

**Viviane Maria Sutile**

Programa de Pós-Graduação em Bioética. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba-PR, Brasil.

vsutile@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1107-4729>

**Marta Luciane Fischer**

Programa de Pós-Graduação em Bioética. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba-PR, Brasil.

marta.fischer@pucpr.br

<https://orcid.org/0000-0002-1885-0535>

**Alessia Benizzi**

University of Ferrara. Ferrara, Itália.

alessia.benizzi@unife.it

<https://orcid.org/0009-0001-7863-3903>

**Caroline Filla Rosaneli**

Programa de Pós-Graduação em Bioética. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba-PR, Brasil.

caroline.rosaneli@pucpr.br

<https://orcid.org/0000-0003-3710-5829>

## Participação social em Conselhos de Saúde: a bioética como ferramenta para um *wicked problem*

*Social participation in Health Councils: bioethics as a tool for a wicked problem*

*Social participation in Health Councils: bioethics as a tool for a wicked problem*

**Resumo:** Este estudo trata das vulnerabilidades do usuário no exercício do controle social nos espaços dos Conselhos de Saúde, pautado na justiça social e bioética na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Os objetivos da análise são compreender a interferência da macroestrutura política na manutenção do controle social, evidenciar as vulnerabilidades enfrentadas pelos conselheiros de saúde do segmento de usuário no exercício de seu papel e as dificuldades para seu protagonismo. Através de uma revisão integrativa foram analisados 42 artigos e dissertações publicados até 2022, categorizando vulnerabilidades em individual, moral, programática e social. Apontam-se a importância da participação dos usuários no controle social e no fortalecimento do SUS, e da necessidade da participação, consciência e mobilização dos cidadãos para contribuir com a consolidação de direitos sociais.

**Palavras-chave:** Controle social. Bioética. Participação social. Saúde pública.

**Abstract:** This study addresses user vulnerabilities in the exercise of social control within Health Councils, grounded in social justice and bioethics in the defense of Brazil's Unified Health System (SUS). The analysis aims to understand the interference of the political macrostructure in maintaining social control, to highlight the vulnerabilities faced by health council members from the user segment in carrying out their role, and to identify the challenges to their protagonism. Through an integrative review, 42 articles and dissertations published up to 2022 were analyzed, and vulnerabilities were categorized as individual, moral, programmatic, and social. The study underscores the importance of user participation in social control and in strengthening the SUS, as well as the need for citizen participation, awareness, and mobilization to contribute to the consolidation of social rights.

**Keywords:** Social control. Bioethics. Social participation. Public health.

**Resumen:** Este estudio aborda las vulnerabilidades de los usuarios en el ejercicio del control social en los espacios de los Consejos de Salud, basados en la justicia social y la bioética en defensa del Sistema Único de Salud (SUS). Los objetivos del análisis son comprender

la interferencia de la macroestructura política en el mantenimiento del control social, evidenciar las vulnerabilidades que enfrentan los consejeros de salud del segmento usuario en el ejercicio de su rol y las dificultades en su protagonismo. A través de una revisión integradora se analizaron 42 artículos y disertaciones publicadas hasta 2022, categorizando las vulnerabilidades en individuales, morales, programáticas y sociales. Se destaca la importancia de la participación de los usuarios en el control social y el fortalecimiento del SUS, y la necesidad de participación, sensibilización y movilización de los ciudadanos para contribuir a la consolidación de los derechos sociales.

**Palabras clave:** Control social. Bioética. Participación social. Salud pública.

## Introdução

O termo “*wicked problem*” (ou “problema perverso”) foi cunhado pelo planejador e teórico do *design* Horst Rittel na década de 1970 para conceituar um problema complexo, difícil de se definir e de se resolver em decorrência da falta de clareza sobre suas causas e efeitos, da presença de múltiplos atores com interesses conflitantes, da incerteza sobre possíveis soluções e das interconexões entre o problema e outros sistemas ou questões sociais (Menkhaus, 2010). Na essência, diz respeito a problemas sem uma solução única e definitiva, logo demandando por abordagens adaptativas e flexíveis, a fim de mitigar possíveis riscos não intencionais ou desejados em outras áreas. Esses problemas desafiam abordagens tradicionais de resolução, exigindo um pensamento sistêmico e colaborativo (Menkhaus, 2010).

Na administração pública, os *wicked problems* são desafios complexos e interconectados, destituídos de soluções simples, tais como questões que envolvem políticas públicas complexas, tomada de decisão em contextos incertos, gestão de recursos limitados e envolvimento de múltiplos atores. Lidar com eles requer uma colaboração eficaz entre diferentes partes interessadas, aprendizado contínuo e capacidade de adaptar estratégias em resposta às mudanças nas circunstâncias (Siqueira, Silva Müller, Morais, 2021).

Partindo da concepção dos “problemas perversos”, o controle social nos Conselhos de Saúde se insere como uma estratégia para solução, desempenhando um papel fundamental na promoção da democracia participativa e na melhoria da qualidade e equidade dos serviços de saúde. Conseqüentemente, permite que os cidadãos se envolvam ativamente na formulação e implementação de políticas de saúde, intencionando um sistema mais responsivo às necessidades reais da população (Correia, 2000). Os Conselhos de Saúde têm sua origem em movimentos de saúde pública e democracia participativa no século XX, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 e a defesa

da presença ativa da comunidade na promoção e no planejamento de serviços de saúde (Brown, Blackmon, 2005).

O cenário brasileiro apresenta suas raízes na luta pela democratização da saúde e na busca por um sistema inclusivo e participativo nos princípios da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS). Ocorrida na década de 1970, a reforma sanitária foi impulsionada por diversos atores sociais, incluindo profissionais de saúde, estudantes, acadêmicos e movimentos sociais, que buscavam transformar o sistema de saúde do país em algo mais justo, equitativo e democrático (Escorel, Nascimento, Edler, 2005). Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, concomitante à redemocratização do país (Sophia, 2012), foi aprovada a proposta de criação de um sistema de saúde universal, descentralizado e participativo, o SUS. Como parte desse processo, foram estabelecidos os Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo (municipal, estadual e federal), compreendidos como órgãos colegiados responsáveis por promover a participação da comunidade na gestão do SUS. Desde então, passaram a cumprir uma missão fundamental na formulação e implementação de políticas de saúde no país, representando uma conquista importante para a democracia participativa e os direitos à saúde no Brasil.

Apesar de a presença dos movimentos sociais nos Conselhos e nas Conferências de Saúde visar ao estabelecimento da democracia participativa na resolução de “problemas perversos” (Brasil, 1990), a eficácia do controle social, por si só, passou a constituir mais um wicked problem da gestão pública, uma vez que se faz necessário discutir a representatividade dos membros e o quanto estão habilitados a defender a saúde pública em toda sua configuração (Bahia, 2015).

Os membros dos Conselhos de Saúde enfrentam diversos desafios, incluindo pressões políticas, falta de recursos, riscos à segurança, exclusão e discriminação, conflitos de interesse, desigualdades de poder e, principalmente, falta de capacitação. O uso de linguagens díspares e a incipiência de processos que permitam a inclusão limitam a compreensão da dimensão dos problemas, conflitos e demandas debatidas. Consequentemente, há um risco real de os membros da sociedade apenas cumprirem uma exigência burocrática, não alcançando o propósito de autorregulação democrática do sistema. Logo, é crucial implementar medidas que fortaleçam a proteção e o apoio aos membros, bem como estabelecer mecanismos de segurança, oferecer capacitação adequada e promover a diversidade e a inclusão a fim de garantir um ambiente propício à participação democrática e à tomada de decisões transparentes e responsáveis nos Conselhos de Saúde (Fontes *et al.*, 2021).

Diante de tempos complexos, com enfrentamento de pandemias como a da covid-19 e os efeitos catastróficos das mudanças climáticas (Acselrad, 2022), a sociedade brasileira deve reagir e reorganizar o debate de acesso e equidade à saúde a todos cidadãos. Observa-se a vulnerabilidade dos usuários na participação em conselhos, que, por vezes, pode ser manipulado pelos demais segmentos em prejuízo das suas próprias necessidades, uma vez que nem sempre as deliberações visam ao bem comum, tampouco se baseiam nos princípios da equidade e justiça social.

O presente estudo parte da premissa de que os Conselhos de Saúde, compreendidos como espaços de controle social, devem propiciar a efetiva participação do usuário na tomada de decisão. Nessa perspectiva, tem-se como pergunta norteadora: quais são as vulnerabilidades e protagonismos do usuário do SUS no exercício do controle social dentro dos espaços dos Conselhos de Saúde, em vista da defesa da justiça e das bases bioéticas, na perspectiva do conhecimento acadêmico? Assim, o objetivo desta pesquisa foi compreender a interferência da macroestrutura política na manutenção do controle social, evidenciar as vulnerabilidades enfrentadas pelos conselheiros de saúde do segmento de usuário no exercício de seu papel e as dificuldades para seu protagonismo.

## Percurso Metodológico

A fim de aprimorar e aprofundar a compreensão sobre controle e participação social na saúde pública antecedente da representação social, se faz necessário compreender como o meio acadêmico tem se posicionado com relação a essa demanda. Partindo-se da expectativa de que a apropriação dos conflitos éticos pela ciência embasa as mobilizações para adequações nas políticas correntes, foi realizada uma revisão integrativa de artigos científicos publicados e de dissertações, com abordagem qualitativa, que suscitasse uma análise crítica reflexiva sobre as vulnerabilidades intrínsecas aos membros dos Conselhos de Saúde. Tal revisão visou aprofundar, reunir e sintetizar o que já foi publicado sobre o tema em diferentes lugares e momentos (Mendes *et al.*, 2008), baseando-se nos percursos metodológicos propostos por Souza, Silva e Carvalho (2010) e Cronin e George (2023).

a) **Elaboração da pergunta norteadora** - partindo-se da expectativa de que os membros dos Conselhos de Saúde lidam com uma série de desafios que podem impactar significativamente sua capacidade de desempenhar as funções de forma

eficaz, principalmente as pressões sociais e políticas, que muitas vezes podem comprometer a autonomia e imparcialidade (Fontes *et al.*, 2021), a presente pesquisa partiu da seguinte pergunta norteadora: quais são as vulnerabilidades descritas sobre a participação e o protagonismo do usuário da saúde no controle social veiculadas na literatura científica?

b) **Amostragem** - o recorte da pesquisa para o cenário brasileiro envolveu o levantamento do material bibliográfico, que ocorreu em outubro de 2023 nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online Brasil* (SciELO) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores utilizados foram: “participação social *and* saúde *and* protagonismo” e “controle social *and* saúde *and* bioética”. Os textos recuperados foram selecionados a partir de seus títulos e leitura de resumos.

c) **Coleta de dados** - os conteúdos sugeridos pelos motores de busca que não estivessem disponíveis para acesso completo, os repetidos, os de outras fontes que não estudos científicos (livros, resumos ou ensaios) e pesquisas realizadas em outro país que não o Brasil foram excluídos da amostra. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: artigos e dissertações completos em português; particularidade e características da participação da sociedade brasileira no SUS; e disponibilização em coleções e periódicos publicados que abordavam a participação social na saúde. Foram critérios de exclusão: artigos que não abordavam controle social; textos incompletos; e textos repetidos. A partir dos descritores “controle social *and* saúde *and* bioética” e “participação social *and* saúde *and* protagonismo”, foram recuperadas 153 referências; a partir da primeira seleção, permaneceu um total de 21 artigos publicados entre 1996 e 2022. Com os descritores “participação social *and* saúde *and* protagonismo” após leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 21 artigos publicados entre 1999 e 2022. Assim, selecionaram-se 42 estudos nas bases de dados.

d) **Análise crítica dos estudos incluídos** - a interconexão entre os temas controle social na saúde e vulnerabilidade foi embasada na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005); a classificação de vulnerabilidade utilizou-se da matriz de vulnerabilidade adaptada por Ayres *et al.* (2006), que compreende fatores de vulnerabilidade individual, social e programática. Ainda, para ampliar a compreensão proposta, introduziu-se neste estudo o fator de vulnerabilidade moral definido por Sanches, Mannes e Cunha (2018).

A análise de conteúdo se deu observando-se as etapas de análise semântica propostas por Bardin (2011): 1) pré-análise (exploração do material, tratamento dos

resultados e definição das categorias); 2) exploração do material (visualização dos dados, identificação dos elementos e sua categorização); 3) classificação dos dados (em categorias preestabelecidas ou criadas durante a análise); e 4) interpretação dos resultados (relacionar as categorias identificadas com o objetivo da pesquisa).

e) **Discussão dos resultados** - os resultados foram sintetizados e comparados aos principais achados dos estudos, relacionando-os com os conceitos de vulnerabilidade (Ayres *et al.*, 2006) de *wicked problem* (Menkhaus, 2010) e dos pressupostos da bioética de proteção (Schramm, 2011).

## Resultados e Discussão

Os resultados obtidos no presente trabalho, a partir do delineamento metodológico adotado, evidenciaram que a literatura científica tem se apropriado da questão e veiculado as vulnerabilidades intrínsecas ao exercício de conselheiro do sistema de saúde brasileiro. Nos estudos de referência, a vulnerabilidade programática (32,7%) e a social (31,9%) foram mais frequentes do que a individual (23,7%) e a moral (11,4%) ( $\chi^2(3)=14,3$ ;  $p<0,001$ ). Ressalta-se que para cada mesmo estudo classificaram-se mais que uma vulnerabilidade e mais de um fator de vulnerabilidade. O Quadro 1, a seguir, detalha esses dados.

**Quadro 1:** Fatores de vulnerabilidades identificados na pesquisa.

	Fatores de vulnerabilidade	Estudos de referência
<b>Programática (n = 40)</b>	Compromisso político	1; 4; 6; 20; 33; 39; 42
	Responsabilidade social	1; 2; 3; 4; 8; 16; 20; 32; 33; 39; 40; 41
	Acesso a serviços	10; 11; 20; 21; 30; 34; 35
	Equidade das ações	10; 14; 21; 24; 35; 39; 40; 41; 42
	Atividades intersetoriais	20; 24; 25; 28; 33; 37; 40; 41
	Sustentabilidade política, institucional e financiamento	4; 20; 21; 24; 25; 34; 35; 37; 38; 40; 42
	Participação comunitária na gestão	13; 17; 25; 30; 35; 36; 37; 38; 40; 42
	Participação social no planejamento, supervisão e avaliação dos serviços	4; 25; 27; 32; 33; 40; 42
	Preparo técnico-científico dos profissionais e equipes	7; 10; 15; 16; 20; 33; 35; 39; 42
	Integralidade das ações e vínculo com a comunidade	10; 13; 37; 39; 42
	Controle social – protagonismo comunitário e paternalismo	2; 3; 14; 22; 24; 26; 27; 31; 37; 38; 41; 42

	Fatores de vulnerabilidade	Estudos de referência
<b>Programática (n = 40)</b>	Políticas específicas	11; 18; 19; 29; 30; 31; 34; 38; 39; 41; 42
	Respeito, proteção, promoção de direitos humanos e redes assistenciais protetivas	2; 3; 12; 16; 18; 19; 23; 29; 30; 32; 35; 39; 40; 42
<b>Social (n = 39)</b>	Acesso à justiça social	2; 3; 4; 5; 6; 14; 22; 26; 30; 32; 35; 36; 39; 41; 42
	Acesso à saúde e à educação	8; 10; 12; 13; 20; 21; 23; 32; 33; 34; 35; 38; 40
	Participação política e cidadania e políticas neoliberais	1; 3; 4; 5; 6; 8; 9; 10; 12; 13; 16; 17; 18; 19; 25; 27; 29; 30; 31; 32; 33; 34; 35; 36; 37; 38; 39; 40; 41; 42
	Estruturas de suporte social	8; 11; 25; 32; 34; 40; 41; 42
	Relação social com o Estado e meio ambiente	1; 2; 3; 14; 16; 17; 24; 25; 26; 33; 35; 37; 38; 40; 41; 42
<b>Individual (n =29)</b>	Relações familiares	9; 11
	Comportamento, falta de conhecimento, atitudes e estilo de vida, valores e interesses, relações profissionais	1; 2; 4; 9; 11; 15; 23; 24; 25; 29;34; 38; 39; 40
	Relações psicoemocionais e relações afetivo-sexuais	11; 13; 19; 23;41
	Redes de suporte social	9; 13; 19; 21; 23; 25;32; 40; 41; 42
	Autonomia	3; 10; 18; 26; 28; 29;32; 37; 38; 39
	Protagonismo nas relações, escolhas e respeito aos direitos individuais	6; 9; 18; 25; 30; 31; 32; 35; 37; 38; 39; 41
<b>Moral (n =14)</b>	Políticas que envolvem garantia de direitos das minorias e de gênero, políticas discriminatórias	1; 3; 6; 9; 11; 18; 29; 30; 32; 34; 36; 38; 39; 40; 41

**Legenda:** 1. Marques (1996); 2. Fortes (1997); 3. Castro (1999); 4. Westphal (2000); 5. Hossne (2003); 6. Gohn (2004); 7. Alves, Gonçalves, Cordón (2005); 8. Gonçalves *et al.* (2007); 9. Boghossian, Minavo (2009); 10. Gonçalves *et al.* (2010); 11. Constantino (2010); 12. Fortes (2010); 13. Broide (2011); 14. Gonçalves (2010); 15. Faria, Araujo (2010); 16. Batagello, Benevides, Portillo (2011); 17. Ponte *et al.* (2012); 18. Costa, Paulon (2012); 19. Pereira *et al.* (2013); 20. Siqueira (2013); 21. D’Espindula (2013); 22. Franco, Hernaez (2013); 23. Peres (2015); 24. Diehl, Langdon (2015); 25. Rodrigues, Bedrikow (2016); 26. Rego, Palácios (2016); 27. Lima, Galimberti (2016); 28. Schramm (2017); 29. Cruz (2018); 30. Duarte-Vieira (2018); 31. Silva, Oliver (2019); 32. Santos (2020); Souto, Travassos (2020); 34. Lima *et al.* (2020); 35. D’Ávila, Andrade, Aith (2020); 36. Souto, Moreira (2021); 37. Barakat, Caprara (2021); 38. Carnavalli (2021); 39. Salgueiro, Freitas (2022); 40. Cassimiro (2022); 41. França Neto, Lima, Oliveira (2022); 42. Ribeiro *et al.* (2022).

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2024.

## Vulnerabilidade programática

A vulnerabilidade programática diz respeito ao contexto maior de gestão e pode se referir a fragilidades ou lacunas nos sistemas, políticas ou procedimentos que governam o funcionamento dessas instituições. Isso pode incluir problemas como falta de transparência, responsabilidade, ineficiências operacionais e inadequação das políticas públicas. Essa vulnerabilidade foi a limitação mais frequente identificada nos textos científicos analisados nesta pesquisa. As referências apontaram deficiências como a organização das instituições de saúde no atendimento às necessidades da população – infraestrutura, coordenação, programas de prevenção e intervenção, acesso ao cuidado em saúde e vigilância epidemiológica, entre outras –, bem como seus mecanismos na intervenção das relações, valores, emancipação, autonomia e estímulo à participação social (Ayres *et al.*, 2006).

Portanto, identificar e abordar as vulnerabilidades programáticas é essencial para fortalecer os sistemas de saúde pública e proteger a saúde e o bem-estar da população. Obviamente, isso requer colaboração entre governos, organizações de saúde, instituições acadêmicas e comunidades locais para desenvolverem e implementarem estratégias eficazes de saúde pública.

A incipiência de propósitos de muitos projetos governamentais na contemplação das causas estruturais da sociedade ou na mobilização desarticulada no enfrentamento de adversidades reais foi apontada por Castro (1999), Siqueira (2013) e Salgueiro e Freitas (2022). Certamente a saúde do indivíduo ou da comunidade compõe a extremidade final de um processo que depende das políticas macroestruturais adotadas pelo governo. Westphal (2000), Batagello, Benevides e Portillo (2011), Haum e Carvalho (2021) alertaram que as políticas públicas profícuas podem minimizar as desigualdades ao delinear ações que visem à equidade, à promoção da responsabilidade dos indivíduos e à participação do controle social. Diehl e Langdon (2015), por exemplo, denunciaram a destituição da autonomia dos programas de saúde prestados aos povos indígenas, principalmente em relação aos repasses financeiros e às deliberações sobre suas prioridades em saúde.

Durante as epidemias de dengue (2015), Zika vírus (2016) e covid-19 (2020), a vulnerabilidade programática no enfrentamento e prevenção foi publicamente evidenciada, criticada e desacreditada. Rodrigues e Bedrikow (2016) ressaltaram a importância da prevenção e contenção da disseminação do vírus, contudo consideraram tímidas as

ações, o que, segundo depoimentos dos conselheiros, dificultou iniciativas na minimização dos danos e riscos. Rego e Palacios (2016) alertaram que, embora o Estado brasileiro tenha adotado medidas de regulação na ocorrência dessa emergência de saúde, o controle realizado não foi suficiente, o que resultou em situações geradoras de vulnerabilidades, principalmente nas camadas mais pobres da população (Franco, Hernaez, 2013; Schramm, 2017).

Contudo, alerta-se que os gestores não são imunes à posição de vulnerabilidade aos danos condicionados ao desempenho inadequado na garantia de acesso aos serviços de saúde, prevenção de epidemias e promoção da saúde a toda a população. Cassimiro (2022) demonstrou a evidência clara da vulnerabilidade programática no enfrentamento da pandemia da Covid-19, principalmente de alguns governos, como o brasileiro, que subestimou o impacto e negligenciou a assistência, levando o sistema ao extremo operacional acrescido de milhares de mortes evitáveis (Souto, Travassos, 2020). Para França Neto, Lima e Oliveira (2022), muitas vezes faltou posicionamento do Estado, com predomínio de atitudes autoritárias na tomada de decisão, desconsiderando, assim, a capacidade e vontade das pessoas sobre suas próprias vidas.

A fragilidade do Estado foi vista por Menkhaus (2010) como um “problema perverso”, que, além de não ter uma solução clara, também é destituído de vontade política para a resolução, mesmo tendo a ciência de que o fracasso da gestão pública ameaça a população e, até mesmo, outras nações. O SUS apresenta divergências e conflitos que intentam grandes embates para torná-lo o sistema universal e equânime, contudo autores como Alves, Gonçalves e Cordón (2005), Faria e Araujo (2010) e Siqueira (2013) exigiram amadurecimento na participação da sociedade e do Estado para viabilizar esses propósitos. Quando ocorrem retrocessos nas políticas sociais, iniquidades ficam expostas, e fica evidente o desafio do Estado na regulação dos serviços de saúde (Gonçalves *et al.*, 2007).

Na dimensão institucional, Gomes e Aparisi (2017) constataram que na Espanha a inserção dos comitês de bioética nas instituições permitiu a construção de um método deliberativo, somando-se à participação coletiva e à decisão profissional com vistas a uma nova civilidade ética. Por outro lado, no Brasil, os primeiros conselhos vinculados à Resolução n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e comitês voltados para pesquisa com humanos (CEP) permitiram a ampliação de respostas apolíticas públicas por meio do comprometimento com o outro.

Na dimensão social, Siqueira, Silva Müller e Morais (2021), partindo da participatividade, ressaltaram o marketing público como ferramenta na abordagem de desafios sociais complexos (ou *wicked problems*) quando aplicado à formulação e implementação de políticas públicas. Os autores propuseram um modelo conceitual com foco nos atores, destacando a importância da percepção, participação e apoio da comunidade na legitimidade dos serviços governamentais e da administração pública.

A participação pública passa a se constituir de um “problema perverso” quando a vulnerabilidade das instituições se pronuncia ao desconsiderarem a necessidade de qualificar os participantes dos conselhos. Segundo Lima e Galimbertti (2016), apesar da conquista do direito da participação social, muitos usuários não se reconhecem como partícipes da tessitura das políticas de saúde, demonstrando que o protagonismo nas transformações comunitárias é algo mais complexo do que apenas estar presente nas deliberações, é necessário existir na coletividade, destacando a sua individualidade.

Para Batagello, Benevides e Portillo (2011), a participação da sociedade civil no controle social pressupõe também a moralidade na atuação de gestores e técnicos e, supostamente, evitando as brechas legais na formulação de leis que prejudicam as comunidades em suas demandas fundamentais. A desigualdade no exercício do controle social alude o conhecimento técnico-científico do usuário em relação aos demais conselheiros, acrescido das condições conjunturais, como transporte e disponibilidade de tempo, que representam barreiras no desempenho de suas atividades políticas (Fortes, 2010; Broide, 2011; Batagello, Benevides, Portillo, 2011; Ponte *et al.*, 2012).

## Vulnerabilidade social

A vulnerabilidade social refere-se à condição na qual certos grupos em uma sociedade estão expostos a riscos aumentados devido a fatores como pobreza, falta de acesso a recursos básicos, discriminação, exclusão social, instabilidade familiar, falta de educação ou problemas de saúde. Pode tornar tais grupos ou indivíduos mais suscetíveis a dificuldades econômicas, falta de oportunidades, abuso ou marginalização (Ayres *et al.*, 2006).

Vulnerabilidade social é um conceito multidimensional que pode ser observado em diferentes contextos sociais e requerer intervenções específicas para abordar suas

causas subjacentes e mitigar seus impactos. Obviamente, seus condicionantes estão relacionados com questões macroestruturais, como desigualdade social, econômica e cultural, pobreza, desemprego e violência, que interferem nas condições de vida das pessoas (Ayres *et al.*, 2006). Essa vulnerabilidade supostamente não depende apenas do indivíduo, mas da maneira como essas condições afetam sua vida. Consequentemente, terão um impacto na forma como irá compor o grupo deliberativo nas decisões em saúde.

Os determinantes sociais têm influência direta na saúde da população, contudo Gonçalves (2010) alertou que somente com ações pragmáticas do setor da saúde não é possível promover a qualidade de vida. Pereira *et al.* (2013) trouxeram como exemplo a controversa proposta de legalização de drogas, que, em suas raízes, oculta outros graves problemas sociais, como educação precária, poucas oportunidades de emprego para os jovens e resistência a se submeterem a tratamentos de saúde. Os autores reiteraram a necessidade de ações protetivas e não punitivas do Estado, na qual baliza os pressupostos da Bioética de Proteção.

A Bioética de Proteção constitui um ferramental ético que viabiliza a orientação e a diminuição de conflitos na saúde pública e desigualdades sociais na dimensão humana e ambiental (Schramm, 2011). As ações conjuntas de saúde e meio ambiente imputam a necessidade de atuações transfronteiriças entre governos e sociedade, principalmente em um mundo submetido às catastróficas decorrentes do aquecimento global.

Barakat e Caprara (2021) trouxeram o exemplo do enfrentamento dos casos de arbovirose urbana, que representa a perspectiva da “saúde única”, termo que aborda holisticamente a integração e interconexão entre a saúde humana, a animal e a ambiental por meio das zoonoses ou da influência das condições ambientais em todas as espécies (Soares, 2020).

A literatura científica componente da presente pesquisa aponta que a oferta insuficiente, a inadequada distribuição geográfica de serviços e a fragilidade na regulação do SUS são problemas de gestão que afetam a todos. Consequentemente, Gonçalves *et al.* (2007), Constantino (2010), Gonçalves *et al.* (2010), Broide (2011), Siqueira (2013), Peres (2015), Duarte-Vieira (2018), Carnavalli (2021) e Ribeiro *et al.* (2022) sugeriram que as pautas reivindicatórias partam da participação da sociedade civil representando os usuários do sistema de saúde (Gohn, 2004; Fortes, 2010;

Broide, 2011; Lima, Galimberti, 2016), de tal forma que conduzam à consciência sanitária cidadã em uma linguagem compreensível pelos conselheiros e pela população (Castro, 1999; Gohn, 2004); logo, representam um avanço em relação à democracia participativa (Cavalcante, Magdalena, Moriguchi, 2023). Entretanto, para que ocorra a negociação, exige-se uma postura de amadurecimento dos demais participantes do controle social, pois ainda o usuário não consegue espaço para protagonizar os rumos de sua própria história (Costa, Paulon, 2012; Morais, Teixeira, 2021; Cavalcante, Magdalena, Moriguchi, 2023).

Os artigos científicos analisados nesta revisão corroboram as evidências de tensão que relaciona a participação nos conselhos e o poder, revelando as dificuldades enfrentadas por determinados atores sociais no exercício da democracia participativa e na deliberação coletiva (Gonçalves *et al.*, 2010). Por outro lado, destaca-se a importância das tensões decorrentes da participação da sociedade no controle social da saúde, cujo valor moral esperado é a melhoria de condições de vida da população (Batagello, Benevides, Portillo, 2011). Cavalcante (2020) classificou as desigualdades como um todo em um típico wicked problem, cujas características complexas, transversais, multicausais e com interpretações variadas comprometem uma resolução efetiva, pois justificam a inoperância dos processos e a incompreensão dos condicionantes. Logo, cresce-se mais um “problema perverso” ao controle social.

Entende-se que políticas neoliberais predispõem à vulnerabilidade social (Fortes, 1997; Gonçalves *et al.*, 2007; Haum, Carvalho, 2021). A consequência de o Brasil beneficiar os interesses econômicos aos sociais e ambientais, ajuíza a saúde como mero bem de consumo, não possibilitando políticas sociais inclusivas. É inequívoco que a participação social nos espaços de controle social reforça a democracia; portanto, nos momentos em que a deliberação com o Estado é limitada, se faz necessário acionar o ativismo judicial, como é o caso do acesso a tratamentos que não constam na listagem do SUS (D’avila, Andrade, Aith, 2020; Souto, Moreira, 2021).

Vasconcelos (2021) classificou a judicialização da saúde como um problema complexo e policêntrico, que envolve uma pluralidade de organizações e para o qual uma solução não poderia ser concebida ou implementada com a atuação unilateral de um único órgão, demandando por atuação e colaboração aos tradicionais planos estratégicos da gestão e governança. Contudo, esse autor corrobora Morais e Teixeira (2021), que alertaram que a eficiência da atuação social nos Conselhos de Saúde demanda uma qualificação técnica social de todos os integrantes para que sejam

competentes em articular as bases sociais que pretendem representar, especialmente na atual conjuntura política brasileira.

## Vulnerabilidade individual

A vulnerabilidade individual presume uma característica, condição ou circunstância que aumenta a probabilidade de uma pessoa ser prejudicada física, emocional ou socialmente em decorrência de fatores genéticos, ambientais, sociais, econômicos ou psicológicos. Logo, é importante identificar e entender as vulnerabilidades visando a promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e subsidiar políticas e intervenções adequadas (Ayres *et al.*, 2006). No caso específico do presente estudo, contribuiu para compreensão de como as pessoas estabelecem suas relações sociais e como advém o protagonismo diante dos direitos à saúde.

Os achados na literatura incluídas nesta revisão apontam diversas situações de vulnerabilidade que envolvem o indivíduo, com destaque para as pesquisas científicas que dependem do participante humano. Nesse contexto, a vulnerabilidade deve ser identificada e mitigada com envolvimento de membros usuários do controle social na apreciação de pesquisas científicas, especialmente nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), pois imbuem-se de valores culturais e morais idealizados pelos indivíduos que não pertencem a academia (Marques, 1996; Batagello, Benevides, Portillo, 2011; Santos, 2020; Moraes, Teixeira, 2021).

Os Comitês de Ética em Pesquisa são órgãos regulados por resoluções normativas do Conselho Nacional de Saúde (n. 196/1996, n. 466/2012 e n. 510/2016) responsáveis por revisar e monitorar atendimento a pressupostos éticos em projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. Assim, uma equipe multidisciplinar, contando obrigatoriamente com um membro da sociedade civil, deve verificar a adequação ética dos protocolos de pesquisa, garantir a proteção dos participantes, assegurar o cumprimento das regulamentações éticas e legais aplicáveis e promover a integridade na condução da pesquisa.

As vulnerabilidades individuais estão inseridas nas vulnerabilidades programáticas e sociais, uma vez que representam a unidade presente na ponta dos *wicked problems*. Obviamente, o indivíduo irá sofrer as consequências das alterações macrodimensionais da estrutura social e ambiental, contudo as desigualdades sociais, proeminentes e persistentes, especialmente em países latinos, vão ser de modo potencial desproporcionalmente mais vulneráveis. No caso específico do acesso à saúde, a desigualdade

no acesso aos serviços será determinante nos tratamentos, e é preciso que estes sejam prestados com a adequada magnitude, qualidade e singularidade às distintas primordialidades (Fortes, 1997; Westphal, 2000; Duarte-Vieira, 2018). Esse aspecto se encaixa na perspectiva de Menkhaus (2010) de que a unicidade dos “problemas perversos” impede com que haja soluções imediatas e definitivas, verdadeiras ou falsas, pois a dificuldade de mensuração objetiva está atrelada ao contexto social, valores e interesses, no qual deve ser julgada.

A desigualdade social impacta a identidade do indivíduo e, conseqüentemente, compromete o engajamento em causas de seu próprio interesse. O sentimento de pertencimento e inserção ativa na comunidade obviamente irá refletir na participação social e pode ser um fator de fragilidade ou fortaleza das redes e relações sociais das pessoas (Gohn, 2004; Broide, 2011). A ausência desse vínculo fragiliza a sociedade e não possibilita as relações necessárias ao cuidado e responsabilidades coletivas.

Rosaneli e Fischer (2021) compreenderam esse processo como uma dimensão do autocuidado, considerando que ele está associado com uma saúde global que deve envolver multidimensões: físico/mental/espiritual; individual/coletivo/ambiental; e local/global. Assim, o indivíduo consciente da sua proatividade na gestão da sua integridade física deve considerar que, para estar bem, o outro e o ambiente também devem estar; logo, ele se mobiliza com a coletividade na promoção do bem comum. Conseqüentemente, espera-se que o protagonismo dos indivíduos nos espaços dos Conselhos de Saúde deve-se contrapor às situações de iniquidades enfrentadas pelo cidadão como forma de garantir o direito à saúde, conforme previsto na Constituição Federal (Santos, 2020; Carnavalli, 2021).

Contudo, Siqueira, Silva Müller e Morais (2021) alertaram que se deve investir em marketing público como uma capacidade organizacional crucial para a eficácia das políticas públicas em todos os níveis do governo. A isso, se soma a promoção do diálogo permanente com os atores envolvidos nas questões sociais, que pode ajudar a gerenciar interesses conflitantes e obter maior apoio para enfrentar esses desafios.

Os profissionais da saúde, em sua dimensão individual, igualmente se deparam com conflitos díspares entre os usuários do SUS, com a gestão pública e com suas aspirações individuais atreladas a valores, crenças, questões político-institucionais, científicas ou de mercado, potencializando a vulnerabilidade individual na macroestrutura do serviço de saúde (Faria, Araujo, 2010; D’espíndula, 2013; Lima *et al.*, 2020).

Destaca-se que as políticas de saúde foram estruturadas em vieses paternalistas que comprometem a autonomia e a legitimação da individualidade daqueles que buscam uma cidadania sanitária (Gonçalves *et al.*, 2010). O paternalismo médico-sanitário é um conceito que caracteriza a atuação autoritária de profissionais de saúde diante dos pacientes ou da população, tomando decisões deliberadamente com base em julgamentos sobre o que é melhor para eles, muitas vezes sem considerar suas preferências ou autonomia individual. Foi justamente em busca de superação dessa perspectiva de funcionamento da saúde que se estabeleceu e se consolidou a bioética clínica, somando inúmeros avanços nos últimos 50 anos, contudo ainda tendo que desestabilizar estruturas consolidadas (Silva, Rezende, 2017). O assistencialismo e as ações higienistas presentes em muitas políticas sociais devem ser evitados, pois evidenciam juízo de valor de seus proponentes (Schramm, 2017; França Neto, Lima, Oliveira, 2022).

Por fim, ressalta-se um resultado preocupante e que pode comprometer o engajamento de futuras gerações. Conforme apontaram autores como Boghossian e Minayo (2009), Constantino (2010) e Barakat e Caprara (2021), presentes nesta revisão, diante de valores familiares, religiosos e culturais há insegurança dos pais perante influências externas sobre seus filhos, as quais podem afastá-los da família, e, dessa forma se justifica a necessidade de mantê-los atrelados aos seus valores e dificultando a autonomia e a participação da juventude nas fronteiras do controle social.

## Vulnerabilidade moral

A vulnerabilidade moral se associa à suscetibilidade de uma pessoa ou grupo se envolver em comportamentos moralmente questionáveis ou inadequados devido a fatores como pressão social, falta de conhecimento ético, influências culturais ou situações de poder desequilibrado (Sanches, Mannes, Cunha, 2018). Consequentemente, pode resultar em violações dos princípios éticos e valores pessoais, comprometendo a integridade pessoal ou profissional e causando danos às relações interpessoais ou à sociedade como um todo.

Esse tipo de vulnerabilidade pode surgir em contextos laborais, políticos, comunitários e individuais, e potencialmente mitigada por meio da educação ética, do fortalecimento dos valores morais e do desenvolvimento de habilidades para resistir a pressões ou tentações que venham a comprometer a integridade moral (Sanches, Mannes, Cunha, 2018). Na presente pesquisa, embora tenha ocorrido em menor frequência nos estudos integrados, ela foi identificada na correlação entre participação social e vulnerabilidade

moral, cuja definição se dá ao permitir a elucidação de situações que envolvem a exclusão pela estigmatização e discriminação das pessoas, em nome do modelo de sociedade dominante (Sanches, Mannes, Cunha, 2018).

A vulnerabilidade moral foi identificada na discriminação latente relacionada à participação de mulheres como dirigentes nos Conselhos de Saúde, mesmo quando eram mobilizadoras de determinados movimentos sociais (Castro, 1999). A força motriz delas foi percebida por França Neto, Lima e Oliveira (2022), levando em consideração a relação entre racismo, gênero e trauma colonial, porém emerge nas vidas das mulheres ativistas no processo de impulsionar a dimensão coletiva e acesso a direitos.

As políticas sociais excludentes obviamente afetam diferentes segmentos sociais de modo singular, alcançando, por exemplo, as pessoas em situação de rua, grupo populacional com necessidade de políticas públicas afirmativas para resgate de identidade (Cruz, 2018). Os movimentos sociais organizados devem buscar outras abordagens em torno de novas pautas reivindicatórias, ponderando-se que muitas dessas bandeiras de luta se originam das desigualdades e preconceitos que expõem os conflitos morais da sociedade (Gohn, 2004; Silva, Oliver, 2019; França Neto, Lima, Oliveira, 2022).

A vulnerabilidade moral apresentou-se em muitos estudos que envolvem participantes humanos, sejam ensaios clínicos, sejam pesquisas sociais; eles carecem de clareza nos esclarecimentos de seus objetivos, sobretudo nos trabalhos multicêntricos, realizados com populações vulneráveis cujas instituições proponentes estão sediadas nos países do Norte. Destaca-se o fenômeno vivenciado no auge do enfrentamento da pandemia da covid-19, quando houve um pronunciamento da literatura científica sobre o tema, contudo com um questionável controle da integridade científica de pesquisas conduzidas às pressas (Salgueiro, Freitas, 2022; Fischer et al., 2022). Nesse contexto de enfrentamento do coronavírus, destacam-se ainda as trabalhadoras domésticas, mais precisamente mulheres negras, que foram obrigadas a não voltar para suas casas a fim de evitar o contágio e como forma de garantir seus empregos (França Neto, Lima, Oliveira, 2022).

O enfrentamento da vulnerabilidade moral encontra respaldo na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005), que há 20 anos orienta para identificação de condutas que promovam a discriminação ou estigmatização e seu reconhecimento como atos de violação à dignidade humana. Ressalta-se a necessidade de aprofundar estudos que ilustrem a vulnerabilidade moral, seja para a proteção, seja para o estímulo que favoreça a organização dos diversos grupos sociais em políticas

públicas que acolham as minorias (Costa, Paulon, 2012; Pereira *et al.*, 2013; Sanches, Mannes, Cunha, 2018; França Neto, Lima, Oliveira, 2022).

## Considerações finais

Os dados obtidos na presente revisão integrativa possibilitados pela metodologia proposta lançam pistas interpretativas de como o controle social dentro nos espaços dos Conselhos de Saúde podem se constituir simultaneamente como solução e causa de *wicked problems* na gestão da saúde pública. A partir da perspectiva de autores brasileiros que contribuíram para formação de uma massa crítica a respeito das limitações e potencialidades da participação social no âmbito da saúde, foi possível identificar vulnerabilidades programáticas, sociais, individuais e morais que retroalimentam o “problema perverso” associado com o acolhimento íntegro da sociedade no espaço deliberativo desses conselhos.

A formação de conselheiros de saúde representou um condicionamento para promoção de uma consciência crítica na defesa do SUS. Contudo, deve-se considerar que as vulnerabilidades programática e social destacaram-se pela implicação direta das políticas públicas de saúde no cotidiano das pessoas, tanto em relação ao acesso aos serviços quanto no que diz respeito ao papel desempenhado pelos conselheiros, cuja participação de forma descontinuada e muitas decisões são manipuladas pelos gestores.

Por sua vez, a vulnerabilidade individual foi atrelada ao protagonismo e à autonomia nas escolhas e comportamentos que podem interferir no rumo de sua saúde e em suas histórias pessoais. Por fim, a vulnerabilidade moral desponta diante de injustiças e iniquidades dissimuladas em relação ao acesso e participação de grupos não hegemônicos na tomada de decisão dentro dos conselhos de saúde. Logo, é imprescindível viabilizar e potencializar espaços que deem voz e escuta à participação social de minorias nos Conselhos de Saúde.

Contudo, destaca-se a necessidade da formação de conselheiros de saúde por meio de técnicas dialógicas de educação, que permitam sanar o descompasso entre usuários e demais segmentos do controle social, associando-se aos movimentos sociais na promoção de debates nas redes sociais, com a expectativa que de o ativismo digital possa contribuir no engajamento social, despertar novas lideranças com compromisso social para a resolução de problemas emergentes ante as necessidades de saúde da população brasileira.

O cenário construído com base na análise desse problema sob a ótica das vulnerabilidades e dos *wicked problems* se sustenta na perspectiva de que o controle social nos Conselhos de Saúde é extremamente complexo, pois envolve atores plurais com valores, interesses e linguagens próprios. Logo, é possível que o problema não seja compreensível até que se tenha desenvolvido uma solução possível, momentânea e local, uma vez que a resolução de problemas perversos termina quando os recursos se esgotam e quando um resultado “suficientemente bom” é alcançado em uma operação única. Vale lembrar que cada tentativa de solução é dispendiosa e tem consequências duradouras e não intencionais que geram novos “problemas perversos”, o que significa que um problema é sintoma da existência de outro.

A bioética desponta como uma ferramenta que acolhe o “problema perverso”, pois sua natureza dialogante e apta para compreender valores, interesses e vulnerabilidades de agentes e pacientes morais envolvidos em um conflito ético lhe dá condições, sob a perspectiva multidisciplinar, de mediar a busca por soluções consensuais e justas. Logo, a presença de bioeticistas como membros desses conselhos – por meio da aplicação dos pressupostos bioéticos de confluência de perspectivas sociais, ambientais, filosóficas com as biomédicas – poderia compor um ferramental facilitador para a identificação de soluções consensuais, justas e factíveis.

## Referências

Achselrad H. O “social” nas mudanças climáticas. Liinc em Revista, Rio de Janeiro, 18(1):e5930, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18617/liinc.v18i1.5930>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Alves SLR, Gonçalves LN, Cordón J. Responsabilidade sanitária: a bioética como instrumento de pactuação social. Revista Bioética, Brasília, 13(1):93-109, 2005. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/95](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/95). Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Gonçalves ER, Amadigi FR, Albuquerque GL, Erdmann, AL. A relação público-privado na saúde brasileira: refletindo eticamente sobre os impasses e tendências para o SUS. Ciência, Cuidado e Saúde, 6(4), 508-513. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v6i4.3896>

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, Franca Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman

M, Drumond Junior M, Carvalho YM. (orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Fio-cruz. p. 375-417, 2006.

Bahia L. As conferências de saúde: desafios à democracia participativa. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(10): 2064-2065, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/D8yCBCn4J6CMqcMZWr9FMPPh/?lang=pt>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Barakat RDM, Caprara A. Educação e promoção da saúde: uma experiência pedagógica potencializadora do protagonismo infantojuvenil no enfrentamento ao *Aedes aegypti*. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, 45(4):97-111, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n4.a3344>. Acesso em 02 de setembro de 2025.

Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

Batagello R, Benevides L, Portillo JAC. Conselhos de Saúde: controle social e moralidade. Saúde e Sociedade, São Paulo, 20(30):625-634, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300009>. Acesso em 02 de setembro de 2025.

Boghossian CO, Minayo MCS. Revisão sistemática sobre juventude e participação nos últimos 10 anos. Saúde e Sociedade, São Paulo, 18(3):411-423, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000300006>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 31 dez. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 28 mar. 2024.

Broide EE. A participação social na implantação do projeto Rostos, Vozes e Lugares em Guarulhos/SP. 2011. 190 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

Brown S, Blackmon K. Aligning manufacturing strategy and business-level competitive strategy in new competitive environments: the case for strategic resonance. Journal of Management Studies, 42(4):793-815, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2005.00519.x>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Carnavalli KM. A vida como palco de disputas: doença, ativismo social e processos comunicacionais em oncologia. 2021. 267 f. Tese (Doutorado em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

Cassimiro MC. Dilemas éticos e conflito de interesses na sindemia de COVID-19 no Brasil. *Revista Bioética y Derecho*, Barcelona, (55):105-122, 2022. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2022.55.39475>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Castro R. Gênero e participação cidadã para o desenvolvimento local: os conselhos municipais de Salvador/Bahia. *Organizações e Sociedade*, Salvador, 6(16):129-151, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-92301999000300010>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Cavalcante AA, Magdalena PC, Moriguchi CS. Instrumentos de gestão na pauta do Conselho de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 32(1):e210866pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210866pt>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Cavalcante P. A questão da desigualdade no Brasil: como estamos, como a população pensa e o que precisamos fazer. *Texto para discussão*. Brasília: IPEA, 2020.

Constantino CF. Contracepção de emergência e adolescência: responsabilidade e ética. *Revista Bioética*, Brasília, 18(2):347-361, 2010. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/568](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/568). Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Correia MVC. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

Costa DFC, Paulon SM. Participação social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 36(95):572-582, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qCDJt4SkL9wfbvppqPs8LH/>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Cronin MA, George E. The why and how of the integrative review. *Organizational Research Methods*, Washington, 26(1):168-192, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1094428120935507>. Acesso em 02 de setembro de 2025.

Cruz JR. O impacto da vulneração na subjetividade das pessoas em situação de rua: colaboração da Bioética da Proteção. 2018. 114 f. Tese (Doutorado em

Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva) –Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

D'ávila LS, Andrade EIG, Aith FMA. A judicialização da saúde no Brasil e na Colômbia: uma discussão à luz do novo constitucionalismo latino-americano. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 29(3):e190424, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190424>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

D'espíndula TCAS. Judicialização da medicina no acesso a medicamentos: reflexões bioéticas. *Revista Bioética*, Brasília, 21(3):438-447, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/CwJz7j4MDGykZbWkKcg4SGG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Diehl EE, Langdon EJ. Transformações na atenção à saúde indígena: tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. *Universitas Humanística*, Bogotá, 80:213-236, 2015. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/7496/10071>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Duarte-Vieira A. Acesso à saúde de populações vulneráveis: uma visão sob o enfoque da bioética. *Revista Bioética y Derecho*, Barcelona, (43):211-223, 2018. Disponível em: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S18868872018000200015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S18868872018000200015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Scorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

Faria HX, Araujo MD. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 19(2):429-439, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000200018>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Fischer ML, Rosaneli CF, Farias MK, Rocha RCA, Sanches M. Ética na pesquisa com seres humanos: instrumentos utilizados em pesquisas sobre a percepção social a respeito da pandemia Covid-19. *Holos*, Natal, 3:e12931, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.15628/holos.2022.12931>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Fontes FLL, Menezes M, Delgado MLL, do Nascimento, AVL, Oliveira GA. Desafios enfrentados por Conselhos de Saúde no Brasil: uma revisão ancorada na biblioteca virtual SciELO (2015-2020). *International Journal of Health Management Review*, São Paulo, 7(1), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37497/ijhmreview.v7i1.243>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Fortes PAC. A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, 56(1):47-50, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000100015>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Fortes PAC. A ética do controle social na saúde e os Conselhos de Saúde. *Revista Bioética*, Brasília, 5(1): 71-76, 1997. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/368](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/368). Acesso em 03 de dezembro de 2024.

França Neto JF, Lima F, Oliveira LR. Racismo, trauma colonial e agência crítica: Fórum Estadual de Mulheres Negras do Rio de Janeiro. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, 22(4):1479-1498, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2022.71757>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Franco SC, Hernaez AM. Capital social e qualidade da atenção à saúde: as experiências do Brasil e da Catalunha. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18(7):1871-1880, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700002>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Gohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 13(2):20-31, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000200003>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Gomes D, Aparisi JCS. Deliberação coletiva: uma contribuição contemporânea da bioética brasileira para as práticas do SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(2):347-371, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00052>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Gonçalves CCM. Atuação sobre os determinantes sociais da saúde em uma iniciativa de Campo Grande, MS: Projeto Viva Seu Bairro. 2010. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

Gonçalves ER, Ramos FRS, Garrafa V. O olhar da bioética de intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF). *Revista Bioética*, Brasília, 18(1): 225-239, 2010. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/547](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/547). Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Haum NDAP, Carvalho M. Controle social do SUS: a saúde em região de fronteira em pauta. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 30(4):e200350, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200350>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Hossne WS. O poder e as injustiças nas pesquisas em seres humanos. *Interface*, Botucatu, 7(12): 55-70, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ZJWRby8gLHp-93V6JNL4Wfdz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Lima FA, Galimberti PA. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral-CE. *Physis*, Rio de Janeiro, 26(1):157-175, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100010>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Lima RC, Couto MCV, Andrada BC, Corrêa PH, Cardozo ACA. Narrativas de familiares de autistas de Capsi da Região Metropolitana do Rio de Janeiro: participação, protagonismo e barreiras ao cuidado. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 44(s3):144-155, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E313>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Marques MB. A bioética na política pública no Brasil. *Revista Bioética*, Brasília, 4(2):145-158, 1996. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/408](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/408). Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Mendes KD, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisión integradora: método de investigación para la incorporación de evidencias en la salud y la enfermería. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 17(4):758-764, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Menkhaus KJ. State fragility as a wicked problem. *Prism*, 1(2):85-100, 2010.

Morais AS, Teixeira CF. Posicionamento dos representantes dos usuários no Conselho Estadual de Saúde da Bahia diante do agravamento do subfinanciamento do SUS em 2016-2018. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 30(1):e200479, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200479>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Pereira LC, Jesus IS, Barbuda AS, Sena ELS, Yarid SD. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. *Revista Bioética*, Brasília, 21(2):365-374, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QRg7YfyT6TggyWYSfT34Ygc/>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Peres PLP. Amamentação como valor humano, prática feminina e direito social: contribuição crítica à política pública sustentada no referencial de justiça de Amartya Sen. 2015. 213 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Ponte HMS, Lopes Filho JO, Feijão JRP, Souza FL de, Santos EV dos, Soares CHA. “O caminho se faz ao caminhar”: processo de reativação de conselhos locais de saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 21(supl. 1):234-243, 2012.

Rego S, Palacios M. Ética, saúde global e infecção pelo vírus Zika: uma visão a partir do Brasil. *Revista Bioética*, Brasília, 24(3):430-434, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016243141>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Ribeiro KSQS, Freitas GKF, Coutinho GC, Batiston AP, Tavares LRC, Almeida MMC, Silveira NA, Zanella AK. Os grupos condutores na governança e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, 32(3):e320315, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320315>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Rodrigues AARS, Bedrikow R. Controle da dengue sob uma ótica bioética. *Revista Bioética*, Brasília, 24(3):478-487, 2016. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/1182](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/1182). Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Rosaneli CF, Fischer ML. A sinergia entre a bioética ambiental e a saúde global: a perspectiva de futuro. In: Rosaneli CF, Fischer ML. (orgs.). *Bioética, saúde global e meio ambiente* (org.). Curitiba: CRV, 2021. p. 15-32.

Salgueiro JB, Freitas CBD. Regulamentação ética da pesquisa no Brasil: papel do controle social. *Revista Bioética*, Brasília, 30(2):234-246, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/jQd3tztDySbf9KmRhSrdzqh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Sanches MA, Mannes M, Cunha TR. Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. *Revista Bioética*, Brasília, 26(1):39-46, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261224>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Santos IL. Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da bioética. *Revista Bioética*, Brasília, 28(2):229-238, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282384>. Acesso em: 03 de dezembro de 2024.

Schramm FR. A bioética de proteção é pertinente e legítima? *Revista Bioética*, 19(3):713-724, 2011. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/673](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/673). Acesso em: 03 de dezembro de 2024.

Schramm FR. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22(5):1531-1538, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.04532017>. Acesso em: 03 de dezembro de 2024.

Silva ACC, Oliver FC. Pessoas com deficiência no caminho da democracia participativa. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, 27(2):279-292, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1604>. Acesso em: 03 de dezembro de 2024.

Silva AC, Rezende D. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não maleficência) na bioética médica. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, 115:13-45, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.9732/P.0034-7191.2017V115P13>. Acesso em: 03 de dezembro de 2024.

Siqueira FR, Silva Müller CA, Morais FR. O marketing público para o enfrentamento de *Wicked Problems*: ensaio teórico para construção de modelo conceitual. In: Encontro de Marketing da ANPAD, IX, 25-26 maio 2021. *On-line*. Anais [...]. Maringá: ANPAD, 2021. Disponível em:

<https://anpad.com.br/uploads/articles/110/approved/1afa34a7f984eeabdbb0a-7d494132ee5.pd>. Acesso em: 28 mar. 2024.

Siqueira JE. 25 anos do SUS: o que há para comemorar? *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 37(1):56-64, 2013. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/453>. Acesso em: 03 de dezembro de 2024.

Soares TF. Meio ambiente e saúde única: o que podemos esperar? *Revista Brasileira de Meio Ambiente, Corrente*, 8(4):74-80, 2020. Disponível em: <https://revistabrasileirademeioambiente.com/index.php/RVBMA/article/view/546>. Acesso em: 03 de dezembro de 2024.

Sophia DC. Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista Saúde em Debate. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 36:554-561, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MBhc6BNkMCFzGL-cmchDr8Ff/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 de dezembro de 2024.

Souto K, Moreira MR. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 45(130):832-846, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>. Acesso em: 03 de dezembro de 2024.

Souto LRF, Travassos C. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19: construindo uma autoridade sanitária democrática. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 44(126): 587-589, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8FcvjvqYGXdth-444qNJpp7Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 de dezembro de 2024.

Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é? Como fazer isso? *Einstein*, São Paulo, 8(1):102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQ-TBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 de dezembro de 2024.

Unesco. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Genebra: UNESCO, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf). Acesso em: 28 mar. 2024.

Vasconcelos NP. Entre justiça e gestão: colaboração interinstitucional na judicialização da saúde. Revista de Administração Pública, 55:923-949, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200121>. Acesso em: 28 mar. 2024.

Westphal MF. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 5(1):39-51, 2000. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100005>

## Conflito de interesses

Não há.

## Correspondência

C. F. Rosaneli

Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Rua Imaculada Conceição, 1155, Prado Velho, Curitiba-PR, Brasil.

[caroline.rosaneli@pucpr.br](mailto:caroline.rosaneli@pucpr.br)

## Colaboração

Sutile VM, Fischer ML, Benizzi A e Caroline FR participaram da concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, além da aprovação final da versão a ser publicada. Além disso, são responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Recebido em: 3/12/2024. Avaliado em: 28/1/2025. Aprovado em: 8/9/2025.

## Editor responsável

Thiago Rocha da Cunha

(<https://orcid.org/0000-0002-6330-2714>)