

Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?

Democracy and Participative Management: a strategy for equity on health?

Ana Maria Costa

Médica Sanitarista, Doutora em Ciências da Saúde pela UnB, Diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa da SEGEP/Ministério da Saúde

E-mail: ana.costa@saude.gov.br

Tatiana Lionço

Psicóloga, Doutora em Psicologia pela UnB, Técnica assessora do Depto de Apoio à Gestão Participativa da SEGEP/Ministério da Saúde

E-mail: tatiana.lionco@saude.gov.br

Resumo

As práticas e mecanismos de participação social no campo da saúde constituem referências para a democracia participativa no Brasil. O presente ensaio parte da análise dos Comitês de Promoção de Equidade adotados pelo Ministério da Saúde. A equidade na saúde, entendida como o provimento de serviços para necessidades específicas de grupos ou pessoas, requer sujeitos e coletividades com poder e autonomia para enunciar seus desejos e necessidades. Os Comitês permitem aos distintos grupos sociais vocalizarem suas demandas e necessidades, provocando respostas articuladas do Governo, valorizando a integração de diversos órgãos governamentais para dentro e para fora do setor da saúde, com transversalidade e intersectorialidade. A institucionalização desta lógica na formulação e na gestão das políticas em saúde permite enfrentar a complexidade dos processos relacionados à saúde e à doença, às desigualdades e às iniquidades. Ressalta-se a necessidade de mobilizar e re-politizar o debate sobre o direito à saúde, na perspectiva de ampliação da participação e do poder de intervenção dos grupos sociais em situação de exclusão.

Palavras-chave: Equidade; Políticas de saúde; Gestão participativa.

Abstract

The practices and mechanisms of social participation in the field of health in Brazil represent references for participative democracy. This essay analyses the Equity Promotion Committees adopted by Health Ministry. Equity in health, understood as services provision for specific needs of groups or persons, requires individuals and groups with power and autonomy to give voice to their desires and needs, provoking articulated answers from government, valuing the integration of different public institutions within and outside of the health sector, in a cross-sectional and inter-institutional way. The implementation of this logic in the formulation and in the management of health policies helps in dealing with the complexity of processes related to health and disease and to inequalities. There is a need to mobilize and to re-politicize the debate related to the right to health, in a perspective of enlarging participation and decision power of excluded social groups.

Keywords: Equity; Health Policies; Partaken Management.

Introdução

A consolidação do Sistema Único de Saúde requer a renovação permanente de iniciativas que visem resgatar, assegurar e implementar os seus princípios, tais como idealizados nas origens da proposição constitucional da democratização da saúde pública brasileira. O objetivo deste artigo é analisar o potencial dos Comitês Técnicos de Promoção da Equidade adotados pelo Ministério da Saúde desde 2003, na efetivação de iniciativas voltadas para a ampliação da equidade na atenção e no cuidado a saúde. Instalados como manifestação do comprometimento do Governo com os grupos socialmente vulneráveis que os mesmos pretendem atingir, torna-se importante analisar e discutir o potencial desta estratégia na efetivação das bases éticas e políticas do SUS.

Os princípios do SUS devem ser compreendidos como elementos interpeladores para as políticas de saúde, que por sua vez devem, diante dos impasses, potencialidades e especificidades das circunstâncias históricas, serem recolocados permanentemente como questões para gestores e trabalhadores do sistema. A equidade, por exemplo, tomada como fundamento ético para o SUS, remete a conceitos e situações que devem ser questionados, a fim de evitar o seu esvaziamento e, por consequência, o esvaziamento dos marcos conceituais que regem o SUS como política de Estado. Estes devem ser reavivados, para além dos efeitos circunstanciais e instáveis das políticas governamentais, evitando a cristalização dos modelos de atenção em saúde.

A universalidade do direito à saúde, na perspectiva da integralidade da atenção e do cuidado, tendo a participação social na gestão das políticas de saúde nos termos inscritos na Constituição Federal de 1988, conformam um patrimônio da sociedade brasileira em seu processo de democratização. Estão subjacentes a este conjunto de princípios: a saúde como direito do cidadão, a ampliação do conceito de saúde, bem como a compreensão da potencialidade da participação social na definição das políticas de saúde. Consolidar estas conquistas do plano legal e transformá-las em conquistas reais no cotidiano da sociedade brasileira é um grande desafio para a reconhecida lentidão dos processos de gestão, especialmente no campo do setor público.

Considerando que a participação social e a democracia participativa atuam na qualificação da gestão pública, é de grande relevância a iniciativa que teve o atual Governo de instituir a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa no âmbito do Ministério da Saúde, com missão de fortalecer as instâncias do controle social e da gestão participativa no SUS. O fortalecimento da participação social na gestão das políticas de saúde deve ser valorizado como uma decisão política institucional com potência de permitir avanços na universalização e na equidade do acesso à saúde. Concordando com os diversos autores que afirmam que vem ocorrendo gradualmente uma ampliação do acesso da população aos serviços básicos de saúde, ainda há um longo caminho a percorrer em relação à existência e disponibilidade de políticas e práticas integrais e de qualidade na atenção e no cuidado à saúde.

Cabe mencionar que a integralidade em saúde não deve se restringir à oferta e ao acesso aos distintos níveis de complexidade de serviços ou da demanda, mas deve ter também como elemento de interpelação, a questão do próprio sentido da equidade na saúde. O sentido de necessidade que orienta para a equidade deve, preferencialmente, ser vocalizado pelos grupos ou pessoas às quais lhes falta, por isso talvez, a ineficácia de estratégias que vem sendo adotadas no combate às iniquidades. O que está posto para a saúde é que a integralidade e a universalidade encontram na noção de equidade um ponto de articulação, que permite recolocar em questão as próprias noções de universalidade e integralidade.

A noção de Equidade na Saúde

Segundo Medeiros (2000), equidade é um termo jurídico que denota o princípio fundamental do Direito ao evocar a realização da justiça. É de grande pertinência a articulação entre a noção de equidade como entendida pela ciência jurídica transposta para o campo da saúde, na perspectiva da ética da justiça e dos direitos. É necessária a adoção de estratégias diferenciadas para pessoas e grupos populacionais excluídos e em situação de maior vulnerabilidade, para cumprimento do instituído na Constituição Federal de 1988, definindo a saúde como direito universal, a ser garantido pelo Estado.

A noção de equidade na saúde, no entanto, vem sendo considerada por alguns autores como problemática, sendo empregada de forma generalizada e sem clareza, o que induz ao esvaziamento das proposições quase sempre ineficazes ou inviáveis. Pinheiro, Westphal e Akerman (2005) realizaram um estudo sobre o uso do termo equidade e seus derivados nos relatórios da 9^a, 10^a e 11^a Conferências Nacionais de Saúde. Estes autores constaram que o discurso sobre equidade é vago, sustentado em proposições gerais ou inespecíficas, havendo pouco avanço no entendimento do tema.

A 9^a Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1992, que teve como principal tema a descentralização na gestão da saúde, enunciando propostas de efetivar a municipalização, valorizou ainda o fortalecimento do controle social, gerando recomendações para a criação de Conselhos de Saúde nos estados e municípios que ainda não dispunham desta instância de referência. Nesta conferência a idéia de equidade aparece apenas de modo vago, sem o potencial de alcançar e sinalizar diferenças significativas entre grupos sociais, e, conseqüentemente, sem alcançar sua plena potencialidade na efetivação de ações em saúde que superem as iniquidades (Pinheiro, Westphal e Akerman, 2005).

A 10^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, já contava com uma maior consolidação do controle social e da participação efetiva de diferentes atores sociais no SUS, e orientou-se pelo intuito de promover a responsabilização, por parte dos municípios, da gestão da rede de serviços locais de saúde (Pinheiro, Westphal e Akerman, 2005).

No relatório dessa conferência, ainda segundo os mesmos autores, o termo equidade aparece mais recorrentemente, chegando a haver a sugestão da inclusão da linguagem de sinais para surdos como disciplina curricular, na percepção de que a noção de equidade deveria gerar intervenções concretas. No entanto, o uso mais freqüente da idéia de equidade ocorreu, segundo os autores acima citados, em argumentações retóricas e sustentando enunciados chavões. A ampla discussão realizada na 9^a Conferência Nacional de Saúde em relação à aposentadoria aos 25 anos de serviço, bem como a redução da jornada para 30 horas semanais, reitera a crítica já levantada pelos autores.

Salientam que o espaço destinado ao debate sobre equidade privilegiou apenas as questões trabalhistas, em detrimento de um diálogo voltado às problemáticas específicas da saúde da população brasileira (Pinheiro, Westphal e Akerman, 2005).

No ano 2000, foi realizada a 11^a Conferência Nacional de Saúde. No relatório desta Conferência, Pinheiro, Westphal e Akerman (2005), afirmam que o termo equidade parece ter ganhado mais espaço nos enunciados do Ministério da Saúde, não apenas no aumento da incidência do termo nestes documentos ministeriais, mas também no seu sentido propriamente dito. Identificam ainda uma maior aproximação da noção de equidade às questões próprias da saúde da população, ainda que não tenha avançado na caracterização de grupos sociais e na definição de prioridades. Os autores re-afirmam sua crítica em relação à restrição a que se sujeitou a idéia de equidade, alertando que não foram levantadas situações mais específicas da saúde, com notável ausência de estratégias práticas e operacionais para o enfrentamento das iniquidades. Prevaleram, nesta Conferência, ainda, os abusos retóricos e generalistas ressaltando que a noção de equidade se prestou para a sustentação da proposição de um ‘conjunto de intenções’, sem propostas ou compromissos estratégicos.

O que se pode depreender das análises desses autores é que, a despeito das enormes desigualdades e iniquidades presentes na sociedade brasileira, a noção de equidade parece não estar incorporada como ferramenta operacional de uma ética prática que norteie a elaboração e implementação de ações políticas, no sentido da garantia da efetivação do direito universal à saúde.

No mesmo sentido, Nogueira (2000) chama a atenção para a impotência da equidade tal como utilizado o termo na saúde contemporânea, já que, tendo se transformado num conceito amplamente disseminado e fortemente presente na produção de conhecimento, perdeu sua potencialidade de efetivar ações políticas e de respaldar as reivindicações de movimentos sociais.

Segundo o autor supracitado, a idéia de equidade nasce da força de denúncia dos movimentos sociais. Desta forma, valoriza a força argumentativa do movimento de reforma sanitária que, na década de 80, reivindicou reformas democráticas no modelo de aten-

ção à saúde no Brasil, baseado na exclusão de grupos sociais do processo de atenção e de cuidado à saúde.

A condição de desigualdade e de exclusão na atenção à saúde na época, caracterizados por um lado, pela oferta dos programas segmentados e verticalizados do Ministério da Saúde, voltados aos segmentos mais pobres da população, e, por outro, pelos serviços ofertados pelo Inamps, cuja atenção e privilégio recaía sobre segmentos inseridos no mercado formal de trabalho, portanto, mais abastados economicamente, foi o *mote* que respaldou a reivindicação da equidade na saúde naquele momento histórico-social.

A consideração desse contexto específico em que ganha força a noção de equidade permite a Nogueira (2000) sustentar que a luta pela equidade seguiria a lógica de uma *negação da negação*. O sentido da reivindicação da equidade seria correlativo à sua oposição a uma condição clara de iniquidade. Mais do que um processo conceitual, de formalização do conhecimento sobre as políticas públicas de saúde, a noção de equidade encontra como fundamento ou sentido primeiro a defesa de uma situação de justiça a ser instaurada mediante o reconhecimento e denúncia de uma situação de desigualdade concreta.

Nogueira (2000) alerta para o fato de que a noção de equidade deslizou, da década de 80 para o início do século corrente, mais especificamente a partir da década de 90, da denúncia das desigualdades sociais para a substituição desse discurso pela reivindicação de direitos igualitários. Passou-se de uma lógica discursiva que privilegiava a negatividade de uma condição, para outra lógica que passa a enunciar a positividade dos direitos.

Esta mudança na lógica discursiva, no entanto, teve como conseqüência a perda da perspectiva que atentava à especificidade da condição concreta de determinados segmentos sociais, em prol de uma visão global e difusa de direitos a serem instituídos, sem necessariamente especificar as condições em que tais direitos não estariam sendo atendidos para alguns grupos sociais. Esta crítica ecoa de modo direto na tendência generalista com que vem sendo tratada a questão da equidade em saúde e que Pinheiro, Westphal e Akerman (2005) sugeriram estar presente nos relatórios das 9^a, 10^a e 11^a Conferências Nacionais de Saúde.

Nogueira (2000) faz ainda uma provocação, afirmando que “*nunca tantos falaram tanto da equidade,*

mas nunca tão pouco fez-se a seu favor" (p. 100). O autor convoca a abrir mão dos idealismos argumentativos, intentando promover a conscientização de que a atenção a condições concretas seria o caminho de viabilização para a proposição e implementação de políticas públicas condizentes com as efetivas demandas de segmentos da população brasileira que estariam sendo privados de atenção e vivenciando uma condição real de desigualdade na atenção e no cuidado à saúde.

Neste sentido, o caminho para sanar a impotência que ronda a noção de equidade na saúde não seria apenas a produção de conhecimento sobre equidade e as iniquidades em saúde, mas, principalmente a implementação de políticas públicas que considerassem a equidade em seu sentido fundamental e originário de negação da negação, ou seja, o da força reivindicadora de alteração de uma condição social clara de desigualdade.

Para tanto se faz necessário iluminar mais o cenário do cotidiano das pessoas e coletividades, buscando escutar e reconhecer as situações de iniquidades. Assim, deverão ser considerados aqueles grupos em condição assimétrica de poder de vocalização de suas necessidades que nem sempre estão explicitadas nos processos de gestão da saúde. Para a definição de estratégias para o enfrentamento das iniquidades, é necessário que sejam considerados outros condicionantes e determinantes destas iniquidades, para além de segmentos e grupos populacionais vulneráveis, um refinamento que identifique as pessoas, nas suas relações subjetivas e intersubjetivas mediadas por valores, poderes, desejos. Para além da condição sócio-econômica vulnerável, escutar e identificar a existência de situações de exclusão, relacionadas às diversas situações e condições, não apenas aquelas condições injustas decorrentes de classe social.

Estas considerações servem para orientar estas políticas valorizando, por exemplo, o potencial da perspectiva inclusiva no combate à discriminação de pessoas e grupos sociais. Vale afirmar neste sentido que as estratégias de políticas inclusivas devem levar em consideração a questão cultural, de territorialidade, raça, etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, subjetividades e demais condições específicas de pessoas, grupos sociais e populações em condição de exclusão de bens e serviços públicos.

A Promoção da Equidade em Saúde como Desafio para a Democracia Participativa no SUS

A participação social nos processos de gestão ou na defesa do SUS tem acumulado um importante patrimônio na democracia participativa em nosso país. Os Conselhos de Saúde, hoje presentes no universo dos municípios brasileiros, embora apontem muitos desafios ao seu aperfeiçoamento, apresentam inegável contribuição nos avanços do SUS, e a realização das Conferências de Saúde têm mobilizado grandes contingentes da população de todo o país na discussão dos rumos da saúde.

O SUS sustenta um projeto contra-hegemônico em relação às políticas econômicas adotadas nos últimos anos no país, reforçado pela fragilidade do status da saúde como prioridade política para os Governos. Pode-se afirmar que o SUS sobrevive em terreno contraditório gerado pela permanente tensão estabelecida entre a tendência estatizante, pautada no desafio da conquista da saúde como direito universal, com conseqüente ampliação das estruturas públicas para o cuidado e a atenção à saúde, e a tendência orientada pela lógica do mercado, na qual prevalece a redução da intervenção pública na prestação e na oferta destes serviços. Esta situação tem demandado uma mobilização da sociedade civil em defesa do SUS, ao que se pode creditar em grande parte, a própria sobrevivência do sistema.

Apesar dos inegáveis avanços que a sociedade civil organizada, trabalhadores e gestores do SUS, vêm realizando no exercício do processo do controle social, a consolidação da democracia participativa na conquista da saúde ainda tem um longo caminho a percorrer. Em relação ao enfrentamento das iniquidades em saúde, sua visibilidade e conseqüente politização será conseqüência do fortalecimento do poder de vocalização dos grupos sociais protagonistas desta condição.

Esta tarefa não pode ficar restrita ao possível compromisso acadêmico dos autores que vêm contribuindo para dissecação destas realidades da saúde, mas o engajamento dos movimentos sociais, ampliando olhares e dando consistência política a estas desigualdades, talvez seja o caminho para a politização deste

temas. Antes dos estudos de gênero, por exemplo, as iniquidades hoje reconhecidas relativas à condição da saúde das mulheres não eram visíveis e, conseqüentemente, as políticas públicas de saúde não levavam em consideração a condição de gênero como determinante social dos processos saúde-doença.

Do mesmo modo, antes da necessidade de promover estratégias preventivas e de atenção relacionadas a AIDS, os homossexuais não eram considerados em suas especificidades. Atualmente, este grupo acumulou um debate que lhe confere poder de reivindicar por suas necessidades amplas de saúde como direito social. A população negra também passou por um árduo processo de organização e acumulação de poder até verem, ainda que timidamente, como conquistas sociais, a institucionalização da atenção aos problemas relativos à condição étnico-racial no sistema de saúde. A ausência de qualquer referência formal aos ciganos no Brasil dá prova de que ainda devem existir alguns grupos sociais ocultos com incipiente organização política, que possivelmente possam vir no futuro expressar suas situações e condições de iniquidades.

Desta forma, constata-se que a multiplicidade e o aprofundamento dos estudos que hoje compõe a produção acadêmica, aliada ao fortalecimento dos movimentos sociais, tem contribuído de forma significativa para a ampliação do conhecimento e da mobilização em torno da equidade.

A partir destas considerações iniciais, cabe uma breve análise das propostas governamentais concernentes às estratégias adotadas no enfrentamento das iniquidades sociais, centrando a análise em propostas do Plano Pluri Anual/PPA 2004-2007 e, mais especificamente, na estratégia adotada pelo Ministério da Saúde na constituição de Comitês Técnicos para a Promoção da Equidade.

A política de promoção da equidade deve ser remediada para além da (re)distribuição de recursos financeiros, conforme explicitadas no Plano Pluri-Anual ou PPA 2004-2007 elaborado pelo Governo Federal. Este documento afirma que as desigualdades econômicas estão associadas a uma grande diversidade de fatores e que os mesmos devem ser levados em consideração quando do delineamento de políticas, ações e estratégias voltadas para a redução destas desigualdades.

Desta forma, o referido documento afirma que *“as evidências demonstram que a pobreza, a desigualda-*

de e o desemprego, associados às precárias condições de alimentação, saúde, educação e moradia, concorrem para a marginalização de expressivos segmentos sociais, que não têm acesso a bens essenciais e que se encontram alijados do mundo do trabalho, do espaço público e das instituições relacionadas. Enfrentar este quadro é o principal desafio do Estado brasileiro expresso nesse Plano. Trata-se de ampliar a cidadania, isto é, atuar de modo articulado e integrado, de forma a garantir a universalização dos direitos sociais básicos e, simultaneamente, atender às demandas diferenciadas dos grupos socialmente mais vulneráveis da população” (PPA 2004-2007, pag. 61).

São também apresentadas neste documento algumas considerações sobre a gestão de políticas sociais, destacando as práticas intersetoriais de governo e a definição de prioridades para as ações que visem à garantia dos direitos àqueles segmentos tradicionalmente excluídos dos benefícios das ações públicas e discriminados por preconceitos sociais.

O PPA reconhece ainda que a restrição do acesso aos bens e benefícios públicos não se pauta apenas sobre o parâmetro da classe social, salientando que outras formas de exclusão, que não apenas as da lógica perversa do capital, também contribuem para a promoção de condições extremamente precárias e de exclusão em relação à saúde, ao trabalho, à educação.

Neste contexto, o PPA afirma que o estigma destinado a grupos sociais específicos é um fator tão prejudicial quanto o fator econômico na exclusão do acesso destes determinados segmentos aos direitos, bens e benefícios públicos e explicita que estas condições sejam incorporadas nas políticas do Governo. Este reconhecimento sugere uma maior possibilidade de enunciar os direitos constitucionais relacionados à saúde, dotados de outros sentidos que não apenas o retórico, mas como elemento integrante do princípio fundamental da universalização e da equidade no SUS.

A promoção da equidade na saúde não deve se restringir à mera oferta de tratamento igualitário a todos, mas deve sustentar a disposição de fornecer orientação para que os serviços ofereçam o respeito traduzido em práticas e atitudes, destinados a cada cidadão em suas necessidades. Estas necessidades são geradas em virtude de suas diferenças, e os serviços devem criar condições concretas para que estas necessidades específicas sejam atendidas. Recuperar o sentido

de equidade na saúde, como capacidade de reconhecimento das diferenças e singularidades do outro e oferecimento de ações de saúde pertinentes a estas necessidades. Significa, portanto o respeito às subjetividades e ao direito à saúde de cada pessoa, cada segmento da população brasileira, segundo as suas particularidades e singularidades.

Neste sentido, torna-se premente atentar ao acolhimento de segmentos populacionais que são alvo de discriminações sociais, reconhecendo que a ação discriminatória atravessa também a formalização de mecanismos de formação, de atenção e mesmo do trabalho em saúde.

Ao que é possível apreciar, o desenho de políticas de saúde que efetivem os princípios da universalidade e da integralidade, colocam a promoção da equidade como efeito ou consequência da participação social na gestão das políticas públicas. A escuta e consideração da particularidade de grupos sociais, por meio da construção junto aos mesmos de ações que respondam e espelhem suas necessidades e valores específicos, pretende consumir a proposição de modelos de atenção justos rumo à equidade.

Partindo do pressuposto de que a diferença entre segmentos populacionais deve ser reconhecida, fomentando a elaboração de diferentes modos de atenção e cuidado na saúde, o Ministério da Saúde constituiu os Comitês Técnicos para a Promoção da Equidade na Saúde. Já estão instituídos o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (Portaria Nº 1678/GM - 2004), incluindo neste grupo populacional também as comunidades remanescentes de quilombos e de religiões de matrizes africanas, o Comitê Técnico Saúde da População GLTB - Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - (Portaria Nº 2.227/GM - 2004), e o Grupo da Terra (pela Portaria Nº 2460/GM- 2005), que acolhe comunidades residentes e que trabalham no campo, ou grupos sociais que tem na própria posse da terra uma reivindicação de direitos e de cidadania, como é o caso dos sem-terra.

A designação destas populações vulneráveis, cuja atenção o Ministério da Saúde priorizou no momento atual através da institucionalização dos comitês técnicos, claramente não contempla todas as facetas da exclusão dos benefícios públicos que assola grandes contingentes populacionais no Brasil. Existem outros grupos sociais que muito provavelmente não dispõem

da garantia ao acesso aos serviços públicos de saúde no cotidiano das práticas sociais, ou, nos casos em que já exista atenção em saúde, a própria qualificação da mesma pode apresentar precariedades ou mesmo a reprodução do exercício discriminatório. Estas populações alvo dos comitês de promoção da equidade foram designadas a partir da inexistência prévia da institucionalização da atenção às mesmas na gestão das políticas públicas de saúde, tendo sido identificadas a partir da reivindicação dos próprios movimentos sociais, que demandaram ao governo posicionamentos intersetoriais quanto à atenção a estes grupos e à reversão do quadro de exclusão social que os caracteriza.

Compostos por pesquisadores sobre os respectivos temas, lideranças de movimentos sociais e técnicos do Ministério da Saúde ou, quando é o caso, de outras instâncias de Governo, esta experiência dos comitês tem possibilitado articulações de políticas integrais mobilizando todas as estruturas e órgãos internos ao MS. O funcionamento dos comitês, como estrutura consultiva do Ministério, permite um processo de transversalidade quanto aos modos de promover respostas sob forma de ações e estratégias para os estados e municípios.

Os Comitês Técnicos para a Promoção da Equidade em Saúde são entendidos como propostas estratégicas de gestão participativa no SUS, e, dos seus modos de constituição e funcionamento, cabe destacar:

- (1) A promoção da interlocução governo/sociedade civil;
- (2) A provocação para dentro do próprio governo da necessidade de articulações intersetoriais, pelas especificidades dos determinantes multisetoriais das desigualdades;
- (3) A instituição de uma prática de ação transversal na formulação e implementação das respostas, o que requer um envolvimento de todos os órgãos e instituições do setor saúde em um novo movimento intrasetorial.

A proposta operacional para os Comitês advém da construção de uma *lógica articuladora* entre as forças dos movimentos sociais organizados pela sociedade civil, por um lado, e a dinâmica institucional governamental, por outro, travando uma efetiva pactuação de interesses e responsabilidades no processo de construção de políticas de saúde.

Os comitês propiciam a análise dos problemas definidos pela convergência dos achados acadêmicos e as percepções das lideranças sociais pelas diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde, no mesmo espaço de formulação. Como resultados desta prática transversa cabe indicar a formulação de políticas mais integrais de saúde. Ressalte-se que a participação das lideranças dos movimentos sociais é o cerne do processo, já que a enunciação dos representantes dos movimentos sociais nos comitês técnicos esclarece as especificidades das necessidades em saúde dos segmentos populacionais em questão, revertendo suas reivindicações em pautas a serem consideradas nas diversas áreas técnicas.

Neste sentido, os comitês para a promoção da equidade apresentam maior possibilidade de orientar e efetivar a atenção e o cuidado à saúde de forma mais adequada às necessidades dos grupos sociais excluídos. Note-se a referência, tanto no caso da exclusão causada pela dificuldade no acesso aos serviços, quanto naquela decorrente da falta de qualificação dos serviços, para prover atenção condizente às singularidades destas pessoas ou grupos populacionais.

A relação Estado-Sociedade que se observa nos comitês permite às instâncias de Governo o reconhecimento das particularidades de determinados grupos sociais relacionadas às necessidades, valores e práticas sociais, fortalecendo e politizando os movimentos e grupos sociais no exercício da cidadania, tornando-os sujeitos sociais na efetivação do direito à saúde.

Na perspectiva da gestão participativa deverão ser evitadas dinâmicas dicotômicas entre Sociedade Civil e Estado, promovendo efetivamente espaços dialógicos e de co-responsabilização no processo democrático de construção de políticas públicas de saúde. O envolvimento de representantes dos movimentos sociais organizados não deve estar restrito à apresentação de demandas, sendo fundamental a criação de espaços acolhedores em que as lideranças sociais encontrem um campo em que seja possível propor alternativas de intervenção, e não apenas demandar do governo respostas ou soluções diante dos problemas existentes. Os sujeitos sociais são concebidos, no exercício da gestão participativa, não apenas como sujeitos de direitos, mas como sujeitos ativos que sustentam os sentidos de suas próprias experiências, sendo os protagonistas no esclarecimento de suas realidades so-

ciais e de suas estratégias de promoção do bem-viver, em consonância com seus valores e modos de vida.

Notas Finais

A definição de estratégias de intervenção é um processo sinuoso, envolvendo não apenas a identificação de necessidades e de demandas em saúde, mas também o esclarecimento das condições institucionais para a viabilização de iniciativas e encaminhamentos pertinentes.

As estratégias articuladoras visam conferir voz ativa à sociedade civil organizada na enunciação de suas próprias condições de vida. A valorização e o respeito às diferenças étnicas, regionais, sócio-culturais, de orientação sexual e de identidade de gênero é fundamental para que as propostas governamentais para ações de promoção de saúde sejam condizentes com a realidade destes grupos, atentando às particularidades de suas necessidades e demandas, valores e práticas sociais.

As necessidades e demandas dos diversos grupos sociais devem ser compreendidas à luz da própria realidade destes grupos, com indicações acerca de seus valores, hábitos, condições sociais e especificidades dos problemas relativos ao processo de adoecimento/sofrimento, bem como de suas idealizações acerca do que seja saúde e dos fatores associados ao que estes mesmos grupos entendem por bem-viver. Nesta perspectiva, as estratégias articuladoras entre sociedade civil e governo são elas mesmas estratégias de levantamento de aspirações, necessidades e demandas, sendo ainda estratégias que visam conferir responsabilidade e autonomia aos grupos sociais.

Paralelamente a esta abertura de espaço para a enunciação, acolhimento e consideração dos saberes e valores dos grupos que se organizam na luta pela garantia de seu direito à saúde, há de se atentar para a sensibilização das várias áreas técnicas da saúde, bem como gestores municipais e estaduais em saúde pública, trabalhadores e demais usuários da rede de saúde, para a necessidade de efetivarem ações condizentes com as demandas que venham a serem explicitadas. Este deve ser um processo de construção conjunta, conferindo co-responsabilização a estes diferentes atores sociais, incluindo usuários, trabalhadores e gestores.

Referências

Brasil. Constituição Federal. Título VIII - Da Ordem Social. Seção II - Da Saúde. Arts. 196-200. 1998.

Brasil. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Brasil. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Brasil. Plano Pluri Anual 2004-2007. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde, Portaria Nº 2227/GM, que dispõe sobre a constituição do Comitê Técnico Saúde da População GLTB, D.O.U. 14/10/2004.

Brasil. Ministério da Saúde, Portaria Nº 1678/GM, que dispõe sobre a constituição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, D.O.U. 16/08/2004.

Brasil. Ministério da Saúde, Portaria Nº 2460/GM, que cria o Grupo da Terra, D.O.U. de 13/12/2005.

Medeiros, H. J. (2000). Saúde: Eqüidade, controle Social e Gênero, in Costa, A. M., Merchán-Hamann, E. & Tajer, D. (orgs.) Saúde, Eqüidade e Gênero - um desafio para as políticas públicas, Brasília: Editora Universidade de Brasília/ ABRASCO/ALAMES.

Nogueira, R. P. (2000). A impotência da eqüidade, in Costa, A., Merchán-Hamann, E. Tajer, D. (orgs.) Saúde, Eqüidade e Gênero - um desafio para as políticas públicas, Brasília: Editora Universidade de Brasília/ ABRASCO/ALAMES.

Pinheiro, M. C., Westphal, M. F, Akerman, M. A. (2005). Eqüidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal Brasileira de 1988, in *Cadernos de saúde pública*, vol. 21, nº 2.

Recebido em: 01/06/2006

Aprovado em: 18/07/2006