 categories were identified, namely: autonomy, democracy, empowerment, vulnerability, equity, cultural diversity, dialogue, legitimacy, transparency, ethics committees and responsibility. The final reports of the National Health Conferences are not structured homogeneously. In the categories, the ones that had the highest number of proposals were transparency, dialogue and autonomy. Transparency enables the exercise of social control. Similarly, the dialogue is essential to the fulfillment of the functions of a Health Council. In turn, autonomy in social control is a prerequisite, not always respected for the work of the health councils. This is something fundamental to empower them in the decision-making process.

Key words: Social Control; Bioethics; Health Conferences.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CS – Conselho de Saúde

DUBDH – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

| | | |
|----------|-----------------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 12 |
| 2.1 | CONTROLE SOCIAL | 12 |
| 2.2 | BIOÉTICA | 14 |
| 2.3 | CONFERÊNCIAS DE SAÚDE | 16 |
| 3 | OBJETIVOS | 19 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL | 19 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 19 |
| 4 | MÉTODO | 20 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO | 20 |
| 4.2 | IDENTIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS | 20 |
| 4.3 | ANÁLISE DOS DADOS | 20 |
| 4.4 | ÉTICA EM PESQUISA | 22 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 23 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 38 |
| 7 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 39 |
| 8 | ANEXO | 44 |

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), produto da Reforma Sanitária que ocorreu no Brasil nas décadas de 1970 e 1980 (ROLIM, 2013), tem como fundamentos os princípios da participação da comunidade, da integralidade da assistência, da equidade, da universalidade do acesso e da descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990). O princípio da participação da comunidade, ou participação social, visa garantir a possibilidade de que os cidadãos, por intermédio de entidades representativas, possam se envolver tanto nos processos de tomada de decisão referentes ao SUS quanto no controle da execução das ações planejadas nos vários níveis de gestão – municipal, estadual e federal. Essa participação se dá por meio do chamado Controle Social, que é efetivado pelos conselhos e conferências de saúde, conforme regulamentado na Lei Federal nº 8.142/90. Os CSs são espaços paritários, compostos pela população, gestores e trabalhadores da saúde, bem como pelos movimentos sociais. As conferências de saúde são realizadas a cada quatro anos com o intuito de “avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde [...]” (BRASIL, 1990).

Na década de 1970, um cancerologista estadunidense chamado Van Rensselaer Potter criou o neologismo bioética por meio da publicação de um livro intitulado *Bioethics: a Bridge to the Future*. Potter estava preocupado com a sobrevivência da espécie humana e enxergou a bioética como um meio de associar o conhecimento científico, mais especificamente o biológico, com os valores humanos. Para ele, o desenvolvimento científico e tecnológico precisava vir acompanhado, necessariamente, de um cuidado de natureza ética (GARRAFA, 2006). De acordo com Diniz e Guilhem (2007), diversos eventos foram importantes para desencadear o processo de emergência da bioética. Apenas para exemplificar, pode-se citar o artigo científico publicado por Henry Beecher em 1966. Nele, o autor aborda vários casos de pesquisas feitas com seres humanos em condições inadequadas e alerta para a necessidade de obtenção de consentimento dos participantes. Desde o seu surgimento, a bioética passou por um alargamento da sua agenda temática e se ocupa, atualmente, não apenas de dilemas ou problemas éticos oriundos do desenvolvimento científico e tecnológico, mas, também, de assuntos referentes a políticas e sistema de saúde (GARRAFA, 2012).

A Constituição de 1988 estabelece que é dever do Estado assegurar a saúde como um direito a todos os brasileiros (BRASIL, 1988). De acordo com Fortes (1997), um sistema público de saúde deve ser baseado no princípio da equidade, que só ocorre

mediante a efetivação da participação social. Para o autor, o Controle Social pode ser visto a partir da perspectiva da ética da responsabilidade. Nas palavras dele: “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” (FORTES, 1997, p. 2). No mesmo artigo, o autor menciona algumas limitações para a efetivação da participação popular no Brasil, como a escassez de dados confiáveis para dar sustentação à tomada de decisão autônoma por parte dos integrantes dos CSs, bem como a falta de tolerância, que é um critério ético, nesses espaços que são, por natureza, de disputa de poder.

Em seu estudo, Landerdhal et al. (2010) estudaram as atas das reuniões de um conselho municipal de saúde, com o intuito de “conhecer e analisar as [suas] ações”. Os autores concluíram que grande parte das resoluções estava relacionada com a aprovação de programas e projetos da secretaria de saúde. Para eles, os resultados indicam a burocratização das atividades do conselho e que a regularidade do seu funcionamento não garante a existência de um efetivo exercício do Controle Social. A esse respeito, Fortes (1997) afirma que o Controle Social não deve ser desviado do seu propósito principal, que é a redistribuição do poder político e garantia de autonomia e poder de escolha da população. Com base no exposto, objetivou-se neste trabalho analisar as propostas referentes ao Controle Social contidas nos relatórios finais das CNSs, no período de 1992 a 2012, a partir da perspectiva da bioética.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

De acordo com Escorel (2012), a participação é uma característica da vida em sociedade que, em geral, promove mudanças na pessoa que se propõe a ser partícipe. No âmbito político, existem diferentes graus de participação, os quais são influenciados por fatores de natureza cultural e psicossocial. Nos extremos opostos, é possível identificar dois perfis de cidadão: o que recusa toda e qualquer forma de participação e o que colabora ativamente, contribuindo com as decisões políticas (ESCOREL, 2012). Entre eles há uma variedade de comportamentos participativos. A intensidade da participação do indivíduo está relacionada com as suas concepções políticas e, portanto, com as suas noções de direitos e deveres.

Segundo Bordenave (1983), a participação é inata ao ser humano. Trata-se de uma necessidade básica, como a prática cotidiana de comer. Para ele, a participação é composta por duas bases mutuamente dependentes e que devem existir de modo complementar: uma afetiva e outra instrumental. Como o próprio nome revela, a primeira decorre do fato de que o ato de participar gera prazer. A base instrumental surge na medida em que a união de forças faz com que os objetivos sejam alcançados de forma eficiente. O autor afirma que a participação popular e a descentralização são os meios mais apropriados para o enfrentamento de problemas de natureza ética vivenciados no âmbito de países em desenvolvimento. A participação facilita, além de outros fatores, a prestação de serviços. No momento em que os setores governamentais compreendem a vontade e real necessidade da população, é mais fácil promover bons serviços.

Segundo Bresser-Pereira (1997), é possível identificar três mecanismos de controle na sociedade: o Estado, o mercado e a sociedade civil. O controle exercido pela sociedade civil organizada é capaz de monitorar as organizações, sejam elas privadas ou públicas. A ideia de que o cidadão pode estar presente em conselhos de diversos setores e, com isso, participar de processos decisórios é o que se chama de Controle Social (GURGEL, 2013). No setor saúde, Machado (1987, p. 299) define participação social como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas [...]”. Rolim, Cruz e Sampaio (2013) afirmam que a população exerce o Controle Social através da participação nos espaços de gestão e formulação de políticas públicas. Os autores

destacam a relevância social e política da participação popular e do Controle Social, por serem a garantia do direito de atuação da população nos processos políticos.

Para Soratto et al. (2010), o Controle Social no Brasil resultou de um processo de luta dos movimentos sociais organizados. Para os referidos autores, “a participação em saúde só é participação quando esta gira na ótica do controle social” (SORATTO et al. 2010, p. 1238). Em seu artigo, Batagello et al. (2011) destacam o contexto político em que a participação popular foi implementada no sistema de saúde brasileiro. Para os autores, a organização dos CSs:

[...] garante, a um só tempo, que os usuários do sistema público de saúde possam ter representatividade política no processo de tomada de decisões e, ainda, estabelece uma estrutura com a capacidade de introduzir a compreensão das necessidades da população local e orientar as ações de saúde em função das diferentes realidades que compõem o cenário da saúde no país (BATAGELLO et al., 2011, p. 627).

Em termos legislativos, a Constituição Federal de 1988 estabelece a participação da comunidade como uma diretriz do SUS (BRASIL, 1988). A Lei 8.142/1990 “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde”. Para tanto, reconhece a Conferência de Saúde e os CSs como mecanismos de participação popular (BRASIL, 1990). Os Conselhos são órgãos deliberativos que atuam “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 1990). Ressalta-se que os Conselhos e as Conferências são apenas uma das várias formas de participação popular no SUS, mas são as únicas obrigatórias no Brasil (ESCOREL, 2012).

Em 2012, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 453, que estabelece “[...] as diretrizes para instituição e funcionamento dos Conselhos de Saúde”. Nela, assegura-se a autonomia administrativa e financeira dos Conselhos, a qual deve ser garantida pelos três níveis de gestão do SUS. Além disso, o referido documento estabelece que as reuniões plenárias devem ocorrer em locais e horários que permitam efetivar uma de suas competências: “[...] fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS”. Além disso, compete aos Conselhos, dentre outras atribuições, controlar as atividades do setor privado. Na concepção de Labra (2005, p.353), os CSs constituem “uma inovação crucial para a democratização das decisões setoriais” e são “um riquíssimo fenômeno político, institucional, social e cultural”.

Cabe salientar que o embrião do Conselho Nacional surgiu em 1937. Na época, tratava-se de um órgão meramente consultivo. A evolução das atribuições desse Conselho se deu sob a influência dos processos políticos que o Brasil viveu nos últimos 70 anos. Com a regulamentação da Lei nº 8142/1990, os Conselhos passaram a ter caráter deliberativo, o que deu uma nova roupagem ao Conselho Nacional de Saúde e o tornou a maior instância do Controle Social no SUS que se conhece atualmente (BRASIL, 2013).

Segundo Rolim et al. (2013), as discussões e deliberações dos Conselhos, as quais, de algum modo, são abordadas nas Conferências de Saúde, permitem ao povo desempenhar o seu poder de forma direta. No entanto, para os autores, a participação e o Controle Social não estão efetivados de forma plena. Por isso, ressaltam que “[...] devemos instituir e proporcionar condições para que a democracia participativa se efetive na prática e que a sociedade civil se torne protagonista nesse processo de controle social em políticas públicas de saúde [...]”, com o objetivo de tornar o Brasil um modelo a ser seguido no que se refere à participação da população nos processos de gestão em saúde (ROLIM, 2013, p. 145).

Para Carvalho (2014), existem dificuldades na efetivação da participação popular no âmbito dos inúmeros CSs existentes no País. Pode-se citar, como exemplo, o “despreparo técnico em saúde dos gestores, profissionais, prestadores e de cidadãos usuários”. Em relação às Conferências de Saúde, o autor menciona que elas precisam ser reformuladas “[...] quanto ao conteúdo, ao desenrolar, aos tempos e às participações” (CARVALHO, 2014, p. 60).

2.2 BIOÉTICA

O século XX foi marcado por guerras e avanços científicos (SALAS, 2014). Não foram poucas as pesquisas realizadas de modo inadequado com populações vulneráveis em termos socioeconômicos. O caso Tuskegee é um exemplo. Trata-se de um estudo realizado entre as décadas de 1930 e 1970, em que cerca de 400 negros portadores de sífilis foram mantidos sem tratamento para que pesquisadores vinculados a um órgão público estadunidense pudessem estudar o ciclo natural da doença. Pesquisas como essa deram origem a questionamentos relacionados à autonomia do indivíduo, às condições de participação nas experimentações e, por conseguinte, às suas consequências econômicas, sociais e éticas.

Além de acontecimentos científicos, outros, de natureza social e política contribuíram para o surgimento da bioética (SALAS, 2014). Com o término da Segunda Guerra Mundial, em 1945, a humanidade passou a conhecer os abusos cometidos por médicos nazistas nos campos de concentração. Há inúmeros relatos dos experimentos realizados com prisioneiros. O julgamento desses cientistas ocorreu na cidade de Nuremberg, na Alemanha, em 1947. O Código de Nuremberg, primeiro documento internacional a estabelecer regras para a realização de pesquisas científicas com seres humanos, resultou desse processo. Ele introduziu, de modo inovador, o consentimento voluntário do participante da pesquisa. Além disso, estabeleceu outras condições como a de que os estudos devem gerar benefícios para a sociedade. Em suma, as regras contidas nesse documento tinham como finalidade a proteção do participante da pesquisa.

Assim como o Tuskegee, mesmo após o Código de Nuremberg, pesquisas de caráter ético questionável continuaram a ser realizadas. Com isso, o governo norte-americano instituiu, em 1974, a Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos em Pesquisa Biomédica e de Comportamento. Essa Comissão foi formada com o intuito de estabelecer princípios éticos que pudessem orientar os pesquisadores na realização de experimentos com seres humanos. Após quatro anos de trabalho, o Relatório Belmont foi publicado como produto da reflexão desse grupo. O referido Relatório, considerado um marco no fortalecimento acadêmico da bioética, estabelecia três princípios: Beneficência, Respeito pelas Pessoas e Justiça. Havia, porém uma grande limitação nesse documento: não abordava problemas ou dilemas éticos que surgem na assistência à saúde. Para suprir essa lacuna, no ano seguinte, o filósofo Tom Beauchamp (que, ressalta-se, participou da Comissão que elaborou o Relatório Belmont) e o teólogo James Childress publicaram o livro intitulado “Princípios da Ética Médica”. Esta publicação é bastante conhecida por fundar o Princípioalismo, corrente da bioética que é fundamentada em quatro princípios éticos: Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça (DINIZ e GUILHEM, 2007).

Para Garrafa (2012), a trajetória da bioética pode ser dividida em quatro etapas: “Fundação” (década 1970), “Expansão e consolidação” (década de 1980), “Revisão crítica” (década de 1990) e “Ampliação conceitual” (a partir de 2005). A segunda está relacionada, principalmente, com o Princípioalismo, que, segundo o autor, pode ser definido como “uma corrente hegemônica da bioética estadunidense, baseada em quatro princípios pretensamente universais [...]: autonomia, beneficência, não maleficência e

justiça”. A terceira etapa compreende as críticas ao Principlismo, tendo em vista as suas limitações no enfrentamento de problemas e dilemas éticos característicos de países em desenvolvimento. Como a prática da crítica deve vir acompanhada de propostas de solução, a “Etapa de ampliação conceitual” teve como símbolo a homologação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), que reafirmou a bioética como sendo uma ciência de caráter multi-inter-transdisciplinar. A Declaração é composta por 28 artigos que abordam questões amplas e variadas como dignidade humana, consentimento em pesquisas e proteção das gerações futuras.

A corrente Principlista, criada no contexto estadunidense, sobrevalorizou a autonomia individual e deu pouca ênfase ao princípio da justiça. Com isso, o individual passou a ficar acima do coletivo (GARRAFA, 2012). Por isso, em outro texto, Garrafa (2005, p. 127) afirma que essa corrente é “insuficiente e/ou impotente” para abordar as questões éticas cotidianas dos países latino-americanos. Para lidar com essas limitações, surgiram alternativas, como a bioética de intervenção, que “propõe em seu escopo teórico o reconhecimento das garantias universais e indivisíveis para todos os grupos humanos, particularizando os segmentos historicamente vulneráveis pela situação/condição de vida desfavorável na qual se encontram” (GARRAFA, 2005 p. 129).

2.3 CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

As CNSs foram instituídas em 1937, com a promulgação da Lei nº 378. Naquela época, as questões referentes à saúde e à educação estavam sob a responsabilidade de um único ministério, o Ministério da Saúde e Educação (BRASIL, 2009). As Conferências eram vistas como um meio de manter a comunicação entre o governo Federal e os governos estaduais, de modo que o primeiro pudesse ter maior controle dos fluxos financeiros. Nesse sentido, não havia intenção de promover debate ou participação da população, ou seja, eram espaços essencialmente políticos e intergovernamentais (SCOREL e BLOCH, 2005).

De acordo com Scorel e Bloch (2005, p. 90), a primeira e a segunda CNS “estiveram mais próximas de um encontro técnico de administradores do Ministério da Saúde e dos estados [...]”, e as discussões em torno de um projeto de saúde para o País tinham um viés predominantemente médico. A terceira e quarta CNS ocorreram em um período que as autoras chamam de “Transição”. Para elas, a terceira foi a “mais

politizada” e a quarta ocorreu no contexto político da ditadura militar, sendo “a única CNS que tratou de um tema específico”. Na quinta, sexta e sétima Conferências era possível observar a organização das instituições para o que viria a ser o Movimento da Reforma Sanitária.

O Quadro a seguir apresenta os anos e os temas das Conferências que foram realizadas até a instituição do SUS.

Quadro 1: Conferências Nacionais de Saúde e seus respectivos temas, 1941-1980.

| Conferência | Ano | Temas |
|----------------|------|---|
| 1 ^a | 1941 | 1. Organização sanitária estadual e municipal. 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose. 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento. 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. |
| 2 ^a | 1950 | Legislação referente à higiene e segurança do trabalho. |
| 3 ^a | 1963 | 1. Situação sanitária da população brasileira. 2. Distribuição e coordenação das atividades médico sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal. 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde. |
| 4 ^a | 1967 | Recursos humanos para as atividades de saúde. |
| 5 ^a | 1975 | 1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde. 2. Programa de Saúde Materno-Infantil. 3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. 4. Programa de Controle das Grandes Endemias. 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais. |
| 6 ^a | 1977 | 1. Situação atual do controle das grandes endemias. 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo nacional em matéria de saúde. 3. Interiorização dos serviços de saúde. 4. Política Nacional de Saúde. |
| 7 ^a | 1980 | Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos. |

Fonte: Adaptação do documento intitulado “As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas” (BRASIL, 2009).

A oitava Conferência foi realizada em 1986 e é o grande marco da Reforma Sanitária Brasileira e da instituição do Controle Social no SUS. Ela assinala o início da participação da sociedade civil, ainda que não legalmente, nas Conferências, propõe a reorganização do Sistema, dando início ao SUS e às suas diretrizes (ESCOREL e BLOCH, 2005). As recomendações realizadas no âmbito dessa Conferência orientaram a Comissão Nacional da Reforma Sanitária na missão de “elaborar propostas tanto para os dispositivos constitucionais quanto para a legislação posterior”. Isso foi crucial para que o texto da Constituição de 1988 contemplasse aspectos relacionados com a participação da população no setor saúde (BRASIL, 2009, p. 18).

Com a Lei 8142/1990, a periodicidade das Conferências passou de dois para quatro anos. Conforme mencionado, tal Lei amplia as possibilidades de envolvimento dos diversos setores sociais, reconhece a população como ator principal do processo de participação popular e torna as Conferências instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo (ESCOREL e BLOCH, 2005).

As Conferências são convocadas, desde então, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis, sendo que as etapas estaduais e municipais antecedem à nacional (BRASIL, 1990). Dessa forma, as discussões na etapa nacional abordam os problemas vivenciados no nível local. Vianna (2009) assinala que as Conferências são “espaços de mediação, participação e intervenção de interesses e valores diversificados e plurais”.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar as propostas referentes ao Controle Social contidas nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde, no período de 1992 a 2012, a partir da perspectiva bioética.

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar as propostas referentes ao Controle Social contidas nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde realizadas no período especificado;
- b) Analisar as referidas propostas com base no referencial da bioética.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa com base documental. Segundo Laville e Dionne (1999, p.166), documento é “toda fonte de informações já existente” e que compreende “desde as publicações de organismos que definem orientações, enunciam políticas, expõem projetos, prestam conta de realizações, até documentos pessoais [...]”. É uma valiosa técnica de abordagem de dados qualitativos e pode ser a única forma de obtenção de determinadas informações (LUDKE, 1986; CAULLEY, 1983). Para Caregnato (2006), é possível compreender o pensamento das pessoas que escreveram o texto a partir da análise documental.

4.2 IDENTIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS

Os relatórios finais das CNSs que ocorreram a partir de 1992 foram os documentos analisados nesta pesquisa. Optou-se por fazer esse recorte temporal porque, segundo Escorel e Bloch (2005, p. 83), “a 8ª Conferência foi um marco significativo por alterar a composição dos delegados, incorporando a participação da sociedade civil organizada, incorporando uma ‘nova institucionalidade’ das conferências [...]”. Além disso, conforme mencionado, o Controle Social no Brasil foi regulamentado apenas com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão [...]” do SUS. Dessa forma, foram analisados sete relatórios, referentes aos anos de 1992, 1996, 2002, 2004, 2008 e 2012. O acesso a eles se deu por meio do *site* do Conselho Nacional de Saúde¹. O relatório final da 15ª Conferência (2015) não foi incluído nesta pesquisa, pois não havia sido publicado pelo Conselho Nacional de Saúde até o momento em que se iniciou a etapa de análise dos dados.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para o cumprimento do primeiro objetivo específico, foram selecionadas apenas as páginas dos relatórios que continham as propostas propriamente ditas. Dessa forma, foram excluídas as seções de “introdução”, “apresentação”, moções, anexos etc. Dessa seleção inicial, verificou-se as propostas que se referiam especificamente ao Controle Social.

¹ <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios.htm>>

Para análise dos dados referentes ao segundo objetivo específico, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. A sequência adotada foi a preconizada por Bardin (2002). Inicialmente, foi realizada uma leitura do material que a referida autora chama de “flutuante”. Trata-se do primeiro contato com o corpus da pesquisa, que é definido como “o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 2002, p. 96). Neste estudo, o corpus foi constituído pelos relatórios finais das conferências nacionais de saúde no período especificado. As propostas que, por algum motivo, estavam ilegíveis foram descartadas da análise.

A escolha adequada do corpus deve seguir três regras: de exaustividade, de representatividade e de homogeneidade. Resumidamente, na primeira regra, após a definição do “campo do *corpus*”, que no caso desta pesquisa são os relatórios finais das CNSs, é necessário garantir a presença da maior quantidade possível dos elementos que compõem o corpus. Por sua vez, a regra de representatividade exige que, nas situações em que há um corpus muito extenso, haja uma amostra representativa do todo. A terceira regra preconiza a existência de uma homogeneidade entre os documentos selecionados, ou seja, fazer a escolha de modo aleatório, mas com base em critérios (FRANCO, 2008). A seleção dos documentos que formam o corpus dessa pesquisa respeitou a todos os critérios de escolha citados. Em geral, as primeiras hipóteses surgem na etapa de leitura flutuante, que serão validadas ou não pelas fases seguintes. Em seguida, os dados foram organizados mediante a formação de categorias de análise, que são compreendidas como classes que agregam um grupo de itens com características comuns.

Neste estudo, as categorias não foram definidas *a priori*. De acordo com Franco (2008, p. 60), as categorias criadas *a priori* são definidas anteriormente à análise de dados “[...] em função da busca a uma resposta específica do investigador”. Evidentemente, as categorias que não são definidas *a priori* são o inverso, ou seja, elas “vão sendo criadas à medida que surgem nas respostas, para depois serem interpretadas à luz das teorias explicativas” (FRANCO, 2008, p. 62). As duas alternativas possuem vantagens e limitações. De acordo com Franco (2008), a opção pela definição a posteriori das categorias exige do pesquisador um maior conhecimento teórico. Além disso, pode resultar em uma fragmentação dos achados que, por sua vez, leva a uma quantidade muito grande de categorias. Por outro lado, quando as categorias não são

pré-elaboradas, é possível verificar a emergência de dados novos e variados, o que pode enriquecer a análise.

Campos (2004) divide a análise de conteúdo em três fases: a) pré-exploração do material; b) seleção das unidades de análise; e c) processo de categorização e subcategorização. Conforme mencionado, a primeira fase, de pré-exploração, consiste em leituras do material “com o intuito de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases de análise” (CAMPOS, 2004, p. 613). Para o autor, a seleção das unidades de análise é a etapa mais importante e deve ser embasada na pergunta de pesquisa.

4.4 ÉTICA EM PESQUISA

O protocolo de pesquisa que deu origem a este estudo não foi submetido à avaliação de um comitê de ética em pesquisa, pois não envolveu seres humanos.

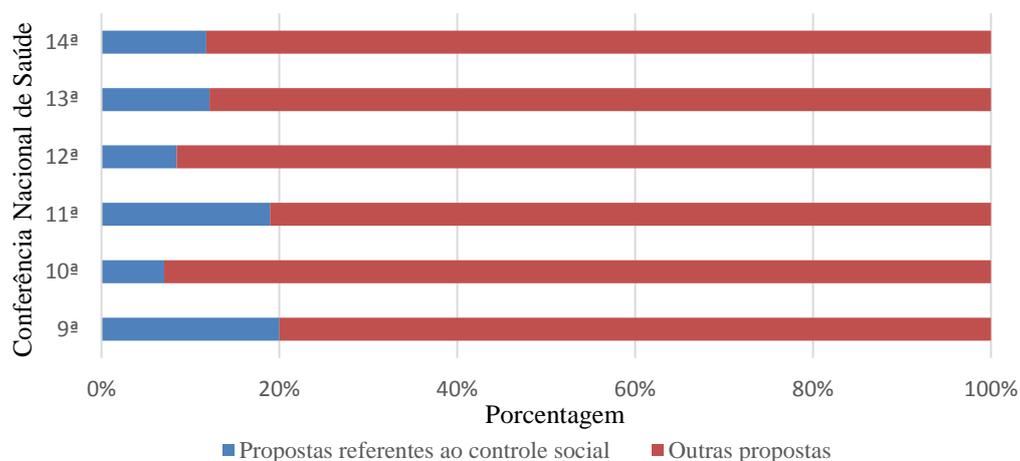
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os relatórios são os produtos finais de cada CNS. A parte inicial desses documentos é composta por uma apresentação, sendo que alguns deles, como o da nona² e o da décima Conferências possuem, ainda, uma introdução. Verificou-se, na análise, que não há homogeneidade na composição dos relatórios, ou seja, eles são estruturados de formas diferentes. Por exemplo, o da nona Conferência é organizado com base nos “temas centrais” que foram discutidos na ocasião: “Sociedade, Governo e Saúde”, “Seguridade Social”, “Implementação do SUS” e “Controle Social” (BRASIL, 1992). Cada um deles é composto por “deliberações”. Por sua vez, o relatório da décima primeira é organizado segundo “proposições”. O da décima segunda é constituído por “eixos temáticos”. O da conferência seguinte segue o mesmo padrão, mas apresenta, ainda, trechos denominados “Inéditas”, sem qualquer referência ao motivo pelo qual foram nomeados dessa forma. Por fim, o da décima quarta é formado por propostas. Provavelmente, isso ocorre devido ao fato de que as Conferências fazem parte de um processo histórico, que conta com a participação de uma grande variedade de atores. Dessa forma, sugere-se a adoção de uma nomenclatura que sirva de referência para as próximas edições, de modo que haja maior uniformidade entre os relatórios.

Os relatórios finais que mais apresentaram propostas referentes ao Controle Social foram o da nona e o da décima primeira (Figura 1). Pode-se explicar esse achado com o fato de que a nona Conferência sucedeu a oitava que, conforme mencionado, inaugurou “[...] um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde” que foi “ampliado, aprimorado e regulamentado nas conferências posteriores” (SCOREL e BLOCH, 2005, p. 97). O Controle Social foi um dos temas centrais dessa conferência, a qual foi adiada várias vezes pelo governo Collor.

² Optou-se por utilizar o número das Conferências por extenso, visto que não há um padrão nos relatórios, ou seja, há número romano e arábico.

Figura 1 – Percentual de propostas referentes ao Controle Social nos Relatórios por CNS



Fonte: A autora (2016).

Na introdução do relatório da nona CNS, fala-se de “conjuntura dramática da crise ética e política vivida pelo país” e “da erosão dos princípios éticos que se instalou nos mais altos escalões do governo Collor” (BRASIL, 1992). Conjuntura é palavra sinônima de contexto. No Dicionário Latino-americano de Bioética, Álvarez (2008, p. 26) define “contexto social” como sendo o “domínio em que as diversas variáveis políticas, econômicas, culturais, educativas, valorativas e epistêmicas interagem com os seres humanos em geral e com cada sujeito humano em particular, qualificando o instante histórico e concreto”. Para o autor, o contexto social não é uma “entidade abstrata”, mas um “espaço concreto” em que “[...] surgem as utopias pessoais e coletivas” e no qual se “realiza a crítica a todo tipo de ideologia injusta e humanamente indigna”. O contexto social, particularmente político, da década de 1990 no Brasil certamente contribuiu para a afirmação de valores éticos essenciais para a vida em sociedade e, por consequência, para a manifestação dessas utopias. De acordo com Escorel e Bloch (2005, p.102), surgiram tentativas frustradas de reduzir as discussões da conferência a “um caráter puramente técnico”. Apesar disso, havia, segundo as autoras, um “clima de mobilização e reivindicação observados na própria cerimônia de abertura”. É no âmbito do contexto social que “os sujeitos formam, conformam e reformam seu caráter pessoal, seu comportamento ético [...]” (ÁLVARES, 2008, p. 26). Foi nesse contexto crítico, que vários atores contribuíram para a consolidação do SUS, público e universal, como projeto de cidadania.

Na décima primeira Conferência, realizou-se uma análise da implantação do SUS e do controle social até aquele momento. Talvez seja esse o motivo pelo qual o controle social foi tão intensamente abordado na Conferência e, por consequência, no relatório. Assim como a nona, essa Conferência foi adiada por algumas vezes em virtude de indefinições a respeito, por exemplo, do local e da data de realização. De acordo com Escorel e Bloch (2005) não houve consenso na escolha do tema da Conferência. O processo foi permeado por interferências de vários setores, o que gerou polêmica no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. Consenso é um conceito ético. Junges (2008, p. 104) afirma que “o pluralismo de opiniões” é “uma exigência ética da própria convivência social” e que a definição de estratégias para se alcançar o consenso “é o único caminho possível para superar o conflito de interesses”. Para o autor, o consenso não é produto do voto da maioria, uma vez que poderia haver “pressões e manipulações de grupos de poder”. Para ele, a única saída é o “debate argumentativo e a confrontação crítica”.

Foram criadas 11 categorias, cujos nomes se referem a conceitos ou valores éticos. Segundo Valenzuela (2008), os valores não são imutáveis, mas variam ao longo do tempo. A autora acrescenta que os valores éticos têm como característica o fato de que são relacionados ao ser humano, às suas ações, ao seu caráter e ao seu comportamento. A quantidade de propostas referentes a cada uma das categorias está descrita na Figura 2. O total de propostas selecionado está no Anexo 1.

Figura 2: Quantidade de propostas selecionadas por categoria.

| Categoria | Quantidade de Propostas Encontradas |
|----------------------|--|
| Autonomia | 27 |
| Democracia | 19 |
| Empoderamento | 7 |
| Vulnerabilidade | 15 |
| Equidade | 1 |
| Diversidade Cultural | 14 |
| Diálogo | 29 |
| Legitimidade | 15 |
| Transparência | 34 |
| Comissões de Ética | 2 |
| Responsabilidade | 3 |

5.1 AUTONOMIA

Etimologicamente, a palavra autonomia origina-se do grego “auto” e “nomos”, que significam respectivamente, “próprio” e “lei, regra, norma” (MUÑOZ e FORTES, 1998). Esse conceito está relacionado com a capacidade que a pessoa tem de escolher o que é bom para si. Para que alguém seja considerado autônomo, é preciso que satisfaça algumas condições. Primeiramente, é necessário que o indivíduo tenha liberdade de pensamento, de decisão e de ação. Além disso, é imprescindível que disponha de alternativas, ou seja, opções de escolha, pois a existência de apenas uma possibilidade de ação inviabiliza o exercício da autonomia (MUÑOZ e FORTES, 1998). De acordo com Hossne (2007), a liberdade é a matéria-prima da bioética, a qual não coexiste com coação e coerção. No entanto, o referido autor salienta que essa liberdade que é tida como condição de existência da bioética não pode ser considerada absoluta, mas deve ser restringida por “limitantes”, que nada mais são do que valores éticos que não podem ser preteridos, como solidariedade e equidade.

Para Segre (2008, p.423), a garantia do “respeito à individualidade e o reconhecimento de que o outro pode pensar e sentir a sua própria maneira [...]” é uma conquista recente da sociedade. Em outras palavras, a concepção de autonomia não é antiga. No âmbito do Controle Social, Fortes (1997) afirma que as competências legais dos CS proporcionam, antes de tudo, a efetivação da autonomia, visto que os usuários passam a atuar no monitoramento e efetivação das políticas de saúde.

Zambon e Ogata (2013) alertam que a escolha dos conselheiros deve ocorrer mediante a realização de eleições e não por indicação de pessoas que ocupam cargos estratégicos, como o prefeito ou o secretário de saúde de um município. Essa modalidade de participação, segundo as autoras, é geradora de conflito de interesses para a restrição da autonomia de conselheiros de saúde quando esses são convidados para participar dos processos decisórios por pessoas com influência política. Batagello et. al. (2011) salientam que a participação popular é fortemente influenciada por determinações econômicas, o que pode prejudicá-la ou, até mesmo, inviabilizá-la. Por sua vez, Lacaz e Flório (2009) ressaltam a ausência de autonomia em termos financeiros e administrativos para que os CS sejam submissos ao poder executivo. Vieira e Calvo (2011, p. 2324) afirmam que a autonomia operacional dos CS é algo a ser conquistado, ou seja, trata-se de um processo ainda em desenvolvimento e que os “representantes do governo ou do sistema privado apenas toleram os conselhos, por estarem previstos institucionalmente”.

Todos os relatórios analisados apresentam propostas que se referem, diretamente ou não, à autonomia dos CS e de suas instâncias, de modo a assegurar o respeito às suas decisões e deliberações. As propostas destacam a necessidade do respeito à autonomia, de modo que haja Controle Social.

132. Os Conselhos de Saúde devem promover a sua autonomia, o seu fortalecimento político e a organização independente dos conselheiros de Saúde (10^a, p. 45).

25. [...] Também deve ser assegurada aos Conselhos autonomia de execução financeira por meio de dotação orçamentária própria e específica, com percentual definido pelo próprio Conselho (12^a, p. 106).

23. Fortalecer os conselhos de saúde como instâncias deliberativas e fiscalizadoras dos serviços de saúde e suas pactuações, garantindo sua autonomia perante os poderes Executivo e Legislativo (13^a, p. 162).

1. Fortalecer o controle social autônomo [...] (14^a, p. 19).

5.2 DEMOCRACIA

Conforme mencionado, o movimento da Reforma Sanitária teve natureza essencialmente democrática, que emergiu em meio à resistência ao golpe militar (PAIM, 2008). O SUS é produto desse período. Dessa forma, o Controle Social, que é um dos princípios norteadores do SUS, surge em um contexto de organização em prol da defesa da democracia no Brasil (LIMA et al., 2005). Por isso, discutir Controle Social implica, necessariamente, falar de democracia. O conteúdo da Lei Federal 8.142/90, particularmente o trecho que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão” do SUS, é essencialmente democrático. Pode-se destacar, principalmente, o parágrafo que assegura que a representação dos usuários nos CS e Conferências é paritária em relação aos demais segmentos, pois trata-se de um pré-requisito indispensável para a participação da sociedade na decisão a respeito de assuntos públicos. Algumas propostas enfatizam a necessidade do cumprimento desse dispositivo legal:

- que seja obrigatória a implantação e fortalecimento dos Conselhos Gestores em todas as unidades prestadoras de serviços, dentro dos três setores da Seguridade Social, respeitando a paridade dos usuários em relação às outras representações (9^a, p. 36).

130.1 obedecer a proporcionalidade de 50% de usuários, 25% de trabalhadores em Saúde e 25% de gestores e prestadores (10^a, p. 45).

Em relação ao perfil dos delegados nas Conferências de Saúde, a Plenária enfatizou a

necessidade de garantir que a paridade dos delegados nas Conferências Nacionais seja 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores e prestadores, em atendimento às resoluções do CNS e às deliberações das Conferências anteriores (11ª, p. 75).

Para Guillén (2001, p. 347), a democracia é um “valor mínimo”, que não deve ser renunciado por nenhuma sociedade política. De acordo com Pfeiffer (2008, p. 126), a ideia de democracia parte do pressuposto de que as pessoas são “livres e iguais” e que, portanto, “exercem o poder sobre si mesmos como sociedade”. Para a referida autora, a maioria dos países reconhece a legitimidade desse sistema de governo. Segundo Guillén (2001, p. 348), “o princípio básico da vida democrática é que devem poder participar da tomada de decisões [...] todos os afetados por um ato ou decisão”. Por esse motivo, algumas das propostas que foram classificadas nessa categoria se referiam a necessidade de criação de estratégias de estímulo à participação ampliada da sociedade civil e nos processos de tomada de decisão dos CS:

- estimular a participação dos usuários em todos os níveis do SUS, promovendo formas participativas de planejamento e gestão, [a população] deverá ser consultada sobre a implantação de programas, unidades e serviços de saúde (10ª, p. 41).

- criação de Plenárias e de Conselhos Populares e Sindicais nos estados e municípios, em caráter permanente, com o objetivo de subsidiar técnica e politicamente os Conselhos e o SUS (9ª, p. 37).

110.3 estimular a articulação sistemática entre Conselhos, conselheiros de Saúde e sociedade civil, abrindo suas reuniões à população [...] (10ª, p. 41).

Democratizar o funcionamento dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, implementando coordenações colegiadas ou mesa diretora eleita, promovendo reuniões descentralizadas e/ou assembleias populares fora de suas sedes, realizando reuniões de planejamento e avaliação dos trabalhos para atingir objetivos estratégicos da política de saúde, garantindo padronização nacional da prestação de contas para maior eficácia na prática do controle social (12ª, p. 105).

O Controle Social é produto da democracia. Em tese, a representatividade dos governos em uma democracia advém do fato de estes serem eleitos. Por isso, algumas propostas abordam a indispensabilidade das eleições como forma de escolha dos que ocupam cargos diretivos nos CS, inclusive para garantir a autonomia dos conselheiros.

126. O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde devem incluir, como critério para o nível de gestão plena, que os presidentes dos Conselhos de Saúde sejam

eleitos pelos conselheiros, sendo facultativa a candidatura do gestor naquele nível de governo (10^a, p. 44).

20. c) As funções de Secretário do Conselho, ouvidor, e a Presidência do Conselho devem ser definidas através de eleição, no Conselho de Saúde. Todos os Conselhos de Saúde devem eleger sua Presidência democraticamente entre seus membros. Esse processo poderia ser consolidado com o encaminhamento de Projeto de Lei ao Congresso Nacional regulamentando tal ato de forma clara, inclusive com a explicitação de todos os detalhes operacionais para efetivação dessa exigência democrática em todos os Conselhos do País (11^a, p. 72).

110.3 estimular a articulação sistemática entre Conselhos, conselheiros de Saúde e sociedade civil, abrindo suas reuniões à população [...] (10^a, p. 41).

60. Estabelecer que a escolha do presidente e de todos os membros da Mesa Diretora dos Conselhos de Saúde seja realizada por meio de eleição livre e democrática e votação direta e aberta entre seus membros. (13^a, p. 168).

Para Guillén (2001, p. 352; p. 343), a bioética é um mecanismo “de participação e deliberação social”. De acordo com o autor, para constituir um sistema de representação apropriado, é preciso que uma sociedade tenha, primeiramente, “redes de participação e deliberação”. Acrescenta, ainda, que a importância da bioética reside no fato de que ela permite refletir a respeito de “questões de valor”. Por isso, é vista como um instrumento que pode contribuir para o exercício de uma democracia participativa e deliberativa.

5.3 EMPODERAMENTO

A palavra empoderamento (do inglês *empowerment*) pode ser definida como “processo de mobilizações e práticas destinadas a promover e impulsionar grupos e comunidades - no sentido de seu crescimento, autonomia, melhora gradual e progressiva de suas vidas” (GONH, 2004, p. 23). Para Garrafa (2005), o empoderamento é um instrumento capaz de dar voz aos sujeitos que, de algum modo, estão excluídos dos processos decisórios, incluindo-os, portanto, na sociedade. Carvalho e Gastaldo (2008, p. 2038) afirmam que o empoderamento está relacionado com processos que objetivam fomentar a participação social, de modo que as pessoas e as comunidades tenham a possibilidade de exercer um maior controle “sobre a vida”. Os autores reiteram que o produto disso é uma ampliação da capacidade dos indivíduos participarem de processos sociais. Kleba e Wendausen (2009, p. 733) salientam que o empoderamento resulta na

emancipação, ampliando a autonomia e a liberdade das pessoas. Assim como Garrafa (2005), as autoras associam o processo de empoderamento à autonomia.

Para Borges e Maschietto (2014), o empoderamento está relacionado com a “construção de capacidades” dos indivíduos. No total, foram encontradas sete propostas a respeito de empoderamento, sendo que a maioria está relacionada com a capacitação dos usuários com o intuito de melhorar a atuação no Controle Social. Para as autoras, essa capacitação é relevante na medida em “que assimetrias [de atuação] existem e são importantes porque influenciam comportamentos e moldam espaços de representação” (BORGES E MASCHIETTO, 2014, p. 79). Nesse sentido, Gohn (2004, p. 28) afirma que os conselheiros precisam tanto de formação quanto de consciência crítica, para que possam entender o processo no qual estão inseridos.

110.7 promover eventos e oficinas abertas visando informar os usuários do SUS e instrumentalizá-los para o exercício da cidadania (10^a, p. 41).

VI. [...] promovendo a educação popular e em saúde, divulgando os direitos, capacitando lideranças [...] (12^a, pg. 102).

10. a) Articular a academia, os serviços de saúde, os Centros de Formação de RH das Secretarias de Saúde e os Polos de Educação em Saúde para disponibilizarem, periodicamente, cursos de formação para conselheiros de saúde e usuários do SUS em geral, com inclusão de temas (princípios do SUS, seu papel na Atenção à Saúde) e específicos (orçamento, legislação, controle e avaliação, contratos e convênios, planejamento e programação de serviços, sistemas de informação, NOB, financiamento, encaminhamento de questões de caráter legal junto ao Ministério Público), garantindo a emergência de agentes sociais com formação crítica (política, ideológica e sociológica) no sentido da sua instituição como sujeitos de transformação da ideologia hegemônica (11^a, p. 65).

De acordo com a Lei 8.142/90, os CS devem atuar no “controle da execução da política de saúde [...] inclusive nos aspectos econômicos e financeiros”. Para Gohn (2004), a esfera pública deve ser, também, espaço de fiscalização e vigilância. Com base nisso, algumas propostas dos relatórios abordam o empoderamento dos CS no sentido de favorecer as atividades de fiscalização e auditoria:

- atribuir aos sindicatos poderes para o exercício da fiscalização sobre o recolhimento das contribuições devidas à Seguridade Social, inclusive o de notificar administrativamente o órgão previdenciário e o de ajuizar caso não haja providência administrativa em tempo hábil (9^a, p.37).

21. d) Assegurar aos Conselhos o poder de solicitar auditorias relacionadas com o funcionamento das diversas instâncias do SUS (11ª, p. 73).

5.4 VULNERABILIDADE

Na área da saúde o conceito de vulnerabilidade é utilizado “para designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde” (NICHIAITA et al., 2008, p. 130). De acordo com Kottow (2008, p. 340), assim como todo ser vivo, o ser humano é vulnerável. A diferença, segundo ele, é que um animal, por exemplo, é vulnerável em termos biológicos, mas os seres humanos são vulneráveis, também, “na construção de sua vida, no seu projeto existencial”. Para o autor, a vulnerabilidade “indica a possibilidade passiva de sofrer uma ferida”. Trata-se de uma condição normal, ou seja, natural. Dessa forma, a vulnerabilidade está relacionada com a ideia de fragilidade, e não com a de dano propriamente dito. Em outras palavras, com algo potencial, não atual. Com base nisso, uma pessoa somente deixa de ser vulnerável ao ser vulnerada. Em contrapartida, segundo Kottow (2008), quando há menção a indivíduos ou coletivos vulneráveis na literatura, os autores estão se referindo, geralmente, a pessoas que já sofreram danos e que, por isso, necessitam de cuidado. Nesse sentido, as propostas que foram classificadas nessa categoria destacam grupos populacionais que devem ser respeitados e protegidos.

22. Ampliar os repasses de incentivos financeiros federais para garantir o fortalecimento da seguridade social aos municípios das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, bem como ao Vale do Jequitinhonha, às comunidades indígenas, aos remanescentes de quilombos e às populações ribeirinhas, em todo o território nacional e com controle social, tendo em vista as peculiaridades regionais e considerando-se a densidade demográfica e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (11ª, p. 36).

8. Aprovar e executar medidas que assegurem a atenção integral, inclusive do usuário das zonas rurais e áreas indígenas, com controle social, mesmo nos municípios que ainda não possuem equipes de saúde com composição ampliada (12ª, p. 103).

A preocupação com grupos de vulnerabilidade específica fica evidente na seção “Inéditas” do relatório da décima terceira CNS:

73. Que o Ministério da Saúde realize uma força tarefa de saúde, no Vale do Javari, estado do Amazonas, aos povos Corumbo, Marumbo, Kolinás, Kanamari e Matis,

tendo em vista que estes povos vêm sofrendo agravos à sua saúde e que estes problemas são de âmbito nacional, pois estão na fronteira de três países (Brasil, Peru e Colômbia) (13^a, inéditas).

76. Incentivar políticas públicas que garantam recursos financeiros para ações de saúde de quilombolas e populações tradicionais (ribeirinhos e pantaneiros) (13^a, p. 171).

18. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) deve criar um fórum permanente de discussão, direcionado à acessibilidade das pessoas com deficiência no SUS (13^a, Inéditas).

5.5 EQUIDADE

Coelho (2010, p. 172) afirma que “os movimentos pela redemocratização do país, estiveram associados a lutas por mais justiça social e equidade”. Segundo Teixeira (2011), para que se tenha um serviço equânime, é necessário “tratar desigualmente os desiguais”, ou seja, atentar para as especificidades das pessoas e agrupamentos populacionais. Para Barros e Souza (2016), a equidade é vital para a prática da justiça social. Plasencia (2008) afirma que a equidade é um complemento da justiça. Trata-se, segundo o autor, de admitir e de considerar a existência de assimetrias sociais, que não se restringem a diferenças individuais e de cunho biológico, como sexo e idade, mas também a condições econômicas e sociais. Tais diferenças devem ser consideradas na formulação e implementação de políticas públicas, conforme consta em uma das propostas do relatório da décima segunda CNS.

2. Garantir o fortalecimento do controle social, nas três esferas do governo, na formulação, regulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas equitativas para a criança, adolescente, mulher, idoso, trabalhador, orientação sexual, pessoas com deficiências, pessoas com patologias, população negra, população indígena, bem como da população carcerária (12^a, p. 102).

5.6 DIVERSIDADE CULTURAL

De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (2002, p.3), a diversidade cultural “se manifesta na originalidade e na pluralidade de identidades que caracterizam os grupos e as sociedades que compõem a humanidade”. Para Fernandes (2005), devido ao seu processo de colonização, o Brasil é um país multicultural. Dessa forma, acrescenta o autor, é mais correto falar de “culturas brasileiras”, não de “cultura brasileira”. Para Arpini (2008), a diversidade cultural é tão

necessária para o ser humano como a diversidade biológica. O pluralismo é uma resposta política à diversidade, “favorecendo a inclusão e a participação como meios de garantir a coesão social” (ARPINI, 2008, p. 36). Para Garrafa (2012), o pluralismo moral é uma característica das sociedades contemporâneas, que permite a convivência de pessoas que possuem moralidades distintas a partir da prática da tolerância. A diversidade cultural é, então, base para políticas de inclusão e participação social e sua “defesa [...] é um imperativo ético, inseparável do respeito à dignidade humana” (UNESCO, 2002, p. 3).

56. [...] oportunizando a participação de todas as raças, gêneros e etnias, favorecendo a proximidade entre os serviços e a comunidade, para o fortalecimento da participação social no SUS e maior qualidade da atenção à saúde (13^a, p. 168).

69. [...] recomendando aos Conselhos de Saúde que viabilizem assento de representação indígena em sua composição, conscientizando esta comunidade sobre a importância do controle social (13^a, p. 170).

13. [...] favorecendo a participação de todos os segmentos, inclusive gestores e população indígena, comunidades tradicionais e lideranças comunitárias [...] (14^a, p.22).

15 Ampliar as vagas do Conselho Nacional de Saúde para as comunidades tradicionais e entidades gerais (14^a, p. 22).

5.7 DIÁLOGO

A palavra Diálogo vem das palavras gregas *dia* e *logos* que significam, respectivamente, “através de” e “o significado da palavra” (BOHM, 1989). Para Bohm (1989), o intuito do diálogo não é promover uma competição de argumentos, mas gerar um espaço de exposição de opiniões, de modo que todos possam escutar e ponderar a respeito do significado de cada uma delas. Para Freire (1987), o diálogo é condição de existência do ser humano, visto como um instrumento capaz de transformar a realidade. Nesse sentido, Angelim (2008) afirma que o ser humano inexistente sem a comunicação. Para Wendhausen e Caponi (2002), é somente por meio do diálogo que as pessoas podem se apropriar do que é público e torná-lo ético. Assim, o diálogo se faz essencial na atuação dos CSs.

1. II. criando outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, possibilitando a participação popular nas discussões e resoluções dos seus problemas (12^a, pg. 102).

1. VIII. criando um espaço para discussão com usuários, divulgando a agenda dos conselhos, os serviços prestados pelo SUS, bem como sobre as reais necessidades dos usuários (12^a, pg. 102).

As ouvidorias, muito citadas nos relatórios, são espaços de diálogo entre os usuários e gestores do SUS, responsáveis pela coleta de percepções a respeito dos serviços públicos de saúde, visando a sua melhoria. Trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde para otimizar o desempenho do SUS, por meio da comunicação entre a sociedade e os diferentes níveis de gestão (BRASIL, 2013).

51. Criar e implementar, nas três esferas de governo, processo de escuta contínua e interlocução entre usuários do SUS, por intermédio de serviços telefônicos gratuitos (disque denúncia, disque saúde), desenvolvendo ampla pesquisa para avaliar a satisfação dos usuários e dos profissionais do SUS, nas três esferas de governo, articulando instituições formadoras, Conselhos de Saúde, instituições prestadoras de serviços de saúde e sociedade civil organizada (12^a, p. 112).

19 Criar e aperfeiçoar as Ouvidorias do SUS, [...] para que possam atuar de modo efetivo contribuindo para o esclarecimento dos usuários e apuração de denúncias (14^a, p. 23).

49. Definir e implementar uma política nacional de ouvidorias do SUS para as três esferas de governo, submetendo-a aos respectivos Conselhos de Saúde, capacitando recursos humanos e disponibilizando recursos financeiros para implementação nos estados e municípios. Essa política deve ampliar os canais de relação e participação com a população, modificar o caráter, a eficiência e o funcionamento das ouvidorias. Além de estarem voltadas para a pronta resolução dos problemas denunciados, as ouvidorias também devem ser geradoras de informações para apoio e qualificação, avaliação e planejamento da gestão em saúde e que os serviços tenham ampla e permanente divulgação à população (12^a, p. 111).

5.8 LEGITIMIDADE

Na área do Direito, entende-se como legítima a ação que está em “[...] conformidade com a lei” (SANTOS, 2001, p. 145). Em contrapartida, Pfeiffer (2008, p. 125) argumenta que nem tudo que é legal pode ser considerado legítimo “em sentido amplo”, pois, para ela, a legitimidade depende da eticidade da “situação, Estado, ato ou procedimento”. Em outras palavras, para a autora, a legitimidade tem como requisito a eticidade do ato. Algumas propostas salientam, justamente, a importância de se respeitar a legitimidade da composição e das ações dos CSs.

- acompanhar e fiscalizar o funcionamento dos Conselhos, a legitimidade e paridade de sua composição (9^a, p. 37).

51. [...] formação de representações legítimas [...] (13^a, p. 167).

Segundo Pfeiffer (2008, p. 125), “um poder, um Estado, uma lei são legítimos quando são o que devem ser”. Para que um CS cumpra a sua função, isto é, seja o que deve ser, é preciso cuidado ético na escolha dos seus membros. Observam-se, então, algumas propostas nesse sentido:

61. Regulamentar a proibição da participação, na condição de conselheiros representantes de usuários e trabalhadores, das pessoas em exercício de cargos de confiança e comissionados de qualquer natureza nas administrações públicas nas três esferas de governo. (13^a, p. 168).

66. Os Conselhos de Saúde devem implantar medidas que visem a coibir o nepotismo, a participação de prestadores como representantes dos trabalhadores ou usuários que, num mesmo conselho, tenham assento juntamente com pessoas com as quais possuam grau de parentesco de primeiro e segundo graus, das quais sejam cônjuges, com as quais tenham relações de união estável e/ou união civil, a escolha de representantes dos usuários que tenham vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesse com quaisquer dos representantes dos demais segmentos integrantes do Conselho. (13^a, p. 169).

7. Garantir que, para participar na conferência nacional, os delegados tenham sido eleitos nas conferências municipais e estadual e não indicador por segmentos ou gestores. (13^a, Inéditas).

5.9 TRANSPARÊNCIA

Na Constituição Federal, assegura-se que “a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá [...]” alguns princípios, dentre eles o da publicidade. Tal princípio tem como função dar transparência aos atos públicos, possibilitando o exercício do Controle Social. Transparência é a adoção de medidas que tornam conhecidas as ações, de modo que atores externos, assim como internos, conheçam como se deu tal procedimento (ROTONDO, 2008; ANDORNO, 2008). De acordo com Rotondo (2008), a transparência é uma exigência da sociedade civil, principalmente nos casos em que o tipo de função exercida pelos participantes possa gerar algum tipo de conflito de

interesses. Dessa forma, os CSs são espaços reivindicadores da transparência, que é encontrada em uma variedade de propostas:

- que os Conselhos de Saúde constituam, quando necessário, assessorias técnicas de informação, em todos os níveis de governo, com uniformidade, transparência, amplitude, qualidade e fidelidade (9^a, p. 36).

110.5 cobrar dos parlamentares, do Poder Legislativo, dos gestores do SUS e do Poder Executivo a aprovação de regras e a implementação de medidas que garantam a transparência e a democratização na alocação de recursos financeiros e o controle de sua utilização, pressionando, ainda, para que apoiem lutas e propostas de interesse coletivo (10^a, p. 41).

12. Exigir transparência das decisões da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), incluindo instância de controle social no âmbito da direção da Agência. (13^a, p. 160).

5.10 COMISSÕES DE ÉTICA

Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são órgãos responsáveis pela análise da eticidade de protocolos de pesquisa que envolvam seres humanos (BATISTA, ANDRADE e BEZERRA, 2012). De acordo com a Resolução nº 196/96 que, apesar de não estar mais em vigência, é tida como um marco da ética em pesquisa no Brasil, esses comitês foram “criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos” (BRASIL, 1996). Os CEPs são regulados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), instância vinculada ao Conselho Nacional de Saúde. Os CEPs precisam ter em sua composição representantes da sociedade civil. Em uma das propostas, solicita-se revisão da Resolução nº 240, de 5 de junho de 1997, ainda em vigor, que define e estabelece mecanismos de escolha da representação de usuários nos CEPs.

68. Que o Conselho Nacional de Saúde reveja a Resolução n.º 240/97, referente à participação de usuários nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), de modo a torná-la objetiva e efetiva, exigindo a criação de Comissão de Ética e a implantação de CEPs em toda e qualquer instituição pública ou privada que desenvolva pesquisa com seres humanos, fortalecendo o controle social com a participação de representantes da sociedade civil (13^a, p. 170).

Em outra proposta, recomenda-se a criação de comitês de ética para lidar com dilemas e problemas éticos relacionados com a conduta dos profissionais que atuam no setor saúde:

112 Os Conselhos e os gestores do SUS devem constituir e implementar novos mecanismos de participação, os quais devem ter asseguradas, pelos gestores do SUS, todas as informações necessárias para a análise e deliberação das questões a eles pertinentes, bem como para divulgação aos usuários. [...] Entre esses mecanismos incluem-se: [112.4] Comissões de Ética Multiprofissionais, vinculadas aos Conselhos de Saúde, para analisar denúncias de mau atendimento e avaliar o comportamento dos trabalhadores em Saúde (10ª; p. 42).

5.11 RESPONSABILIDADE

Para Estévez (2008), as palavras intenção e responsabilidade são estreitamente relacionadas. Para ele, a intenção é o que dá humanidade a uma ação. Se não há intenção, a ação é, apenas, um evento natural. O autor explica que a intencionalidade de uma ação é o que faz com que uma pessoa possa ser responsabilizada por ela, ou seja, a intenção produz a responsabilidade. É nesse sentido que a responsabilidade aparece em três propostas, que enfatizam que as ações praticadas exigem a responsabilização de seus autores.

- que as instituições integradas ao SUS sejam responsabilizadas por mensagens institucionais de sua autoria consideradas enganosas ou mentirosas, assegurando-se aos Conselhos de Saúde o direito de resposta em igual tempo, com as mesmas condições de produção, sendo os custos decorrentes cobertos integralmente pela instituição infratora (9ª, p. 39).

18. V. responsabilizando legalmente quem violar, com indicações indevidas, a representação dos usuários no controle social (12ª, p. 105).

30. [...] e estabelecendo instrumentos de responsabilização da gestão em saúde que assegurem a execução das ações previstas nestes documentos (13ª, p. 163).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde não são estruturados de forma homogênea. Sugere-se, então, o estabelecimento de uma nomenclatura padrão a ser utilizada nas próximas edições com o intuito de contribuir para uma maior uniformidade do produto final das Conferências. Os relatórios da nona e da décima primeira Conferências foram os que apresentaram a maior quantidade de propostas referentes ao Controle Social.

Foram identificadas 11 categorias nas propostas relativas ao Controle Social. As categorias de transparência, diálogo e autonomia foram as que apresentaram a maior quantidade de propostas. A transparência visa assegurar que todos os cidadãos tenham acesso a dados e informações produzidos no âmbito da gestão. Para o Controle Social, a transparência é uma premissa e deve, assim como exposto nas propostas, ser preconizada, dando subsídio aos debates no interior dos CSs. A transparência viabiliza o exercício do controle. O diálogo compreendido como escuta e exposição de opinião é essencial para o cumprimento das funções de um CS, de modo que não haja hierarquia de argumentos. Nesse sentido, as ouvidorias, mecanismo de diálogo bastante citado nas propostas, são uma estratégia do SUS de dar voz aos usuários com o intuito de promover mudanças a partir da percepção da população. Por sua vez, a autonomia no Controle Social é pré-requisito, nem sempre respeitado, para a atuação dos CSs. Trata-se de algo fundamental para empoderá-los no processo de tomada de decisão. Nas propostas, há forte recomendação, por exemplo, de que haja eleição dos presidentes dos Conselhos, e não indicação feita por atores específicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVAREZ, F. Contexto Social. **In: Dicionario latinoamericano de bioética / TEALDI, J. C. (org).** – Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 26-27.

ANDORNO, R. Principio de precaución. **In: Dicionario latinoamericano de bioética / TEALDI, J. C. (org).** – Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 345-347.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, Lda, 2002. 229p.

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F.. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016.

BATAGELLO, R.; BENEVIDES, L.; PORTILLO, J. A. C. Conselhos de Saúde: controle social e moralidade. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.3, p.625-634, 2011.

BATISTA, K. T.; ANDRADE, R. R.; BEZERRA, L. N. O papel dos comitês de ética em pesquisa. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 27, n. 1, p. 150-155, 2012.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação?** 8ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BORGES, M.; MASCHIETTO, R. H. Cidadania e empoderamento local em contextos de consolidação da paz. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 105, p. 65-84, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional De Secretários De Saúde; Conselho Nacional De Secretários De Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009. 100 p.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Diário Oficial da União. Lei 8142/90. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Brasília DF, 28 de dezembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Relatório Final da 9ª. Conferencia Nacional de Saúde. 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS/** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 40 p.

_____. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.178 p.

_____. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde.

BOHM, D. **O Diálogo**. 1989.

BRESSER PEREIRA, L. C. **A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

CAMPOS, C. J. G.. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF) 2004 set/out; p. 611-614.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2006 Out-Dez; p. 679-684.

CARVALHO, G. C. M. Participação da Comunidade na Saúde. **In: Participação da Comunidade na Saúde**. CARVALHO, G. C. M. (Org.) São Paulo: Saberes Editora, 2014.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. sup 2, p. 2029-2040, 2008.

CAULLEY, D. **Document Analysis in Program Evaluation**. Portland, Or. In: *Evaluation and Program Planning*, Vol. 6, p. 19, Pergamon Press Ltd.1983.

COELHO, Ivan Batista. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 171-183, 2010.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2007. 69 p.

ESCOREL, S. e MOREIRA, M. R. Participação Social. **In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. GIOVANELLA, L. (Org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 2 edição revista e ampliada 2012. 1097p.

_____. e BLOCH, R. A. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. **In: Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS**. LIMA, N. T. (Org.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504 p.

ESTÉVEZ, A. Intención y responsabilidad. **In: Diccionario latinoamericano de bioética** / TEALDI, J. C. (org). – Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 121-123.

FERNANDES, J. R. O. Ensino de história e diversidade cultural: desafios e possibilidades. **Cadernos Cedes**, v. 25, n. 67, p. 378-388, 2005.

FORTES, P. A. C. A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde. **Revista Bioética**. São Paulo, v. 5, n. 1, 1997.

- FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Líber Livro, Vol.6. 2008. 79 p.
- FREITAS, C. B. D.; HOSSNE, W. S.. O papel dos comitês de ética em pesquisa na proteção do ser humano. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, 2009.
- GARRAFA, V. **Apresentando a Bioética**. Universitas. História (UNICEUB), v. 2/3, p. 7-17, 2006.
- _____. Bioética. In: Giovanella L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 2, p. 853-869, 2012.
- _____. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista bioética**, v. 13, n. 1, 2009.
- _____. Inclusão social no contexto político da bioética. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 1, n. 2, p. 122-32, 2005.
- GONH, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 2, p. 20-31, 2004.
- GUILLÉN, D. G. Democracia y bioética. **Acta Bioethica**, v. 7, n. 2, p. 343-354, 2001.
- GURGEL, C.; JUSTEN, A. Controle social e políticas públicas: a experiência dos Conselhos Gestores. **Revista Administração Pública** — Rio de Janeiro p. 357-378, mar./abr. 2013.
- HOSSNE, W. S. Bioética-ponte para a liberdade. **Revista bioetikos**, v. 1, p. 99-104, 2007.
- JUNGES, J. R. Consenso y persuasión. **In: Diccionario latinoamericano de bioética / TEALDI, J. C. (org).** – Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 104-105.
- KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e sociedade**, v. 18, n. 4, p. 733-743, 2009.
- KOTTOW, M. Vulnerabilidad y protección. **In: Diccionario latinoamericano de bioética / TEALDI, J. C. (org).** – Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 104-105.
- LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. **In: Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. LIMA, N. T. et al. (orgs.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 502 p.
- LACAZ, F. A.; FLÓRIO, S. M. R. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2123-2134, 2009.

LANDERDHAL, M. C.; UNFER, B.; BRAUN, K.; SKUPIEN, J. A. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, Ago. 2010.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**. Belo Horizonte: UFMG, 1999. 340 p.

LIMA, N. T. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. LIMA, N. T. (org). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504 p.

LÜDKE, M. e ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, F. A. Participação Social em Saúde. CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1986 – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p.

MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. **In: Iniciação à bioética**. COSTA, S. I. F. (org). Brasília: Conselho Federal de Medicina. p. 53-70, 1998.

NICHIATA, L. Y. I.; BERTOLOZZI, M. R.; TAKAHASHI, R. F.; FRACOLLI, RL. A. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 923-928, 2008.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. PAIM, J. S. (org) – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PFEIFFER, M. L. Legitimidad. **In: Diccionario latinoamericano de bioética / TEALDI, J. C. (org)**. – Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. p. 125-126, 2008.

PLASENCIA, D. G. P. Equidad em salud. **In: Diccionario latinoamericano de bioética / TEALDI, J. C. (org)**. – Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. p. 391-392, 2008.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

ROTONDO, T. Conflicto de intereses. **In: Diccionario latinoamericano de bioética / TEALDI, J. C. (org)**. – Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. p. 458-461, 2008.

SALAS, G. L. Z. La aparición de la bioética y el porqué de la misma. **Revista Lasallista de investigación** - Vol. 11 No. 1 – 2014.

SANTOS, W. **Dicionário jurídico brasileiro**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001. 340 p.

SEGRE, M. Autonomía individual. **in: Diccionario latinoamericano de bioética / TEALDI, J. C. (org).** – Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 423-425.

SORATTO, J.; WITT, R. R. e FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 1227-1243, 2010.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde.** Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011.

UNESCO. Report Of The International Bioethics Committee Of Unesco On The Principle Of Respect For Human Vulnerability And Personal Integrity. United Nations Educational, Scientific And Cultural Organization, France. 2013. 43 p.

_____. Declaração Universal Sobre a Diversidade Cultural. 2002. 7 p.

VALENZUELA, J. G. Valores éticos. **In: Diccionario latinoamericano de bioética / TEALDI, J. C. (org).** – Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 129-130.

VIEIRA, M.; CALVO, M. C. M.. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2315-2326, 2011.

ZAMBON, V. D.; OGATA, M. N. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, p. 921-927, 2013.

ANEXO 1

ANEXO 1 – Distribuição das propostas referentes ao controle social segundo categoria.

AUTONOMIA

- garantir autonomia financeira aos Conselhos, constituindo-os como unidades orçamentárias em cada esfera de governo (9ª, p. 33).

- definir o mandato dos conselheiros independente do mandato do chefe do Poder Executivo respectivo, sugerindo-se que tenha a duração de dois anos (9ª, p. 34).

- [...] ter caráter deliberativo e fiscalizador, com autonomia, inclusive quanto a dotação orçamentária (9ª, p.34).

110.2 financiar, com recursos orçamentários próprios e com outras fontes, jornais, boletins informativos e outras publicações, com linha editorial autônoma e edição periódica, divulgando resoluções, informando sobre a aplicação dos recursos dos Fundos de Saúde, sobre experiências inovadoras e sobre outros assuntos de interesse dos conselheiros de Saúde e da sociedade (10ª, p. 41).

113 O caráter deliberativo e o poder fiscalizador dos Conselhos de Saúde sobre as ações e serviços de saúde devem ser garantidos pelos gestores do SUS através de: [113.4] clara separação entre as funções deliberativas dos Conselhos de Saúde e as funções executivas dos gestores do SUS (10ª, p. 43).

119 As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ter suas funções claramente definidas, não devendo avançar sobre as funções deliberativas dos Conselhos de Saúde e, ainda, submeter suas proposições às decisões dos mesmos (10ª, p. 43).

- 125 Para assegurar seu pleno funcionamento, os Conselhos de Saúde devem: 125.2 criar subcomissões nos Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde para verificar se os Conselhos de Saúde estão realmente funcionando de forma autônoma e permanente (10ª, p. 44).

- 130 Os gestores do SUS devem garantir, na composição dos Conselhos de Saúde, o cumprimento das seguintes regras: 130.2 os gestores do SUS ficam proibidos de indicar os representantes dos usuários, dos trabalhadores em Saúde e dos prestadores de serviços nos Conselhos de Saúde (10ª, p. 45).

- 132 Os Conselhos de Saúde devem promover a sua autonomia, o seu fortalecimento político e a organização independente dos conselheiros de Saúde (10ª, p. 45).

- 134 Os conselheiros de Saúde não podem ser remunerados pelas suas atividades, sendo as mesmas consideradas de relevância pública (10ª, p. 45).

1. Em relação à articulação e ampliação da representatividade dos conselhos, os participantes da Conferência indicam a necessidade de estimular a criação, nos Conselhos, de fóruns de representantes por segmentos. Da mesma forma, objetivando

fortalecer a representatividade dos conselheiros, sugerem a criação de instrumentos e mecanismos (distribuição de pautas, atas e relatórios) que garantam que os conselheiros prestem contas sistematicamente das proposições encaminhadas e posições assumidas, às bases que os/as elegeram, buscando sempre subsídios para votar de acordo com as posições do coletivo que representam (11ª, p.59).

5 [...] No caso específico das Ouvidorias, sugere-se que as mesmas sejam eleitas pela sociedade civil, gozando de autonomia em relação ao governo, inclusive com dotações orçamentárias próprias, sendo criadas por meio de lei formulada em cada esfera administrativa do SUS, para garantir a defesa dos direitos dos usuários e tornar factível a fiscalização do Sistema por quem o utiliza (11ª, p. 61).

8. O perfil dos conselheiros dos Conselhos de Saúde e o processo de escolha dos mesmos é apontado como tema relevante pela Conferência, entendido como instrumento necessário para garantir a maior legitimidade social e o pleno exercício do poder de Controle Social com autonomia. Para tal, é imperioso que a indicação de conselheiros dos segmentos de usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços seja realizada pelos segmentos/entidades aos quais os mesmos pertençam, evitando ingerências de qualquer espécie pelos gestores. O processo deverá ser comprovado em ata da reunião da entidade/plenária, com assinatura de todos os presentes. A Plenária Final da 11ª Conferência aprovou, igualmente, proposta clara vedando aos conselheiros representantes de trabalhadores e usuários o vínculo empregatício com o governo da mesma esfera de governo e/ou a ocupação concomitante de cargo de livre provimento ou confiança no Poder Executivo, situação que os caracteriza como gestores (11ª, p. 63).

257. Estimular a formação nos Conselhos de comissões temáticas permanentes de IEC, bem como a manutenção de veículos de comunicação próprios e independentes [...] (11ª, p. 183).

10. Estabelecer que as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite não assumam as competências deliberativas dos Conselhos de Saúde, enfraquecendo o controle social. (12ª, p. 103).

19. Estabelecer, por intermédio do Conselho Nacional de Saúde, que a presidência ou coordenação dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, não seja obrigatoriamente ocupada pelo gestor [...] (12ª, p. 105).

25. [...] Também deve ser assegurada aos Conselhos autonomia de execução financeira por meio de dotação orçamentária própria e específica, com percentual definido pelo próprio Conselho. Devem ser previstas medidas para punir judicialmente o gestor caso não forneça a infra estrutura (12ª, pg. 106).

27. Assegurar o livre exercício do mandato de conselheiro, incluindo suporte jurídico, quando necessário. Fortalecer a função de conselheiro, garantindo a sua proteção legal contra assédio moral e político e para fins de estabilidade no emprego durante o mandato e igual período subsequente, com emissão de carteira de identificação para facilitar a fiscalização e o controle de todas as instâncias e órgãos do SUS, reconhecendo e dignificando o seu trabalho, estimulando a imparcialidade partidária dos conselheiros para garantia do controle social e da gestão participativa (12ª, p. 107).

23. Fortalecer os conselhos de saúde como instâncias deliberativas e fiscalizadoras dos serviços de saúde e suas pactuações, garantindo sua autonomia perante os poderes Executivo e Legislativo (13ª, p. 162).

31. Assegurar aos conselhos de saúde autonomia e participação em todas as mesas de negociação e debates relacionados à gestão do trabalho em saúde (13ª, p. 163).

58. Que o Ministério da Saúde implante uma Política Nacional de Ouvidoria no SUS, envolvendo as três esferas de governo, para criação de ouvidorias que sejam autônomas e eleitas pelos conselhos de saúde [...] (13ª, p. 168).

71. Assegurar a autonomia administrativa e financeira aos Conselhos de Saúde nas três esferas do governo, transformando-os em unidades orçamentárias, com repasse fundo a fundo, para custear as ações do controle social aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde, incluindo a realização de conferências, plenárias, seminários, fóruns e outros eventos que tratem de assuntos pertinentes ao controle social (13ª, p. 170).

53. Tendo em vista que o Distrito Federal não tem municípios, equiparar os seus Conselhos Regionais de Saúde aos Conselhos Municipais de Saúde, fortalecendo-os como instâncias deliberativas e fiscalizadoras dos serviços de saúde e suas pactuações, garantindo-lhes autonomia perante o Poder Executivo (13ª, Inéditas).

72. Que o Conselho Nacional de Saúde avalie o atual modelo de gestão do sistema de saúde indígena, [...] garantindo a autonomia orçamentária, financeira, administrativa e política dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (13ª, Inéditas).

1 Fortalecer o controle social autônomo [...] (14ª, p. 19).

4. [...] visando à promoção da autonomia e a identificação e formação de lideranças afins com as especificidades do setor Saúde (14ª, p. 20).

21 Garantir autonomia aos Conselhos para gerirem seus recursos e se constituírem em unidade orçamentária [...] (14ª, p. 24).

DEMOCRACIA

- definir a constituição dos Conselhos com a seguinte composição: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de Saúde e 25% de governo e prestadores de serviços (9ª, p. 34).
- recomendar que a indicação dos representantes de usuários e trabalhadores de Saúde se dê em assembleia geral de suas entidades (9ª, p. 34).
- que os Conselhos devem, em sua composição, ser paritários entre usuários e demais segmentos [...] (9ª, p.34).
- que seja obrigatória a implantação e fortalecimento dos Conselhos Gestores em todas as unidades prestadoras de serviços, dentro dos três setores da Seguridade Social, respeitando a paridade dos usuários em relação às outras representações (9ª, p. 36).
- que os membros dos Conselhos Gestores sejam eleitos pelos seus pares, na comunidade e no serviço (9ª, p. 36).
- estimular a participação dos usuários em todos os níveis do SUS, promovendo formas participativas de planejamento e gestão, [a população] deverá ser consultada sobre a implantação de programas, unidades e serviços de saúde (10ª, p. 41).
- 126 O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde devem incluir, como critério para o nível de gestão plena, que os presidentes dos Conselhos de Saúde sejam eleitos pelos conselheiros, sendo facultativa a candidatura do gestor naquele nível de governo (10ª, p.44).
- criação de Plenárias e de Conselhos Populares e Sindicais nos estados e municípios, em caráter permanente, com o objetivo de subsidiar técnica e politicamente os Conselhos e o SUS (9ª, p. 37).

110.3 estimular a articulação sistemática entre Conselhos, conselheiros de Saúde e sociedade civil, abrindo suas reuniões à população [...] (10ª, p. 41).

130 Os gestores do SUS devem garantir, na composição dos Conselhos de Saúde, o cumprimento das seguintes regras: 130.1 obedecer a proporcionalidade de 50% de usuários, 25% de trabalhadores em Saúde e 25% de gestores e prestadores (10ª, p. 45).

20. c) As funções de Secretário do Conselho, ouvidor, e a Presidência do Conselho devem ser definidas através de eleição, no Conselho de Saúde. Todos os Conselhos de Saúde devem eleger sua Presidência democraticamente entre seus membros. Esse processo poderia ser consolidado com o encaminhamento de Projeto de Lei ao Congresso Nacional regulamentando tal ato de forma clara, inclusive com a explicitação de todos os detalhes operacionais para efetivação dessa exigência democrática em todos os Conselhos do País (11ª, p. 72).

23. Em relação ao perfil dos delegados nas Conferências de Saúde, a Plenária enfatizou a necessidade de garantir que a paridade dos delegados nas Conferências Nacionais seja 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores e prestadores, em atendimento às resoluções do CNS e às deliberações das Conferências anteriores (11ª, p. 75).

19. [...] sendo que os presidentes dos conselhos devem ser eleitos entre os membros do plenário dos conselhos, por meio de voto direto e secreto (12ª, p. 105).

20. Democratizar o funcionamento dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, implementando coordenações colegiadas ou mesa diretora eleita, promovendo reuniões descentralizadas e/ou assembleias populares fora de suas sedes, realizando reuniões de planejamento e avaliação dos trabalhos para atingir objetivos estratégicos da política de saúde, garantindo padronização nacional da prestação de contas para maior eficácia na prática do controle social (12ª, p. 105).

53. [...] no desenvolvimento de atividades que apresentem e estimulem o exercício da democracia (13ª, p. 167).

60. Estabelecer que a escolha do presidente e de todos os membros da Mesa Diretora dos Conselhos de Saúde seja realizada por meio de eleição livre e democrática e votação direta e aberta entre seus membros. (13ª, p. 168).

63. Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem fazer reuniões com as entidades que possuem representação assegurada no seu Regimento Interno, estabelecendo que a escolha dos representantes destas seja realizada, a princípio, pelas mesmas, por meio de eleições democráticas e independentes, a partir de diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Saúde (13ª, p. 169).

28 [...] no desenvolvimento de atividades que apresentem e estimulem o exercício da democracia e da participação social em diversos espaços (13ª, inéditas).

2 Implementar conselhos regionais e fortalecer os conselhos estaduais de saúde, realizando eleição direta e livre para seus presidentes [...] (14ª, p. 19).

EMPODERAMENTO

- atribuir aos sindicatos poderes para o exercício da fiscalização sobre o recolhimento das contribuições devidas à Seguridade Social, inclusive o de notificar administrativamente o órgão previdenciário e o de ajuizar caso não haja providência administrativa em tempo hábil (9ª, p. 37).

110.7 promover eventos e oficinas abertas visando informar os usuários do SUS e instrumentalizá-los para o exercício da cidadania (10ª, p. 41).

10. a) Articular a academia, os serviços de saúde, os Centros de Formação de RH das Secretarias de Saúde e os Pólos de Educação em Saúde para disponibilizarem, periodicamente, cursos de formação para conselheiros de saúde e usuários do SUS em geral, com inclusão de temas (princípios do SUS, seu papel na Atenção à Saúde) e específicos (orçamento, legislação, controle e avaliação, contratos e convênios, planejamento e programação de serviços, sistemas de informação, NOB, financiamento, encaminhamento de questões de caráter legal junto ao Ministério Público), garantindo a emergência de agentes sociais com formação crítica (política, ideológica e sociológica) no sentido da sua instituição como sujeitos de transformação da ideologia hegemônica (11ª, p. 65).

21. d) Assegurar aos Conselhos o poder de solicitar auditorias relacionadas com o funcionamento das diversas instâncias do SUS (11ª, p. 73).

27. Criar condições que visem ampliar a participação das mulheres nas diferentes instâncias de Controle Social, incluindo, para este fim, investimento na capacitação de mulheres para o exercício desse direito (11ª, p.80).

1. VI. promovendo a educação popular e em saúde, divulgando os direitos, capacitando lideranças [...] (12ª, pg. 102).

3. Estimular a organização da sociedade para o exercício do efetivo controle social na saúde, fomentando a organização da juventude para a importância desse controle e incluindo o tema SUS nas atividades escolares (11ª, p. 103).

VULNERABILIDADE

2. Os participantes da 11ª Conferência indicam também a necessidade de estimular instrumentos de articulação e ampliação de espaços de Controle Social, criando Conselhos Municipais e Estaduais de Cidadania, integrados por representantes dos diferentes conselhos municipais que tratam das políticas sociais. Essa iniciativa viabilizaria a formulação de estratégias diferenciadas e mais amplas para questões específicas de grupos vulneráveis, o aprimoramento das legislações e normas existentes de forma intersetorial, garantindo o direito desses grupos (índios, mulheres, negros, crianças, idosos, portadores de patologias específicas e portadores de deficiências etc.) à Saúde, de forma integrada. Esses conselhos deverão operar como instrumentos capazes de promover a conscientização da população e o enfrentamento político mais amplo das propostas político-administrativas contrárias aos interesses populares (11ª, p. 59).

22. Ampliar os repasses de incentivos financeiros federais para garantir o fortalecimento da seguridade social aos municípios das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, bem como ao Vale do Jequitinhonha, às comunidades indígenas, aos remanescentes de quilombos e às populações ribeirinhas, em todo o território nacional e com controle

social, tendo em vista as peculiaridades regionais e considerando-se a densidade demográfica e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (11ª, p. 36).

8. Aprovar e executar medidas que assegurem a atenção integral, inclusive do usuário das zonas rurais e áreas indígenas, com controle social, mesmo nos municípios que ainda não possuem equipes de saúde com composição ampliada (12ª, p. 103).

30. Exigir a criação de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) nos Conselhos Municipais de Saúde, em especial nos municípios-sede dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest), que promovam a participação dos trabalhadores, movimentos populares, associação de vítimas e portadores de seqüelas de acidentes do trabalho (12ª, p. 108).

31. Criar comissão permanente de atenção à saúde da população negra nos Conselhos de Saúde nas três esferas do governo, com o objetivo de monitoramento dos agravos desse segmento populacional e a redução da mortalidade precoce por causas evitáveis, em consonância com a política nacional de promoção da igualdade racial (12ª, p. 108).

47. Que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde promovam maior integração com os Conselhos Tutelares, os Conselhos Gestores, os Conselhos de Saúde e outras entidades das três esferas de governo e Promotorias Públicas, para a garantia dos direitos da criança e do adolescente e para proporcionar ambiente social propício para o desenvolvimento sadio dos adolescentes e dos jovens (13ª, p. 166).

54. Que o Governo Federal estruture política de informação e comunicação direcionada às comunidades rurais, aos assentamentos, aos ribeirinhos, aos acampamentos, aos quilombolas, aos indígenas, entre outras, e que garanta o acesso às ações e aos serviços de saúde e às demais políticas públicas. (13ª, p. 167).

70. Que o Conselho Nacional de Saúde implante a comissão de defesa da saúde integral da população negra (13ª, p. 170).

76. Incentivar políticas públicas que garantam recursos financeiros para ações de saúde de quilombolas e populações tradicionais (ribeirinhos e pantaneiros) (13ª, p. 171).

18. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) deve criar um fórum permanente de discussão, direcionado à acessibilidade das pessoas com deficiência no SUS (13ª, Inéditas).

44. Os Conselhos de Saúde dos três níveis de gestão devem instituir, por intermédio da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), e estabelecer relação, comunicação e articulação com a comissão nacional e os comitês estaduais, regionais e municipais de estudos e prevenção da mortalidade materna, para fortalecê-los como

organismos de consulta para formulação e controle social da Política de Atenção Integral de Saúde da Mulher dos estados e municípios e ações implementadas para o controle e a redução da mortalidade materna (13ª, Inéditas).

73. Que o Ministério da Saúde realize uma força tarefa de saúde, no Vale do Javari, estado do Amazonas, aos povos Corumbo, Marumbo, Kolinás, Kanamari e Matis, tendo em vista que estes povos vêm sofrendo agravos à sua saúde e que estes problemas são de âmbito nacional, pois estão na fronteira de três países (Brasil, Peru e Colômbia) (13ª, inéditas).

75. Que o Ministério da Saúde implemente o Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias como política pública de Estado e garanta o abastecimento de fatores de coagulação de alta pureza, bem como dos coagulantes para hemofílicos com inibidores de alto título, tais como: complexo protrombínico ativado (CCPA) e fator VII recombinante, mantendo o programa de dose domiciliar estabelecido desde o ano 2000, produtos imprescindíveis à vida do hemofílico e que, em conjunto com o CNS e a Anvisa, promovam conferências e seminários sobre doenças hemoderivadas em parceria com as associações do mesmo segmento (13ª, inéditas).

77. Que o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde fomentem, junto ao IBGE, que este faça uma pesquisa sobre a mortalidade de crianças e adolescentes portadores de doenças falciformes e que estes dados sejam repassados à Anvisa, para que sejam divulgados em todas as mídias. (13ª, inéditas).

81. Que o Conselho Nacional de Saúde proponha ao Governo Federal que promova articulação entre o Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho, o Ministério Público e o Ministério da Agricultura, entre outros, para o estabelecimento de política para coibir pagamento por produção aos cortadores de cana, por ser uma das formas de trabalho mais desumanas e perversas, pois os trabalhadores têm seus ganhos atrelados à sua força de trabalho, o que os está levando à morte por exaustão nesse setor produtivo, a fim de garantir a dignidade desses trabalhadores (13ª, Inéditas).

EQUIDADE

2. Garantir o fortalecimento do controle social, nas três esferas do governo, na formulação, regulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas equitativas para a criança, adolescente, mulher, idoso, trabalhador, orientação sexual, pessoas com deficiências, pessoas com patologias, população negra, população indígena, bem como da população carcerária.

DIVERSIDADE CULTURAL

- incluir, onde houver aldeamento, tribos ou nações indígenas, um representante dos mesmos nos Conselhos (9ª, p. 35).

- garantir a representatividade regional na composição dos Conselhos Estaduais de Saúde (9ª, p. 34).

114 Os Conselhos de Saúde devem implementar ou criar: [114.1] Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador, de Alimentação e Nutrição, de Saneamento e Meio Ambiente, de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, de Ciência e Tecnologia em Saúde, de Saúde do Índio, de Recursos Humanos para a Saúde, conforme prevê o artigo 12 da Lei Federal nº 8.080/90 (10ª, p. 43).

- 120 Os gestores do SUS, prestadores de serviços e trabalhadores em Saúde devem simplificar a utilização do linguajar excessivamente técnico, para possibilitar melhor compreensão tanto pelos conselheiros de Saúde como pelos usuários do SUS (10ª, p. 43).

110.6 manter articulação permanente com o Ministério Público, o Tribunal de Contas, os Conselhos de Seguridade Social, da Previdência Social e da Assistência Social, a Promotoria dos Direitos do Consumidor (PROCOM), os Conselhos Tutelares da Criança, do Adolescente e do Idoso e com as entidades representativas dos trabalhadores em Saúde e dos usuários do SUS (10ª, p. 41).

10. b) Implementar Cursos de Capacitação de Conselheiros respeitando as características regionais e locais, mas orientados por calendário nacional unificado de formação dos conselheiros, pactuado pelas três esferas de governo (11ª, p. 65).

18. I. propiciando a participação de diferentes etnias e minorias de forma que, nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais, a composição da representação de usuários eleita pelos movimentos sociais organizados respeite as especificidades raciais, étnicas, religiosas e demográficas do município e da região (12ª, p. 105).

9. Que os conselhos e as secretarias 9. de saúde divulguem a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, viabilizando mecanismos de acesso a toda sociedade pelos vários meios de comunicação, contemplando as pessoas com deficiência visual. (13ª, p. 160).

18. Que as conferências de saúde sejam um espaço efetivo de inclusão social de todos os atores envolvidos com o SUS, em especial os usuários e os trabalhadores, incluindo todas as raças, gêneros e etnias e estimulando a participação de observadores em todas as suas etapas [...] (13ª, p. 161).

28. [...] além da elaboração de materiais informativos com linguagem acessível e disponível à população e às pessoas com deficiências (13ª, p. 163).

56. [...] oportunizando a participação de todas as raças, gêneros e etnias, favorecendo a proximidade entre os serviços e a comunidade, para o fortalecimento da participação social no SUS e maior qualidade da atenção à saúde (13ª, p. 168).

69. [...] recomendando aos Conselhos de Saúde que viabilizem assento de representação indígena em sua composição, conscientizando esta comunidade sobre a importância do controle social (13ª, p. 170).

13. [...] favorecendo a participação de todos os segmentos, inclusive gestores e população indígena, comunidades tradicionais e lideranças comunitárias, [...] (14ª, p.22).

15 Ampliar as vagas do Conselho Nacional de Saúde para as comunidades tradicionais e entidades gerais (14ª, p. 22).

DIÁLOGO

- que sejam instaladas urnas para recebimento de sugestões e reclamações em todas as unidades e serviços de saúde, para uso do Conselho Gestor (9ª, p. 36).

- que os Conselhos devem receber e averiguar denúncias dos usuários quanto aos serviços de saúde, encaminhando as soluções cabíveis (9ª, p. 35).

5. A criação de outros instrumentos de controle social vinculados aos conselhos foi recomendada, para fortalecer o papel fiscalizador dos conselhos, tornando-o mais efetivo. Nesse sentido foi enfatizada a criação de ouvidorias, vinculadas aos Conselhos de Saúde, de fácil acesso à população, para operarem como instâncias de encaminhamento de reivindicações e sugestões, e para auxiliar na busca de soluções para problemas nos serviços de saúde. A instalação de serviços do tipo “Disque-SUS”, para receber e tratar sugestões e denúncias de atendimento nos serviços de saúde, podem, igualmente, contribuir para aproximar o cidadão das instâncias de Controle Social do Sistema [...] (10ª, p. 61).

11. A 11ª Conferência indica a necessidade de avaliar, periodicamente, o Controle Social por meio de levantamento anual *in loco* dos Conselhos Municipais de Saúde, realizado pelos Conselhos Estaduais de Saúde sob coordenação do Conselho Nacional e apoio do Ministério Público, contemplando a sua caracterização em termos da estrutura, funcionamento, composição e periodicidade de reuniões, com vistas a preservar a regularidade do seu funcionamento, a identificação de experiências positivas e a troca de experiências (11ª, p. 68).

14. A Plenária da 11a Conferência indica como condição básica para o adequado funcionamento dos Conselhos a garantia das condições físicas e técnicas ao seu funcionamento. Essa estrutura para o funcionamento dos Conselhos inclui espaço físico para a realização das reuniões e para a Secretaria do Conselho, equipamentos básicos como telefone, fax, material de escritório e computador ligado à internet, permitindo a constituição de uma rede local acessível à população desde as unidades de saúde, funcionando a Sala do Conselho como uma central de atendimento ao usuário do SUS (11ª, p. 67).

15. A 11a Conferência indica a necessidade de avaliação da qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. A partir de instrumentos como a consulta periódica aos usuários sobre os procedimentos realizados pelos serviços próprios, contratados e conveniados [...] (11ª, p. 68).

18. d) Criar instrumentos de recepção, avaliação, encaminhamento e acompanhamento de denúncias, divulgando-os entre a população (11ª, p. 70).

19. A Plenária da Conferência indicou, também, formas de estimular e garantir a articulação entre Conselhos e Conselheiros, tanto horizontal como verticalmente, visando à troca de experiências, superação de conflitos e cooperação técnica. (11ª, p. 71).

24. Um extenso rol de propostas de aproximação e cooperação entre os órgãos de gestão do SUS com os poderes Legislativo, Judiciário e o Ministério Público parece indicar a necessidade de que o atual clima de conflito entre esses poderes transforme-se, gradualmente, em alavanca para o aperfeiçoamento dos serviços e concretização dos princípios do SUS no cotidiano dos usuários e trabalhadores de saúde. Para tal, a busca do diálogo permanente com os poderes Legislativo/Judiciário e a população, ampliando o compromisso dos mesmos com princípios comuns que garantam o acesso, a qualidade e a humanização da atenção à Saúde, parece ser fundamental [...] (11ª, p. 76).

25. Da mesma forma, em relação às Promotorias de Justiça e aos Tribunais de Contas, o encaminhamento rotineiro dos Planos de Saúde e dos Relatórios de Gestão a estes órgãos, em cada esfera de governo, deve-se constituir em atitude de aproximação com resultados de cooperação mútua do SUS com o MP, Justiça e Legislativo. (11ª, p.77).

25. b) Criar permanente mecanismo de comunicação entre Conselho e Ministério Público, inclusive com política de acolhimento ao promotor/magistrados recém-chegados, no sentido de sensibilizá-los para as questões locais (11ª, p. 78).

25. g) Fortalecer os Conselhos de Saúde para que atuem sobre os problemas de gestão da Saúde, constituindo-se no primeiro instrumento de recepção de denúncias do cidadão, de forma que o Ministério Público seja a última instância a ser acionada. Estimular o Ministério Público, em contrapartida, a ter os Conselhos de Saúde, nos

diversos níveis, como “portas de entrada” para o encaminhamento de suas ações na área da Saúde; (11ª. p. 78).

1. II. criando outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, possibilitando a participação popular nas discussões e resoluções dos seus problemas (12ª, pg. 102).

1. V. criando e fortalecendo mecanismos de interlocução entre conselhos e ouvidorias para monitoramento da qualidade em saúde (12ª, pg. 102).

1. VIII. criando um espaço para discussão com usuários, divulgando a agenda dos conselhos, os serviços prestados pelo SUS, bem como sobre as reais necessidades dos usuários (12ª, pg. 102).

7. Organizar reuniões e seminários, aproveitando os espaços existentes nas comunidades (escolas, igrejas, centros comunitários, comunidades indígenas e de quilombolas, e templos religiosos), com o objetivo de discutir saúde e informar ao cidadão sobre os seus direitos e deveres (12ª, p. 103).

49. Definir e implementar uma política nacional de ouvidorias do SUS para as três esferas de governo, submetendo-a aos respectivos Conselhos de Saúde, capacitando recursos humanos e disponibilizando recursos financeiros para implementação nos estados e municípios. Essa política deve ampliar os canais de relação e participação com a população, modificar o caráter, a eficiência e o funcionamento das ouvidorias. Além de estarem voltadas para a pronta resolução dos problemas denunciados, as ouvidorias também devem ser geradoras de informações para apoio e qualificação, avaliação e planejamento da gestão em saúde e que os serviços tenham ampla e permanente divulgação à população (12ª, p. 111).

50. Oferecer urnas lacradas e livro de ocorrências para sugestões, elogios ou queixas, em locais de livre acesso de todas as unidades de saúde, devidamente identificados, que deverão ser abertas e discutidas a cada reunião ordinária do conselho gestor e encaminhadas ao Conselho Municipal e/ou Estadual de Saúde (12ª, p. 111).

51. Criar e implementar, nas três esferas de governo, processo de escuta contínua e interlocução entre usuários do SUS, por intermédio de serviços telefônicos gratuitos (disque denúncia, disque saúde), desenvolvendo ampla pesquisa para avaliar a satisfação dos usuários e dos profissionais do SUS, nas três esferas de governo, articulando instituições formadoras, Conselhos de Saúde, instituições prestadoras de serviços de saúde e sociedade civil organizada (12ª, p. 112).

2. Que os conselhos de saúde articulem com os órgãos competentes, de forma contínua e permanente, a fiscalização do repasse de verbas aos hospitais universitários, contribuindo para a integração pesquisa/ensino/extensão e assistência. (13ª, p. 159).

7. Garantir que a Comissão de Comunicação e Informação em Saúde do Conselho Nacional de Saúde trabalhe e exerça suas atividades de forma a favorecer a intersetorialidade, ampliando a interação e articulação entre os demais conselhos de direitos e de políticas setoriais (13ª, p. 159).

8. Criar e implementar comissões de comunicação, informação e informática em saúde nos conselhos estaduais e municipais de saúde, com o objetivo de subsidiá-las na divulgação de suas atividades, em defesa do SUS e para mobilização da sociedade e o fortalecimento do controle social, estimulando a criação de uma rede de comunicação entre os conselhos de saúde. (13ª, p. 159).

29. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem elaborar e aplicar pesquisas periódicas de satisfação dos usuários sobre os serviços de saúde do SUS e rede conveniada, discutindo seus resultados com a sociedade, para promover a qualidade de serviços prestados e a melhoria constante e permanente das políticas de saúde (13ª, p. 163).

42. Que o Conselho Nacional de Saúde promova estratégias para a integração setorial e intersetorial das instâncias de controle social nas três esferas de governo, incluindo Ministérios Públicos Estaduais e Federal, Tribunal de Contas e a sociedade civil organizada nos diferentes segmentos, a fim de garantir a legitimidade ao controle social, permitir o compartilhamento de informações sobre a saúde do país, a adoção de um modelo de desenvolvimento humano sustentável, uma agenda única de enfrentamento dos problemas sociais e a gestão participativa (13ª, p. 165).

11. Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem promover a articulação de diversos conselhos, com vistas à elaboração de uma agenda intersetorial pactuada que oriente ações conjuntas para promoção da participação e do controle social, estabelecendo estratégias e mecanismos de ação, tais como: plenárias e fóruns intersetoriais de debates, palestras, seminários e encontros que possibilitem a interlocução permanente entre os diversos conselhos (13ª, Inéditas).

47. Os Conselhos de Saúde em todos os níveis devem buscar subsídios e promover amplos debates com o controle social, os técnicos da saúde, a academia, os profissionais do meio ambiente e outros sobre os riscos sociais, físicos, ambientais e econômicos envolvidos com o uso das nanotecnologias (13ª, Inéditas).

16 Promover encontros intersetoriais entre órgãos do governo, Poder Judiciário, Poder Legislativo, e representação das câmaras do Ministério Público, entre os conselhos e fóruns de políticas setoriais, com a sociedade civil organizada e com a finalidade de debater assuntos relacionados à saúde pública gratuita, de qualidade e de acesso integral a todos os cidadãos (14ª, p. 22).

17 Ampliar as articulações dos conselhos de saúde das três esferas de governo com os demais órgãos de controle (Tribunais de Contas dos Estados e da União e Ministério Público), Auditoria da Saúde e sociedade civil organizada para melhorar e qualificar o controle social no SUS e garantir rapidez e eficiência na apuração e punição de fraudes e malversação de recursos financeiros e materiais na saúde, bem como para a efetiva fiscalização do uso de recursos e ações executadas pelos gestores das três esferas de

gestão do SUS, promovendo a inclusão dos conselheiros de saúde em outros conselhos, fortalecendo o compartilhamento e intersetorialidade das ações de controle social (14ª, p. 23).

19 Criar e aperfeiçoar as Ouvidorias do SUS, [...] para que possam atuar de modo efetivo contribuindo para o esclarecimento dos usuários e apuração de denúncias (14ª, p. 23).

LEGITIMIDADE

- que os Conselhos devem elaborar, apreciar e aprovar os planos municipais de Saúde, recusando planos padronizados elaborados por empresas privadas, que sirvam apenas como instrumento de captação de recursos (9ª, p. 35).

- que a realização de Conferências não coincida com as eleições no país, nos seus respectivos níveis (9ª, p. 37).

- acompanhar e fiscalizar o funcionamento dos Conselhos, a legitimidade e paridade de sua composição (9ª, p. 37).

16. O objetivo do fortalecimento dos Conselhos e Conferências deverá ser atendido pelo desencadeamento de amplo processo de mobilização popular para fazer cumprir as deliberações das instâncias de Controle Social do SUS, bem como estabelecer sanções e penalidades aos gestores públicos que, arbitrariamente, desacatarem a legislação do SUS e as deliberações dos Conselhos de Saúde, ou não respeitarem as diretrizes aprovadas nas Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. A criação de mecanismos que estimulem os gestores a cumprir as deliberações dos Conselhos de Saúde, entre os quais incentivos aos sistemas com Controle Social consolidado, também foi apontada como necessidade para se ter bons resultados. Todo esforço para a efetivação das deliberações dos Conselhos, Conferências e o disposto na legislação do SUS deve ser envidado, superando o formalismo das leis que não são aplicadas e das decisões não implementadas, que desmoralizam as instituições encarregadas de preservá-las (11ª, p. 68).

18. A necessidade de produção de instrumentos que consolidem a função dos Conselhos no processo de gestão da política de Saúde foi também reforçada durante a 11ª Conferência, garantindo, entre outras indicações, que o Plano de Saúde seja utilizado como instrumento orientador das ações e investimentos de cada esfera de governo, sendo incorporado pelo Conselho como elemento de avaliação de resultados e não apenas como instrumento burocrático e protocolar. (11ª, p. 70).

20. b) Vedar aos Secretários Municipais, Estaduais e o Ministro da Saúde a propriedade/sociedade em estabelecimentos de saúde sob sua gestão (11ª, p. 72).

22. d) Resgatar as propostas das Conferências de Saúde já realizadas, encaminhando-as aos Conselhos para que as transformem em deliberações para cumprimento dos gestores (11ª, p. 75).

18. II. impedindo a participação de conselheiros que sejam cônjuges, consanguíneos e afins dos gestores até segundo grau; III. vedando a participação, como representantes de usuários, de pessoas com vínculos com o Executivo correspondente (cargo comissionado, função gratificada ou prestador de serviços); IV. estimulando a participação, como convidado e parceiro, de representante do Ministério Público (12ª, p. 105).

18. [...] além da recomendação de que as vagas de delegados do segmento dos usuários e profissionais de saúde não sejam ocupadas por pessoas com cargo de coordenação e chefia na gestão (13ª, p. 161).

51. [...] formação de representações legítimas [...] (13ª, p. 167).

61. Regulamentar a proibição da participação, na condição de conselheiros representantes de usuários e trabalhadores, das pessoas em exercício de cargos de confiança e comissionados de qualquer natureza nas administrações públicas nas três esferas de governo (13ª, p. 168).

62. [...] sem assento cativo para entidades específicas (13ª, p. 169).

66. Os Conselhos de Saúde devem implantar medidas que visem a coibir o nepotismo, a participação de prestadores como representantes dos trabalhadores ou usuários que, num mesmo conselho, tenham assento juntamente com pessoas com as quais possuam grau de parentesco de primeiro e segundo graus, das quais sejam cônjuges, com as quais tenham relações de união estável e/ou união civil, a escolha de representantes dos usuários que tenham vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesse com quaisquer dos representantes dos demais segmentos integrantes do Conselho (13ª, p. 169).

7. Garantir que, para participar na conferência nacional, os delegados tenham sido eleitos nas conferências municipais e estadual e não indicados por segmentos ou gestores (13ª, Inéditas).

84. Que os mandatos dos conselheiros nacionais, estaduais e municipais sejam de dois anos, prorrogáveis por mais um mandato, respeitando a rotatividade da participação social, evitando vícios e a defesa de interesses próprios (13ª, inéditas).

TRANSPARÊNCIA

- tornar obrigatória a prévia divulgação da constituição dos Conselhos e sua instalação nos principais meios de comunicação locais (9ª, p.34).

- garantia de acesso, aos Conselhos, a todas as fontes de dados e informações da administração sobre a questão financeira da Seguridade Social e vigilância epidemiológica (9ª, p. 35).

- obrigatoriedade dos órgãos governamentais e setor privado contratado ou conveniado em prestar toda e qualquer informação necessária ao adequado cumprimento das competências dos Conselhos, fornecendo inclusive, estudos e assessoria técnica (9ª, p. 35).

- que os Conselhos de Saúde constituam, quando necessário, assessorias técnicas de informação, em todos os níveis de governo, com uniformidade, transparência, amplitude, qualidade e fidelidade (9ª, p. 36).

110.3 [...] demonstrando publicamente a execução de seus gastos e ações (10ª, p. 41).

- cobrar dos parlamentares, do Poder Legislativo, dos gestores do SUS e do Poder Executivo a aprovação de regras e a implementação de medidas que garantam a transparência e a democratização na alocação de recursos financeiros e o controle de sua utilização, pressionando, ainda, para que apoiem lutas e propostas de interesse coletivo (10ª, p. 41).

113 O caráter deliberativo e o poder fiscalizador dos Conselhos de Saúde sobre as ações e serviços de saúde devem ser garantidos pelos gestores do SUS através de: [113.1] livre acesso dos conselheiros de Saúde a todas as informações sobre produção de serviços, horários de trabalho (especialmente plantões), custos de atendimento, indicadores de saúde, elaboração e implementação dos Planos de Saúde, metas, propostas, programas, projetos, informações relativas ao saneamento básico e ao meio ambiente, contratos e convênios com a rede privada e filantrópica, implantação de consórcios intermunicipais, orçamento para a Saúde e extratos bancários e fluxo de caixa diários das contas dos Fundos de Saúde, auditorias e fiscalizações ou qualquer outra informação solicitada pelos conselheiros de Saúde. A sonegação de informações deve implicar em crime de responsabilidade (10ª, p. 42).

- 122 Os Conselhos de Saúde devem controlar a administração das contas correntes dos Fundos de Saúde, devendo ter acesso aos extratos bancários das mesmas [...] (10ª, p. 43).

- 131 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem garantir que o processo de escolha de conselheiros de Saúde seja fiscalizado pelo Ministério Público e que as

entidades com assento nos Conselhos de Saúde comprovem sua existência legal e representatividade junto a segmentos sociais expressivos (10ª, p. 45).

- 110.5 cobrar dos parlamentares, do Poder Legislativo, dos gestores do SUS e do Poder Executivo a aprovação de regras e a implementação de medidas que garantam a transparência e a democratização na alocação de recursos financeiros e o controle de sua utilização, pressionando, ainda, para que apoiem lutas e propostas de interesse coletivo (10ª, p. 41).

132 Os Conselhos de Saúde devem promover a sua autonomia, o seu fortalecimento político e a organização independente dos conselhos de Saúde. Para isso, devem: 132.3 criar mecanismos permanentes para a troca de informações entre Conselhos e conselheiros de Saúde sobre orçamento, legislação do SUS e outros, visando promover a transparência da gestão pública e a boa gerência (10ª, p. 45).

12. g) Divulgar sistematicamente, na área de abrangência dos Conselhos de Saúde Distritais e Municipais, o calendário das reuniões dos Conselhos, convidando a população a participar das mesmas (11ª, p. 66).

12. h) Divulgar amplamente as atas das reuniões dos Conselhos, inclusive pela internet (11ª. p. 67).

13. Os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde indicam também a necessidade de fortalecer o papel de fiscalização dos conselhos, garantindo adequação dos meios disponíveis aos fins expressos no Plano de Saúde. Enfatiza-se a necessidade de que os Fundos de Saúde incluam todos os recursos utilizados para o financiamento das ações e serviços de saúde em cada esfera de governo, e não apenas os originados de transferências, apresentando prestação de contas trimestrais em audiências públicas no recinto das Câmaras Municipais e Assembleias Legislativas, sob responsabilidade do gestor do SUS em cada esfera de governo, conforme obrigam o Artigo 12 da Lei no 8.689 de 27.07.93, e o Decreto Federal no 1.651, Artigo 9º. Além disso, indica-se a necessidade de se incluir nas pautas das reuniões dos Conselhos de Saúde a informação sobre todo e qualquer repasse de verbas entre diferentes esferas de governo, assegurando à Comissão de Finanças do Conselho o acesso regular aos extratos bancários do Fundo de Saúde, para que os Conselhos tenham condições de exercer seu papel de controle e acompanhamento da execução orçamentária (11ª, p. 67).

18. e) Garantir que os Conselhos de Saúde recebam os relatórios das auditorias realizadas em hospitais contratados e outras que recebam verbas do SUS (11ª, p. 71).

25. c) Exigir dos gestores, através do Ministério Público, o preenchimento do SIOPS, que dá visibilidade financeira à gestão municipal e estadual, instituindo ação civil pública no caso de resistência ao mesmo (11ª, p. 78).

261. As atas dos Conselhos devem ser informatizadas e divulgadas pela internet. As deliberações dos Conselhos deverão ser publicadas em veículos de comunicação oficial e de massa, no prazo de 72 horas após as respectivas reuniões (11ª, p. 185).

13. Garantir que o controle social e a participação dos diversos segmentos da sociedade sejam fortalecidos em todas as áreas do Sistema de Seguridade Social, em todas as instâncias colegiadas, nas três esferas de governo para assegurar a transparência das ações e o controle sobre o uso e a distribuição de recursos, assegurando o controle social baseado no critério de paridade segundo os critérios do SUS (12ª, p. 35).

19. [...] com a criação de sistema que possibilite a visibilidade e a fiscalização da alocação dos recursos (11ª, p. 36).

14. Implementar uma política de informação e comunicação sob a responsabilidade dos conselhos e dos gestores de saúde das três esferas de governo, com garantia de dotação orçamentária, usando diversos meios de comunicação, para informar a população sobre o papel dos Conselhos de Saúde e a sua importância na legitimação das políticas de saúde e do SUS, sua composição e cronograma de reuniões, divulgando informações sobre as realizações, deliberações, e sobre os princípios e diretrizes do SUS (12ª, p. 104).

23. II. promover ampla divulgação e acesso público às informações para Conselhos e conselheiros de saúde, via internet, na imprensa oficial local (Diário Oficial) e por outros meios de comunicação, nas três esferas de governo (12ª, p. 106).

12. Exigir transparência das decisões da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), incluindo instância de controle social no âmbito da direção da Agência. (13ª, p. 160).

30. [...] garantindo que o repasse fundo a fundo seja transparente e equânime, tendo em vista as diferenças regionais [...] (13ª, p. 163).

40. Exigir dos gestores a apresentação da prestação de contas e do relatório de gestão em audiências públicas, remetendo-os aos conselhos de saúde e divulgando-os amplamente em meio impresso e eletrônico (13ª, p. 164).

44. Que os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde organizem, com ampla divulgação, suas reuniões em locais públicos e itinerantes, permitindo maior participação da sociedade e o exercício da cidadania (13ª, p. 44).

51. [...] autonomia para atuação no controle social, [...] (13ª, p. 167).

58. [...] com apresentação sistemática de relatórios periódicos aos conselhos, informando o número, as características e a resolutividade das denúncias recebidas,

tratando também de assuntos referentes ao cumprimento do Pacto pela Saúde (13ª, p. 168).

72. [...] com acesso às contas dos Fundos de Saúde correspondentes, para acompanhar e fiscalizar a aplicabilidade dos recursos financeiros destinados às ações e aos serviços de saúde (13ª, p. 170).

48. Que os conselhos e sindicatos venham a garantir a transparência aos concursos públicos das três esferas de governo em suas cidades, fazendo respeitar: o número de vagas, o prazo determinado e a classificação, fazendo assim a moralidade do serviço público e garantindo a não-privatização do serviço público (13ª, Inéditas).

54. Que os Conselhos de Saúde criem e mantenham instrumentos de comunicação que garantam à sociedade o acesso à informação sobre assuntos tratados pelos Conselhos e suas resoluções, objetivando a transparência das suas ações e o fortalecimento do mandato dos Conselheiros, adotando uma estratégia permanente para dar visibilidade à atuação dos Conselhos, aproximando-os da população (13ª, Inéditas).

58. divulguem em suas páginas oficiais (na *internet*) os seus planos de saúde, a composição do Conselho com os contatos, as pautas, as atas, os locais e os horários das reuniões, bem como suas resoluções, de modo a garantir maior transparência e participação no controle social (13ª, Inéditas).

65. instituindo com sua atribuição a apresentação sistemática de relatórios periódicos aos Conselhos, informando o número (quantidade), as características e a resolutividade das denúncias recebidas para fortalecer a gestão participativa do SUS, garantindo melhor fiscalização e encaminhamento dos casos, quando necessário, ao Ministério Público (13ª, Inéditas).

85. Assegurar a reestruturação dos Conselhos de Saúde com criação de lei, garantindo que as entidades e os representantes que os compõem sejam eleitos em plenárias dos segmentos de usuários, [...] com ampla divulgação de todo o processo (13ª, Inéditas)

7 Apossar-se dos instrumentos de informação para garantir a transparência dos serviços prestados e das pactuações das instâncias de controle social [...] (14ª, p. 20).

20 Divulgar pelos meios de comunicação [...] bem como os cronogramas e pautas de suas reuniões ordinárias (14ª, p. 23).

COMISSÕES DE ÉTICA

112 Os Conselhos e os gestores do SUS devem constituir e implementar novos mecanismos de participação, os quais devem ter asseguradas, pelos gestores do SUS, todas as informações necessárias para a análise e deliberação das questões a eles pertinentes, bem como para divulgação aos usuários. Os Conselhos e Conferências de

Saúde devem obedecer à paridade estabelecida pela Lei Federal nº 8.142/90. Entre esses mecanismos incluem-se: [112.4] Comissões de Ética Multiprofissionais, vinculadas aos Conselhos de Saúde, para analisar denúncias de mau atendimento e avaliar o comportamento dos trabalhadores em Saúde (10ª, p. 42).

68. Que o Conselho Nacional de Saúde reveja a Resolução n.º 240/97, referente à participação de usuários nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), de modo a torná-la objetiva e efetiva, exigindo a criação de Comissão de Ética e a implantação de CEPs em toda e qualquer instituição pública ou privada que desenvolva pesquisa com seres humanos, fortalecendo o controle social com a participação de representantes da sociedade civil (13ª, p. 170).

RESPONSABILIDADE

- que as instituições integradas ao SUS sejam responsabilizadas por mensagens institucionais de sua autoria consideradas enganosas ou mentirosas, assegurando-se aos Conselhos de Saúde o direito de resposta em igual tempo, com as mesmas condições de produção, sendo os custos decorrentes cobertos integralmente pela instituição infratora (9ª, p. 39).

18. V. responsabilizando legalmente quem violar, com indicações indevidas, a representação dos usuários no controle social (12ª, p. 105).

30. [...] e estabelecendo instrumentos de responsabilização da gestão em saúde que assegurem a execução das ações previstas nestes documentos (13ª, p. 163).