

SUS, GESTÃO PARTICIPATIVA E EQUIDADE

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Gustavo Corrêa Matta

INTRODUÇÃO

Conformado legalmente pela Constituição de 1988, o desenho do Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de um longo processo de lutas sociais no contexto de resistência à ditadura em nosso país, e, evidentemente, carrega consigo as bandeiras de transformação social que sustentavam os movimentos da época. Como nos aponta Baptista:

O SUS foi peça-chave no processo de luta e construção do modelo protetor brasileiro. Com a sua instituição, o Estado assumiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população [...]. (2007, p. 51)

O projeto desse sistema de saúde tem como valores os princípios de universalidade, equidade e integralidade e se organiza seguindo as diretrizes de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. Esses princípios e diretrizes, indicados na Constituição e nos documentos e legislações relativas à saúde, constituem o fundamento filosófico e organizacional do sistema e definem as bases para a construção das políticas de saúde.

Propostas a partir de ideais e concepções datadas historicamente, os princípios e diretrizes do SUS, no entanto, têm sentidos difusos e permitem grande polissemia. As variadas conjunturas por que passou o país durante esses mais de 25 anos desde que a Constituição foi aprovada, tendo passado por diferentes gestões governamentais, bem como as práticas e concepções de profissionais e usuários no interior dos serviços de saúde, vão configurando e reconfigurando seus significados e, conseqüentemente as expectativas em relação à construção da atenção em saúde no Brasil.

Este texto pretende trazer alguns elementos para problematizar a noção de equidade e a concepção de participação social que vêm sendo construídas no interior do SUS nos últimos anos, tomando como analisador algumas ações propostas pela Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS). Para tanto, iniciamos introduzindo uma breve discussão sobre a noção de equidade e os diferentes sentidos que ela pode tomar. Em seguida, problematizamos o aparecimento desse conceito nas ações propostas pelo ParticipaSUS, analisando a teia de relações que se institui entre equidade e participação social no SUS.

ANALISANDO O PRINCÍPIO DE EQUIDADE

Diferentemente dos princípios de universalidade e integralidade, que se constituíram em bandeiras do movimento brasileiro de Reforma Sanitária, a noção de equidade não aparece nos textos fundacionais do SUS e só algum tempo depois surge como norteador das políticas de saúde em documentos e textos acadêmicos (Escorel, 2001).

Como aponta Matta (2007), o momento histórico da institucionalização do SUS, marcado pelo processo de luta pela redemocratização do país, é atravessado pela efetivação das noções de igualdade e cidadania para toda a população brasileira. Assim, também no campo da saúde esses conceitos apareciam como fundamentais, não ficando tão explícita a discussão da ideia de equidade tal como apareceu na década de 1990.

O princípio da equidade surge, justamente, no espaço das diferenças. Sua discussão levaria a reconhecer a pluralidade da condição humana, com a conseqüente diversidade das suas necessidades, e a atentar para as iniquidades das condições sociais, planejando políticas e ações para reduzi-las. A ideia de equidade, portanto, complexifica a noção de igualdade, comprometendo-se com a máxima: “a cada um segundo a sua necessidade”. Nesse sentido:

A preocupação da equidade, no que se refere à saúde e ao projeto de sociedade que o SUS expressa, coloca o problema da distribuição de recursos, insumos e serviços [...]. O problema da equidade e igualdade está em estabelecer um juízo de valor para eleger critérios de distribuição, classificando pessoas ou populações e estabelecendo modos de distinção. (Matta, 2007, p. 69-70)

Como se pode perceber, a questão da equidade está historicamente relacionada à noção de justiça. Justiça social e individual entre os membros de uma sociedade que, de alguma forma, vivem sobre a necessidade de construção de direitos e regras comuns. Segundo Rawls (1997), a cooperação entre sujeitos e grupos sociais gera não apenas uma identidade de interesses, mas também, ao mesmo tempo, conflitos. Identidade de interesses, uma vez que a vida em sociedade possibilitaria uma vida melhor para todos em vez de cada indivíduo viver a partir de seus próprios meios. Já o conflito se instala socialmente no momento da distribuição dos recursos gerados pela colaboração mútua e pela participação de cada um no processo de produção.

Podemos encontrar elementos dessa gestão das necessidades e da justiça pela equidade em Rousseau e Hobbes, além da crítica à iniquidade produzida pelo capital e pelos diferentes interesses das classes sociais em Marx. A discussão da noção de equidade e seus sentidos vai ganhando densidade, complexidade e especificidades que ultrapassam a questão da distribuição de recursos, voltando-se para a distribuição de poder e o reconhecimento de necessidades e diferenças, como nos casos dos debates sobre as questões de gênero, etnias e ambiente. É justamente no espaço das diferenças que surge a necessidade de classificá-las, mensurá-las e regulá-las.

Nesse ponto, Michel Foucault (2008) nos ajuda a problematizar essa discussão. Seguindo as trilhas abertas pelo autor em seus estudos sobre biopolítica e “governamentalidade”, as sociedades modernas não são apenas um espaço de reprodução e disciplinarização, mas de produção de poderes, por meio da normalização dos indivíduos e das populações. Ou seja, os modos ou as estratégias de governo são dispositivos para circulação e produção de formas de normalização e disciplinarização dos sujeitos, bem como de produção de resistências e disputas. Os procedimentos, análises, cálculos e táticas são elementos centrais do governo das populações, tendo como prática discursiva exemplar a economia política. É nesse enquadre que a questão da equidade se tornaria uma preocupação estatal e, conseqüentemente, dos governos e dos sujeitos sobre os modos de distribuição e conservação das riquezas e do poder.

Ainda por outro viés de análise, é preciso ressaltar que alguns autores apontam as orientações do Banco Mundial para as políticas sociais nos anos 1990 como importantes disparadoras das discussões em torno do conceito de equidade em relação às políticas sociais, identificando essa noção com propostas de políticas compensatórias das desigualdades acirradas com a difusão da lógica neoliberal na década anterior. Sobre o assunto, dizem Rizzotto e Bortoloto:

Por meio de políticas sociais, o Estado deveria assumir o desafio de corrigir as desigualdades existentes, sem

realizar qualquer ruptura com princípios liberais clássicos, como a garantia de propriedade. A equidade, nessa perspectiva, contribuiria para a reprodução ampliada da nova ordem do capitalismo, uma vez que o conceito se pauta em uma concepção de justiça cujo princípio se refere ao acesso aos “mínimos sociais”, a fim de garantir a sobrevivência e a reprodução da força de trabalho nas novas condições de flexibilização, precarização e desregulamentação. (2011, p. 794)

Seguindo essa lógica, sem colocar em questão de maneira mais ampla o funcionamento social ou a destinação dos recursos públicos, a inserção da noção de equidade na construção de políticas de saúde tende a assumir como inevitável e, portanto, desejável, o desenvolvimento de programas focalizados de saúde que representem ganhos com a extensão do acesso a populações desfavorecidas (Stotz e Araújo, 2004).

Esse movimento se institucionaliza mais recentemente com a publicação do relatório sobre o desenvolvimento mundial de 2006 do Banco Mundial, que enfatiza, em seu subtítulo, problemas da equidade e desenvolvimento (Banco Mundial, 2005). O relatório está dividido em três partes. Na primeira, há um esforço em evidenciar as iniquidades dentro dos países e entre países, por meio de uma estratégia de quantificação da desigualdade, numa operação de construção de indicadores e de comparação transnacional dos mesmos. Na segunda, são discutidos os efeitos da ausência de equidade em mercados chamados “imperfeitos” e suas repercussões sobre a desigualdade de oportunidades e sobre as instituições. E finalmente, na terceira e última parte, o relatório dá clara ênfase à necessidade de investimento nas pessoas, em seu empoderamento, mediante políticas específicas para a primeira infância, aumento da escolaridade e melhor distribuição das terras e consequente na redução da pobreza. O relatório concluiu que a iniquidade leva ao desequilíbrio político e econômico dos países, sendo necessária uma maior “neutralidade” dos mercados para dar oportunidade

aos países em desenvolvimento de participarem da economia global, reduzindo, assim, as instabilidades na circulação do capital internacional. Nesse sentido, de acordo com o relatório, a equidade é peça-chave para o desenvolvimento social e econômico global.

A equidade é definida em termos de dois princípios básicos. O primeiro é o princípio de oportunidades iguais: as conquistas na vida de uma pessoa devem ser determinadas principalmente por seus talentos e esforços, e não por circunstâncias predeterminadas como etnia, gênero, história social ou familiar ou ainda país de nascimento. O segundo princípio é a prevenção de privação de resultados, especialmente em saúde, educação e níveis de consumo. (Banco Mundial, 2005, p. vii)

O governo das iniquidades proposto globalmente pelo Banco Mundial parece indicar um processo de normalização das populações e dos sujeitos por meio de políticas inclusivas e focais, e não, necessariamente, identificando as causas da desigualdade estrutural entre países e em cada país. Os sujeitos necessitariam de acesso às oportunidades que os mercados “imperfeitos” impediram, como saúde, educação e terra. A perspectiva transcultural adotada pelo relatório impede o reconhecimento da complexidade e da diversidade das iniquidades presentes em cada país e no mundo.

A noção de equidade, entretanto, merece um olhar mais cuidadoso, posto que a forma como é interpretada e incorporada às políticas pode produzir diferentes relações com as populações desfavorecidas e desenhos diversos de políticas sociais e, mais especificamente, de atenção à saúde dirigida a elas.

Vale ressaltar que a noção de equidade pode se acoplar também a outras lógicas e produzir efeitos distintos. Como nos chama atenção Campos, “o sentido e o significado do termo equidade se modificam conforme o sistema de valores, a concepção de organização social e mesmo de desenvolvimento econômico e social a que cada discurso se refere” (2006, p. 26), o que implica a necessidade de se colocar em tela o princípio de equidade no SUS e como ele vem sendo utilizado

na configuração das políticas de saúde e das práticas no interior do sistema de saúde brasileiro.

Deve-se observar, ainda, que a questão da equidade não pode ser simplificada e identificada apenas com um critério técnico de priorização de segmentos populacionais em decorrência de dados epidemiológicos ou de distribuição de renda. É preciso incorporar à questão a sua dimensão política e problematizar as estratégias na formulação de políticas e prioridades em saúde (Matta, 2007). Para além de reconhecer a iniquidade do sistema de saúde e da distribuição da riqueza no Brasil, o princípio da equidade deve trazer “o desafio da construção de estratégias que reflitam a participação e a emancipação cívica e social, expressas no texto constitucional e na luta histórica pelo direito à saúde no país” (Matta, 2007, p. 70).

Em outras palavras, pensar e agir sob a orientação do princípio da equidade requer o envolvimento dos sujeitos e grupos sociais na formulação, implantação e avaliação das políticas e ações de saúde, a fim de que elas reflitam as necessidades e sentidos produzidos por esses sujeitos e o processo de negociação com os demais atores institucionais. Esse processo requer um desenvolvimento político e social que expresse a participação e o respeito às diferenças como valores presentes no cotidiano e nas diversas esferas da vida pública. De outra forma, os modos e estratégias de participação equânime da sociedade na formulação de políticas serão dispositivos para legitimar práticas de governo ainda hegemônicas e normalizadoras, uma vez que termina cabendo ao Estado e aos governos reconhecerem quais grupos são representativos ou minoritários, quais são os critérios de classificação, distribuição e as formas de participação social.

POLÍTICA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA E O PRINCÍPIO DE EQUIDADE

Na contramão da lógica neoliberal que vinha se espalhando na Europa e nos Estados Unidos, os direitos conquistados com a Constituição de 1988 foram rapidamente contestados. A nova

ordem econômica se difundiu rapidamente no Brasil com a eleição de Fernando Collor de Mello à presidência da República em 1990 e muitas das propostas constitucionais foram, gradativamente, atravessadas por um novo nexos que, embora se sustente na bandeira da democracia, constitui-se com bases neoliberais e enfraquece os movimentos sociais.

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), no final de 2002, trouxe consigo a esperança de grande parte dos brasileiros de construir um governo a partir de outra lógica, pautado pelo compromisso com a inclusão e a participação social. No campo da saúde, esse processo ficou evidente na reformulação implantada no interior do Ministério da Saúde (MS), abrindo espaços de troca e negociação com movimentos sociais e dando à discussão da gestão participativa um lugar diferenciado, com a criação da Secretaria de Gestão Participativa, em junho de 2003, cuja competência principal era:

Coordenar a política e propor estratégias e mecanismos de fortalecimento da gestão democrática no SUS, considerando a articulação do Ministério, com os diversos setores governamentais e não governamentais relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde e a utilização da informação de interesse da área pela sociedade. (Brasil, 2003)

Nessa secretaria, foi elaborada a Política Nacional de Gestão Participativa, que, após ter uma versão preliminar divulgada no fim de 2004, foi foco de debates em diferentes fóruns e passou por uma reformulação, sendo oficialmente publicada apenas em 2007. Acompanhando a reestruturação da própria secretaria, que se reorganizou internamente e teve seu nome alterado para Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), no segundo semestre de 2006 a nova versão da política já traz o nome de Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa.

O documento final apresenta como objetivo da política a orientação das ações de governo para a promoção e o aperfeiçoamento

da gestão social e democrática das políticas públicas no âmbito do SUS e traz a busca da equidade como uma das atividades próprias da gestão estratégica e participativa, definindo-a da seguinte forma:

[...] um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da *equidade*, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde. (Brasil, 2009, p. 15)

Deve-se ressaltar também que, das cinco ações definidas como prioritárias pela política, duas estão diretamente ligadas à noção de equidade. A primeira é a Política de Promoção da Equidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniquidade, que está em consonância com o trabalho que o Ministério da Saúde vinha propondo desde 2004, visando o enfrentamento das iniquidades em saúde a partir da criação de comitês de promoção da equidade.¹ A segunda, que na realidade está inserida na primeira, envolve a promoção da equidade na atenção à saúde da população quilombola e no estabelecimento do recorte racial na política da saúde, no que se refere à organização e ao desenvolvimento institucional e suas variantes. Assim, como nos aponta Lessa:

A partir do ParticipaSUS, em 2007, a SGEP fica oficialmente responsável por desenvolver ações de combate às iniquidades em saúde que atingem diferentes grupos sociais, como as populações negra, do campo e da floresta, GLBTT – *gays*, *lésbicas*, *bissexuais*, *transexuais*, *transgêneros* e, em situação de rua, *ciganas*, entre outras. (Lessa, 2010, p. 62)

¹ Esses comitês, que envolvem a participação de setores governamentais e de representantes de movimentos sociais e do mundo acadêmico, foram criados como resultado de demandas de grupos da sociedade civil organizada e pela constatação da falta de acesso à saúde de alguns grupos sociais em situação de grande vulnerabilidade.

As ações visando à construção da equidade ficam, dessa forma, integradas à proposta da gestão estratégica e participativa e se constituem, como toda a política, num grande desafio que envolve a constituição de novas práticas políticas não só no interior do ministério e dos serviços de saúde, mas também para além deles, difundindo-se para a organização da sociedade civil e pelos processos de controle social.

Em uma análise sobre a política, Lessa nos indica algumas das questões que se colocam para o seu desenvolvimento:

[...] a consolidação da política participativa proposta no documento analisado exige que a Secretaria tenha uma estrutura organizacional e logística para lhe possibilite [sic] estimular o desenvolvimento de ações intersetoriais dentro do próprio Ministério/ outros órgãos governamentais e no diálogo com a sociedade. Outra questão é a escolha dos interlocutores da Secretaria responsáveis por mobilizar tanto os setores governamentais quanto da sociedade civil, pois os mesmos devem possuir capacidade de diálogo e grande comprometimento com o processo ético-democrático. Além disso, o respeito à autonomia e às demandas dos movimentos sociais deve ser um processo contínuo e ininterrupto que estabelece uma necessária repartição de poder decisório nos processos de negociação e pactuação, lembrando que o controle social em saúde prevê que a sociedade defina, acompanhe e avalie as ações governamentais. (Lessa, 2010, p. 64)

Seja como for, um conjunto de ações é desenvolvido e/ou estimulado pela SGE/MS e passa a configurar concepções de gestão participativa e equidade e a constituir um conjunto de relações que as interligam.

Tomando como norte a questão da desigualdade no Brasil, a noção de equidade, no que diz respeito à gestão, organização e funcionamento do SUS, aparece relacionada, principalmente, a dois pontos: a) a distribuição de recursos entre as diferentes regiões do país, considerando não só o número de habitantes, mas também a

disparidade da oferta de serviços em saúde e das demandas de cada local; e b) a desigualdade do acesso e a especificidade das necessidades de diferentes grupos populacionais, em especial aqueles que se encontram em situação social vulnerável. Entretanto, como nos lembra Paim (2006), não existem critérios puramente objetivos possíveis que nos permitam definir as políticas mais adequadas para a construção da equidade. Critérios e indicadores tanto financeiros quanto epidemiológicos são apenas bases argumentativas para um processo político de pactuação a partir de interesses e necessidades distintos de cada lugar e, sobretudo, das pessoas e grupos-alvo de tais políticas. Assim, como afirmamos anteriormente, pensar o desenho das políticas de saúde e, portanto, do SUS com base no princípio de equidade envolve, obrigatoriamente, colocar em cena diferentes necessidades e sistemas de valores e crenças e, evidentemente, assumir como fundamental a construção de espaços públicos de troca e negociação de prioridades.

Nesse sentido, acreditamos que equidade e participação se entrecruzam e que se pode pensar em inserir as políticas – recém-construídas ou ainda por construir – que têm como alvo a redução das iniquidades em saúde em nosso país como uma das ações propostas pelo ParticipaSUS.

É importante neste ponto, entretanto, entendermos que esse entrecruzamento pode ser construído de várias formas. Assim como a equidade, a noção de participação também pode ser compreendida com base em diferentes olhares, favorecendo, em diferentes níveis, ou mesmo não favorecendo a escuta à singularidade, a superação das desigualdades ou a construção coletiva da atenção em saúde.

PROBLEMATIZANDO O DESENHO DA POLÍTICA

Não há dúvida da importância de se instituírem mecanismos que favoreçam a construção da participação e da equidade no SUS e, nesse sentido, a proposição de uma política como o ParticipaSUS pode, certamente, constituir um movimento interessante. Entre-

tanto, como discutimos acima, é preciso cuidado com a forma como se materializam esses movimentos.

Inicialmente é importante notar que não há no documento nenhuma definição ou sentido privilegiado de equidade. São apresentados diversos usos ao longo do texto, tais como igualdade de acesso, como princípio do SUS, relação entre entes federativos, entre outros.

A ideia de abrir novos canais de escuta/participação/troca da população e, em especial, dos grupos em condições de vulnerabilidade sem dúvida nenhuma abre espaço para o conhecimento de demandas e especificidades que nunca apareciam ou eram consideradas relevantes. Entretanto, a forma como esses espaços se constroem precisa ser problematizada.

Se analisarmos a portaria nº 2.979/2011, que institui o incentivo financeiro para implantação e fortalecimento do ParticipaSUS, com foco na promoção da equidade, vemos que as ações fomentadas pelo financiamento investem na aproximação de lideranças e movimentos sociais dos espaços de execução e acompanhamento das políticas de promoção de equidade no nível estadual, conforme é mostrado a seguir:

- a) realização de encontros com gestores, trabalhadores da saúde, conselheiros de saúde e lideranças sociais que atuam nos movimentos de mulheres, negros(as), quilombolas, do campo e floresta, população de rua, juventude e lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) e ciganos sobre gestão participativa, controle social e políticas de promoção da equidade em saúde;
- b) apoio à formação de comitês, comissões e ou grupos temáticos nas Secretarias de Saúde que versem sobre a coordenação e a execução das políticas de promoção de equidade em saúde;
- c) produção de material informativo e educativo sobre as políticas de promoção de equidade em saúde;
- d) apoio à formação de espaços de deliberação, como fóruns e comissões, entre os conselhos municipais e estadual de Saúde para a articulação do controle social e

formação de conselheiros de saúde sobre gestão participativa, controle social e políticas de promoção de equidade em saúde;
 e) apoio à mobilização social e aos movimentos que apoiem a promoção da equidade em saúde. (Ministério da Saúde, 2011)

Além disso, a portaria ainda incentiva a ampliação do que chama de canais de interlocução entre usuários e sistemas de saúde, propondo as seguintes ações: “a) adoção de medidas de aferição de satisfação dos usuários do SUS; b) realização de atividades de qualificação de ouvidores” (Ministério da Saúde, 2011). Fazendo uma análise mais criteriosa do primeiro bloco de ações propostas, é fácil perceber como, embora favoreçam claramente a construção de espaços de encontro e troca para acompanhamento da política, as ações propostas não envolvem espaços deliberativos e carregam consigo as dificuldades inerentes aos processos democráticos.

Nesse sentido, além de problematizar a efetiva possibilidade de intervenção desses espaços na construção de políticas ou no direcionamento de recursos financeiros para ações efetivas na ponta do sistema de saúde, é preciso discutir a própria organização e o funcionamento de tais espaços. As diferenças de formação, de acesso à informação e de inserção no aparelho do Estado dos diferentes integrantes dos encontros propostos nos fazem pensar se a promoção de encontros e a institucionalização de comitês e comissões garante a realização de processos de participação. As possibilidades de compreensão e participação dos processos decisórios são iguais para gestores e líderes de movimentos sociais e os níveis de informação e formação garantem possibilidades de intervenção e discussão semelhantes?

Seguindo a discussão, deve-se observar que a definição das lideranças e dos movimentos sociais participantes, e a própria organização dos grupos para difusão e debate dos processos discutidos nos espaços forjados pela política com suas bases, também constituem problemas para que essas ações promovam a gestão participativa.

Além disso, a criação desses espaços coloca em questão os espaços instituídos de participação popular no SUS, como os conselhos e conferências, ao apresentá-los como “frágeis na efetividade e na eficácia de suas atuações” (Brasil, 2009, p. 6). Nesse sentido, a questão fundamental que se coloca é por que os conselhos têm sido iníquos e ineficazes para a participação popular no SUS?

As duas últimas ações voltadas para o aumento da interface com os usuários do SUS, que têm caráter um pouco diferente, também precisam ser qualificadas. Levantar a satisfação dos usuários e investir no funcionamento de ouvidorias são ações que, embora importantes, apenas resvalam numa proposta de efetiva participação da população no direcionamento das políticas de saúde. Será que esses processos favorecem o fortalecimento das populações vulneráveis em sua possibilidade de intervir com relação à garantia e à especificidade do atendimento de suas necessidades de saúde? Essa questão torna-se ainda mais premente quando percebemos que a maior parte das vulnerabilidades das populações em questão diz respeito a questões, como a desigualdade estrutural própria da nossa organização social, que precisam ser colocadas em tela. Como nos mostra Campos:

A prática da equidade dependeria de um elevado grau de democracia, de distribuição das cotas de poder, do controle social do exercício desse poder descentralizado de maneira a se evitar abusos e, paradoxalmente, também de um elevado grau de autonomia dos agentes sociais que praticam os julgamentos e instituem os tratamentos, sem o que não poderiam operar conforme cada situação singular. (Campos, 2006, p. 25)

Evidentemente, esse processo não é simples e não se conquista apenas com a criação de espaços de escuta das populações vulneráveis, ainda que possamos reconhecer alguns méritos nesse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As relações entre equidade e participação social apresentam-se como um debate oportuno e atual, no que diz respeito tanto à consolidação e ao desenvolvimento das instituições democráticas no Brasil quanto à participação popular no SUS. Nesse sentido, duas dimensões de um mesmo problema parecem se colocar. Podemos identificar uma delas como a iniquidade estrutural da sociedade brasileira, com distribuição desigual de recursos, poder e, conseqüentemente, cidadania. Outra diz respeito ao reconhecimento das demandas de grupos e populações nos processos de participação popular no SUS e à possibilidade de se tornarem visíveis na agenda governamental.

Esses problemas nos remetem às estratégias e processos de governamentalidade empreendidos pelo Estado para avaliar, gerir e instituir políticas sobre sujeitos e populações sob a rubrica de políticas participativas. Participação parece não se dar por decretos ou portarias. Participação não pode, ou não deve ser uma concessão do Estado no processo político. A estatização da participação social parece ser a domesticação dos desejos, das revoltas, dos anseios, das populações e sujeitos sociais que, inscritos e reconhecidos em sua cidadania regulada, constituem comissões, conselhos e conferências que se apresentam “frágeis na efetividade e na eficácia de suas atuações” (Brasil, 2009, p.11).

Na realidade, como nos mostra Coelho (2012), a participação social institucionalizada envolve diferentes problemas que precisam ser analisados criteriosamente. É preciso ressaltar que nem sempre a participação prevista na legislação significa a garantia de participação no cotidiano do sistema. A representação popular em espaços deliberativos não implica, necessariamente, a construção do controle social dos serviços de saúde. Além disso, é importante observar que as experiências coletivas são muito importantes para a formação dos sujeitos, sendo a obrigatoriedade institucional da participação menos efetiva e, muitas vezes, mais sujeita à manipulação se comparada à participação socialmente construída.

Como afirma a autora a partir de suas leituras de Oliveira (1996) e Valla (1998): “A participação popular pode servir simplesmente como uma forma de legitimar a política de Estado diante da população. É uma distorção da participação e serve para adequar o discurso participativo às antigas formas de exercer o poder” (Coelho, 2012, p. 147).

Esse processo parece refletir a forma de atuação do Ministério da Saúde que, historicamente, tem induzido financeiramente políticas e ações de saúde em diversas áreas, concentrando poder e recursos, e, principalmente, tornando iníquas as relações com os demais entes federativos e com a instituição máxima de participação popular no SUS, que é a Conferência Nacional de Saúde (Machado, 2007).

É preciso colocar em questão a distribuição das cotas de poder dos agentes que participam dos diferentes espaços propostos pela política e, fundamentalmente, entender que é necessário propiciar um processo político que favoreça a constituição de sujeitos mais autônomos e capazes de análises críticas e intervenção, não só sobre a política em si, mas sobre os processos sociais e sanitários de uma maneira mais geral. Na realidade, o manejo da equidade nessa acepção implica a “convivência com a noção de sujeito” e o “reconhecimento da variedade das situações existenciais e históricas” (Campos, 2006, p. 25). Reside aí o aspecto utópico da equidade: o movimento de constituição de uma sociabilidade na qual as pessoas estejam propensas a respeitar-se e a respeitar o direito dos outros em sua especificidade. Nas palavras de Campos:

A busca da equidade deverá ser permanente, considerando sempre as múltiplas dimensões do conceito. Um trabalho permanente de engenharia política, da arte da gestão e de sabedoria sanitária. Um projeto somente sustentável em um contexto sócio-histórico em que a vida das pessoas seja o bem mais valioso, entre todos. Um projeto a ser sustentado para além das evidências concretas de cada época, um projeto enganchado na teimosia, bem humana, de que a vida pode sempre melhorar, ainda que nem sempre isso seja uma evidência palpável. (Campos, 2006, p. 32)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial – 2006: equidade e desenvolvimento*. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2005. p. 29-60.

BAPTISTA, T. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G.; PONTES, A. L. (org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003 (revogado pelo decreto nº 5.678, de 2006). *Diário Oficial da União*, Brasília, 17 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), com foco na promoção da equidade em saúde, e para a implementação e fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2979_15_12_2011.html. Acesso em: 21 fev. 2013.

CAMPOS, G. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, maio-ago. 2006.

CASTRO, E. *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

COELHO, J. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 138-151, 2012.

SCOREL, S. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude->

epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf. Acesso em: 21 fev. 2013.

FOUCAULT, M. *Segurança, território e população*. Curso no College de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LESSA, I. *Gestão participativa e participação social: um estudo a partir da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (2003-2007)*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2474/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Lessa_Iris_Jord%C3%A3o.pdf. Acesso em: 13 jun. 2014

MACHADO, C. V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MATTA, G. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: _____; PONTES, A. L. (org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. p. 61-80.

OLIVEIRA, F. J. A. Participação popular em saúde: as dimensões da cultura. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 52, p. 67-73, set. 1996.

PAIM, J. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, maio-ago. 2006.

RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

RIZZOTTO, M. L.; BORTOLOTO, C. O conceito de equidade no desenho de políticas sociais: pressupostos políticos e ideológicos da proposta de desenvolvimento da Cepal. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 793-803, jul.-set. 2011.

STOTZ, E.; ARAÚJO, W. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-19, maio-ago. 2004.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 7-18, 1998.