

Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde

Equity Promotion Policies in Health for vulnerable groups: the role of the Ministry of Health

Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira¹
Eliane Hollanda¹
José Inácio Jardim Motta¹

Abstract *This article aims to analyze Equity Promotion Policies in Health implemented by the Ministry of Health for vulnerable groups, through the Department of Strategy and Participative Management based on race, ethnicity, gender and lifestyle markers. The three structural elements of these policies are identified as: participatory management, transversality and awareness / professional qualifications. In carrying out research for this article, different documental sources were used including: policies, videos, conferences and minutes from council meetings as well as information from health committees. The results showed positive aspects and shortcomings in the implementation process of these policies. Also, they revealed that there are permanent tensions between equality policies and equity policies which pose challenges to guaranteeing the right to health of these populations. Finally, it can be reaffirmed that only in democratic societies can these rights be recognized and guaranteed.*

Key words *Equity, Health Policy evaluation*

Resumo *Este artigo analisa as Políticas de Promoção de Equidade em Saúde implementadas pelo Ministério da Saúde para grupos vulneráveis, através da Coordenação da Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa, em decorrência de marcadores de raça, etnia, gênero e modo de vida. São identificados os três elementos estruturantes destas políticas: gestão participativa, transversalidade e sensibilização/qualificação profissional. Para a realização do trabalho foram consultadas diversas fontes documentais: políticas, vídeos, conferências, e atas de conselhos e comissões de saúde. Os resultados apontam aspectos virtuosos e lacunas no processo de implementação destas políticas. Revelam ainda que as tensões permanentes entre políticas de igualdade e políticas de equidade colocam desafios à garantia dos direitos à saúde destas populações. Por fim, ressalta-se que somente em sociedades democráticas estes direitos podem ser reconhecidos e assegurados.*

Palavras-chave *Equidade, Avaliação de política de saúde*

¹ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. sandravs@ensp.fiocruz.br

Introdução

O processo de Reforma Sanitária brasileira definiu como um dos princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) a noção de equidade. Este princípio vem sendo utilizado, muitas vezes sem uma precisão conceitual, em trabalhos acadêmicos e documentos da área da saúde como sinônimo ao termo igualdade como utilizado na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde¹.

Em um artigo de 2006, Braveman² faz levantamento das diversas concepções de equidade/iniquidades em saúde, produzidas por distintos autores desde princípios dos anos 1990. Identifica um padrão de convergência à noção de que as iniquidades em saúde são produzidas a partir de múltiplas determinações e assinala a importância do debate incorporar elementos éticos contidos nos valores sociais, incluídos aí os referentes aos direitos humanos. No campo da equidade em saúde destaca-se a ideia de não discriminação. Inicialmente pensado como forma de superar a discriminação por raça/etnia, o pressuposto da não discriminação vem incorporando ao longo do tempo outras *diferenças* encontradas na vida social, como as de religião, gênero e sexualidade, gerando novas políticas de equidade.

Um dos conceitos referentes ao tema sublinha que a equidade em saúde, na medida do possível, “significa que todas as pessoas tenham oportunidades justas para atingir o seu potencial de saúde completo”. É incorporada à discussão a noção de que equidade significa “tentar reduzir as disparidades evitáveis no estado de saúde e nos serviços de saúde, entre os grupos com diferentes níveis de privilégio social” Por fim, afirma-se que as discussões sobre as equidades em saúde revelam sistemáticas disparidades entre grupos sociais com “níveis de vantagem/desvantagem de acordo com riqueza, poder e prestígio”².

O ponto de partida para pensar equidade para além de um princípio de justiça social é assinalar que as iniquidades em saúde ultrapassam as diferentes posições sociais das pessoas em uma hierarquia econômica, alcançando outras determinações.

As políticas para a Promoção de Equidade no Brasil são resultado de processos simultâneos: por um lado, o desenvolvimento dos movimentos sociais nos últimos cinquenta anos, e a consolidação do processo democrático que se seguiu ao fim dos governos militares. Por outro, o esforço realizado pelo governo federal para assegurar os direitos humanos e universalizar o acesso a bens e serviços aos grupos vulneráveis.

As reivindicações destes grupos são bastante antigas e ganham maior visibilidade a partir dos anos 80 do século passado. Observa-se, no decorrer do tempo, que as demandas ganham novas orientações em função de questões emergentes. Como exemplos, a epidemia de AIDS e a luta pelo acesso a medicamentos; as reivindicações sobre as políticas de cotas, frutos de discussões sobre justiça social. A questão da construção de identidades baseadas em vários tipos de pertencimento (a território, grupo étnico, crenças e estilo de vida, entre outros) também ganham destaque nas últimas três décadas^{3,4}.

É consenso que a luta destes grupos por direitos ganhou impulso com a redemocratização do país e a Constituição Federal de 1988. Um avanço importante nesta direção foi a aprovação, no Governo Fernando Henrique Cardoso, dos Planos Nacionais de Direitos Humanos (PNDHs) no país, objetivando a criação de uma cultura e valorização dos direitos humanos até então inexistentes no país.

O I PNDH foi marcado por uma perspectiva mais universalista dos direitos, centrado na defesa dos direitos civis. Observa-se que o II PNDH, elaborado no final de 2002, representa uma inflexão em relação ao anterior, ao incorporar o direito à identidade de grupos sociais específicos marcados por iniquidades históricas: afrodescendentes, índios, ciganos e orientação sexual como um aspecto importante. O III PNDH, elaborado em 2009 reafirma a garantia de direitos num contexto de desigualdades⁵.

As ações propostas nestes Planos dialogavam com as Conferências Nacionais de Saúde e com os acordos e conferências internacionais, que reivindicavam melhorias de qualidade de vida e direitos para estes grupos em diversos países.

No governo Lula, a luta pela efetivação destes direitos ganha maior visibilidade como locus de intervenção estatal⁵. Na proposta para o ciclo de desenvolvimento econômico expresso no Plano Plurianual de 2004-2007, a diversidade, a inclusão social e o acesso a bens e serviços constituem, ao lado da ampliação democrática, aspectos importantes da matriz desenhada⁶.

Para responder aos desafios propostos por esta matriz de desenvolvimento o governo expande o aparelho estatal. Neste contexto são criadas três secretarias, com status de Ministério, ligadas diretamente à Presidência da República. São elas: a Secretaria Especial para a Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) e a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM).

Tinham como missão articular ações com vista à garantia de direitos humanos e promoção da igualdade⁷.

Este debate e as demandas traduzem-se na área da saúde nas políticas de atenção integral direcionada a grupos específicos: populações negras, quilombolas e ciganas; população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais - LGBT; população em situação de rua; povos do campo, das águas e das florestas⁸.

Em que pese as especificidades das diferentes políticas integradas à saúde desenhada para cada um dos grupos vulneráveis, o Ministério da Saúde as reuniu no que denominou de Políticas de Equidade. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, órgão do Ministério responsável pela coordenação desta política, estabeleceu três eixos comuns para a estruturação de suas ações: i) a transversalidade das ações; ii) a formação/capacitação como elementos fundamentais para o sucesso da política, como forma de combate ao preconceito a estes grupos sociais, com impacto em sua saúde; iii) a gestão participativa.

O intuito deste trabalho é, a partir da análise destes eixos estruturadores da política, compreender como o Ministério da Saúde vem utilizando sua capacidade institucional para promover políticas de equidade e como se organiza para implementar estas ações de modo a dar-lhes organicidade. Neste sentido, este trabalho se diferencia daqueles que focam a análise no desenvolvimento destas políticas para determinado grupo vulnerável específico e lança luz em seu conjunto buscando identificar, nas trajetórias de implementação, elementos comuns.

A estruturação do trabalho teve como ponto de partida entrevista realizada com a Coordenadora do Departamento de Gestão Estratégica e Participativa da Secretaria de Gestão Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS). As informações obtidas colaboraram para a formulação do desenho da pesquisa. Este trabalho foi desenvolvido através da análise de documentos oficiais, aí incluídos os textos das políticas para populações vulneráveis, vídeos, relatórios de gestão da SGEP e de seminários voltados à discussão das várias políticas e sua disseminação. Da mesma forma foram objetos de análise as atas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) desde 20006, quando apareceram as primeiras discussões sobre políticas de equidade, até 2016. Documentos que forneceram subsídios a estas políticas, no âmbito da Saúde e dos Direitos Humanos, também foram analisados.

As Políticas de Equidade em Saúde: trajetória de incorporação

É no contexto descrito acima que são criadas as Políticas de Atenção Integral à Saúde de grupos vulneráveis. Posteriormente, estas políticas foram agrupadas no que o MS denominou de Políticas de Promoção de Equidade em Saúde.

A integralidade na sua dimensão das práticas de saúde obriga a pensar o outro da relação de produção em saúde como o outro diferente do que somos. Uma diferença com potencial de criatividade e exercício de alteridade. Sendo assim, as relações com o outro passam a ser mediadas pelos diferentes olhares que atravessam a relação, podendo interferir no acesso e qualidade do cuidado prestado.

Nesta perspectiva de formulação de políticas de Equidade dentro do arranjo institucional proposto para as políticas sociais são colocados dois desafios para o Ministério da Saúde: i) estruturar políticas públicas de natureza transversal em estruturas administrativas marcadas por recortes setoriais; ii) incorporar ações para grupos vulneráveis, marcadas muitas vezes por superposição de vulnerabilidades no interior de políticas setoriais de corte universal^{9,10}.

Para ampliar a participação social e construir consensos na formulação da política de Atenção Integral à Saúde voltada aos grupos vulneráveis, o MS propôs a criação de Comitês Técnicos e a realização de Seminários e Conferências.

Os Comitês Técnicos em Saúde são órgãos de assessoria ao ministério na formulação destas políticas, composto por técnicos, especialistas e movimentos sociais. A Coordenação destes Comitês é de responsabilidade da SGEP. Os Seminários e as Conferências visam ampliar a discussão com outros setores governamentais (intra e intersetoriais) e movimentos sociais. Ao longo deste período, o MS organizou diversos eventos.

O Quadro 1 apresenta os dados relativos ao tempo e às instâncias percorridas pelas diferentes políticas de equidade até a sua promulgação. Na Saúde, uma vez formulada, as políticas são apresentadas ao CNS para discussão e aprovação. Trata-se da instância máxima de gestão participativa em saúde, ligada ao Ministério da Saúde, dos quais são membros constitutivos os gestores, os técnicos e os usuários.

Em seguida, a política é pactuada na CIT¹¹. Esta Comissão é formada por gestores das três esferas de governo federal (Ministério da Saúde), estadual (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS) e municipal (Conse-

Quadro 1. Tempo e instâncias percorridas pelas diferentes políticas de equidade até a sua promulgação.

Grupo vulnerável	Bases de estruturação	Principais marcas	Constituição de comitês técnicos	Aprovação do Conselho Nacional de Saúde	Aprovação na CIT	Promulgação de Portaria
População negra	acordo firmado entre Ministério da Saúde e SEPPPIR em 2003	Reconhecimento do racismo e luta contra o racismo institucional	Ano de 2004	Ano de 2006	Ano de 2008	Ano de 2011 (Portaria 992 de 13 de maio)
População LEGBT	Programa Brasil sem Homofobia da SDH da Presidência da República (2003)	Discriminação por orientação sexual e identidade de gênero	Ano de 2004	Ano de 2009	Ano de 2011	Ano de 2011 (Portaria 2826 de 06 de novembro)
População em situação de rua	Política Nacional de caráter intersectorial para a População de Rua. Criada a partir do Movimento Nacional da População de Rua. O MS desenvolve ações específicas no âmbito desta política)	Indignação com a violência e a negação de direitos a esta população	Ano de 2009	Ano de 2009 para discutir ações	Ano de 2011	Ano de 2009 instituição do Conselho Técnico Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro
Povos do campo, das florestas e das águas		reconhecimento de distintos modo de viver e produzir; Redução dos riscos e agravos à saúde decorrentes do processo de trabalho e das tecnologias agrícolas	Ano de 2005 (Grupo Terra)	Ano de 2008	Ano de 2011	—
Povo cigano	—	—	—	—	—	Ano de 2011 Aprovação da portaria GM/MS 940 que dispensa o povo cigano de apresentar comprovante de residência para cadastro no SUS

fonte: SGEP/MS.

lho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS) e tem a função de definir as responsabilidades de cada órgão na execução destas políticas e os mecanismos de financiamento, sem o qual sua implementação fica impossibilitada. Cabe à SGEP, como coordenadora as políticas de equidade, a mediação desses processos.

É possível perceber que o tempo entre a elaboração e a aprovação nas diferentes instâncias (técnicas e políticas) foi distinto para cada uma destas políticas. Prazo maior de discussão entre uma fase e outra revela que a construção de consenso e a criação das condições básicas pelo governo para efetivação da política demandam tempo, condi-

ções objetivas e discussão. Os processos de decisão apoiam-se em normas e regras, formais ou informais, e atitudes convencionadas ou aceitas, e servem, como recurso ou limitação, à efetivação destas. As relações entre fatores e agentes políticos e administrativos determinam a rapidez ou a lentidão dos processos de implementação¹².

Em relação às políticas de equidade alguns fatores podem explicar a demora. Entre estes está a capacidade do governo federal de sensibilizar os gestores dos níveis subnacionais para a importância de incorporação destas políticas para a universalização e a integralidade da assistência. Outro fator refere-se às condições objetivas das

três esferas de governo pactuarem responsabilidades e financiamento para a implementação destas políticas nos estados. Por fim, destaca-se o grau de organização do movimento social para pressionar os governantes para a implantação destas políticas.

No Ministério da Saúde, a SGEP é a secretaria designada para *articular* as políticas de promoção de equidade com as de saúde. Ou seja, não se trata da criação de uma política à parte para a equidade, mas de contemplar as particularidades destes grupos no âmbito das políticas, programas e ações de natureza universal.

Para reduzir os custos de articulação e operacionalizar a política a SGEP atua em três grupos distintos: i) junto a gestores para pactuar atribuições e definir estratégias de apoio, com os entes subnacionais, na implementação destas políticas; ii) com as instâncias intersetoriais para desenhar e participar de ações conjuntas, dada a natureza transversa destas políticas iii) com os movimentos sociais para dar visibilidade às demandas populares.

Estas ações, por sua vez, se articulam numa dada compreensão de gestão estratégica e participativa, onde ocorre uma retroalimentação entre as discussões e as decisões tomadas.

Gestão Participativa nas políticas de promoção de equidade

Em países democráticos, a incorporação dos sujeitos a quem as políticas são voltadas no processo de definição dos rumos da política é prática comum¹³. No Brasil, a CF1988 definiu a participação social como um dos elementos organizativos do SUS. Desde então vários conselhos e fóruns foram criados para materializar este princípio.

Para operacionalizar a política de equidade, duas instâncias de participação popular são importantes pela sua capacidade de contribuição com o desenvolvimento e o aprimoramento das ações. Trata-se das Comissões Intersetoriais de Saúde, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, e os Comitês Técnicos de Saúde federal e estaduais.

As Comissões Intersetoriais de Saúde são instâncias de assessoria ao CNS na execução das políticas públicas e têm a finalidade de articular políticas e programas. São compostas por técnicos tanto do Ministério da Saúde e como de outros envolvidos com a implementação das políticas, por representantes dos profissionais de saúde e dos movimentos sociais organizados e por prestadores de serviços¹⁴.

A existência de comissões está prevista em lei. Algumas têm caráter permanente e outras são temporárias e criadas quando o CNS identifica a necessidade de discutir de modo mais aprofundado determinado tema para subsidiar suas decisões. Dado o papel do CNS, a definição de quais comissões devem ser criadas e sua natureza são alvo de intenso debate no interior deste Conselho.

As Comissões podem ter um recorte voltado a discutir e a enfrentar problemas inerentes a dada população ou temática, ou podem privilegiar a discussão de temáticas mais amplas, que possam ser trabalhadas de modo transversal e integral¹⁵.

Uma pista sobre as dificuldades nesta escolha pode ser encontrada na discussão de reunião do CNS, sobre a necessidade de reformulação destas Comissões, ocorrida em maio de 2016.

Nesta ocasião havia vinte e seis Comissões Intersetoriais criadas, cada qual com 22 membros. Entre estas, uma comissão era destinada a discutir a saúde da população negra e outra a da população LGBT.

Com a reformulação, o CNS pretendia diminuir o número de comissões com o intuito de reduzir os custos financeiros e, ao mesmo tempo, ampliar a transversalidade com que os temas são discutidos nestes espaços. Nesta mudança, as políticas de equidade passariam a compor uma única comissão. Na visão de alguns conselheiros, esta alteração poderia ser útil para dar visibilidade a questões decorrentes das múltiplas vulnerabilidades que a fragmentação temática dificultava. Por outro lado, outros conselheiros temiam que determinadas questões importantes acabassem desaparecendo dada a magnitude das questões a serem tratadas. Por fim, aprovou-se a redução do número de Comissões¹⁰.

Esta mudança coloca para os movimentos sociais o desafio de redefinir seus representantes, uma vez que é característica da participação neste tipo de fórum, além da militância, a especialização no tema¹¹. A ampliação da presença de militantes no aparelho estatal nos governos Lula e Dilma trouxe para dentro do governo uma gama de interesses maior do que o visto nos governos anteriores¹⁶.

Outro mecanismo de participação são os Comitês Técnicos de Saúde. Com a aprovação das políticas para a Promoção de Equidade, os comitês criados no âmbito federal foram reestruturados, passando a desempenhar o papel de assessorar a SGEP na implementação e monitoramento destas políticas. A composição também foi alterada para incorporar novos atores que dessem suporte a estas novas funções.

Contudo, para que as políticas se desenvolvessem nas esferas subnacionais uma das estratégias desenhadas para a implementação da política de equidade foi a criação de comitês para cada grupo de população vulnerável. Coube à SGEF o apoio aos estados da federação na implementação dos Comitês Técnicos Estaduais. A Tabela 1 apresenta a evolução da criação destes comitês nos estados da federação brasileira.

Inicialmente percebe-se que não há um comportamento uniforme dos estados em relação à criação destes comitês, embora em 74% deles observe-se a existência de pelo menos um conselho voltado à discussão destas políticas. Diferenças entre forças políticas internas que atuam no âmbito específico de cada uma delas, bem como níveis diferentes de organização dos movimentos sociais em cada estado, podem ser variáveis importantes para explicar estas diferenças.

A capacidade de indução, compartilhada com outros atores na área da saúde, também podem explicar esta evolução. De acordo com o Relatório de Gestão da SGEF (2015), a parceria com o CONASS e o CONASEMS foi fundamental para que alguns estados criassem os comitês. Tal fato deve-se à liderança destes Conselheiros e sua maior facilidade em dialogar com os Secretários de Saúde e antever dificuldades de implementação, por também ocuparem o cargo de secretários de saúde.

O reconhecimento dos gestores para a necessidade de enfrentamento destas iniquidades pode ser percebida pela adoção de Comitês de Equidade, que concentravam em um único comitê a gestão das diversas políticas para a equidade. Estes foram criados como forma de driblar o número insuficiente de profissionais nas instâncias subnacionais para responder ao desafio de implementar múltiplas políticas, programas e ações.

De modo análogo, os povos do campo, floresta e águas propuseram a utilização do espaço dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) existentes nos estados, onde eles já têm uma participação intensa, como locus de discussão da política, evitando a duplicação de esforços.

Além da criação, a participação efetiva dos movimentos sociais nestes Comitês é um desafio permanente para a implementação de políticas públicas no país para estas populações. A Pesquisa sobre Informações Básicas estaduais¹⁷ coletou informações sobre a existência e o funcionamento de Comitês de Direitos Humanos para estas mesmas populações vulneráveis. Apesar de alguns deles terem sido criados há bastante tempo, os dados mostram que estes Comitês não se reuniram nos últimos doze meses, o que pode ser um indicativo que eles ainda não saíram do papel ou que foram desmobilizados.

A transversalidade nas políticas

A transversalidade surge como diretriz do governo federal no contexto de elaboração do PPA 2004-2007, dentro do esforço de superação do modelo burocrático do Estado brasileiro, que já vinha sendo realizado anteriormente⁶.

O termo transversalidade vem sendo utilizado para designar uma forma de organização da política pública que se contraponha à divisão burocrática departamental em ministérios e secretarias. Pauta-se na atuação interdepartamental e na criação de fóruns horizontais de diálogo e tomada de decisão, e o seu sucesso depende da articulação de ações desenvolvidas em diversos órgãos setoriais, em diferentes níveis da federação¹⁸.

Observe-se que nas políticas voltadas para as minorias a incorporação desta diretriz se dá a partir da compreensão de que os arranjos es-

Tabela 1. Evolução da criação de Comitês Técnicos para os grupos vulneráveis nos estados da federação - período 2012/2015 - Brasil.

Comitês técnicos estaduais	2012	2013	2014	2015	Total	Estados com comitês
População LGBT	3	4	3	—	10	GO,PB,PR,MS, PE,RS,SP,BA,RJ,PA
População negra	7	3	2	—	12	AC,BA,PB,RJ,RS SP,PR,DF,GO, MG,PE,RN
População em situação de rua	—	—	4	—	4	BA,GO,PR,MS
População do campo, floresta, águas	—	—	1	—	1	RS
Equidade	—	5	1	—	6	ES,PI,RN,SE,MA,MT

Fonte: Relatório de gestão SGEF/MS 2012-2015.

tabelecidos pelo Estado brasileiro, pautados em recorte setorial, se mostrou incapaz de ofertar serviços para estes grupos sociais⁶.

Embora desejável, a adoção da transversalidade coloca para a organização das políticas públicas a necessidade de mudanças na organização do processo de trabalho, que passam pela realização de trabalho em rede num ambiente onde haja confiança e reciprocidade entre os diferentes atores; pelo reconhecimento por parte dos atores da interdependência de suas ações; por uma coordenação realizada em rede e pela sensibilização e capacitação dos gestores para atuar em consonância com esta perspectiva de organização do trabalho¹⁸.

Além disto, a horizontalidade de relações e o grande número de atores envolvidos na implementação destas políticas podem ampliar os pontos de veto às ações, o que aumenta os custos para a coordenação assegurar as mudanças propostas¹⁹.

Nas políticas de Promoção da Equidade em Saúde, a SGEP realiza parcerias com diversos órgãos do Ministério da Saúde para discutir e viabilizar as ações necessárias à execução da política, tendo como base as demandas dos movimentos sociais. Ao mesmo tempo, promove e participa de iniciativas de outros Ministérios para divulgar, sensibilizar e construir consensos em tornos de questões a serem tratadas de modo intersetorial.

Como estratégia para dar visibilidade à política e fortalecer as possibilidades de integração numa estrutura altamente complexa foi pactuado entre governo federal e movimentos sociais a adoção de uma ação como marca estruturante de cada política de equidade. São exemplos: a adoção do nome social para travestis e transexuais nos serviços públicos, o combate ao racismo institucional, aceitação do modo de viver e produzir da população do campo, águas, florestas e o reconhecimento do caráter nômade dos ciganos. No âmbito específico da saúde podemos citar: o processo transexualizador, a incorporação do variável cor/raça e nome social cartão SUS, a atenção à anemia falciforme, a isenção de comprovante de residência para o povo cigano²⁰; o reconhecimento do papel das benzedeiras e parteiras nos cuidados em saúde.

O sucesso de implementação de políticas de natureza transversal tende a ser maior onde já existe uma trajetória de trabalho com características desenvolvida nos mesmos moldes, na qual o gestor desempenha o papel de mediador do desenvolvimento destas ações. Outro aspecto que influencia o resultado destes esforços consiste no

grau de envolvimento dos gestores. Os gestores responsáveis por coordenar a transversalidade, em geral, tendem a um maior grau de valorização e compromisso com estas ações, assumindo um comportamento de reafirmar a importância destas políticas em todos os espaços disponíveis. Por sua vez, gestores de outros programas federais, onde estas ações constituem parte de suas atribuições, ou aqueles que historicamente apresentam dificuldade com trabalho envolvendo equipes com perfis múltiplos, tendem a não participar desta tarefa de coordenação compartilhada²¹.

Neste sentido, um esforço importante consiste na sensibilização dos profissionais e na maior qualificação dos gestores para atuarem na perspectiva da transversalidade.

Sensibilização e qualificação dos profissionais de saúde

O princípio da equidade se instaura onde há a presença de grupos vulneráveis e onde a vulnerabilidade é inscrita a partir dos lugares da identidade e da diferença. Neste sentido, pensar identidade é sempre pensar o que é, mas o que é só faz sentido quando referido àquilo que não é. “Logo, a identidade está sempre referida à construção da diferença”²¹.

Sensibilizar e qualificar profissionais para desenvolver novas abordagens no atendimento aos grupos vulneráveis constitui um tema de difícil enfrentamento no plano institucional. Não apenas do ponto de vista da organização de ações, mas, sobretudo, porque, institucionalmente, há que se lidar com questões teóricas cruciais. Uma delas é estabelecer a distinção entre a ideia restritiva de tolerância à diversidade e as ideias de reconhecimento e respeito à diferença. Outra, é compreender o caráter de ferramenta de luta política do multiculturalismo, que embasa muitas discussões sobre questões identitárias²².

As questões identitárias relacionam-se diretamente à ideia de equidade. Uma afirmação recorrente na área da saúde é que equidade é “tratar desigualmente os desiguais”. Ou, ainda, que iniquidades são “disparidades inaceitáveis”, traduzindo a constatação de que políticas universalistas, que promovem a igualdade, não são suficientes para promover a equidade. O efeito de justiça social, neste caso, ocorre de forma não universalista; ao contrário, particularista, ao supor um tratamento dos indivíduos ou grupos considerando questões identitárias, como sexo, gênero, cor, entre outras características.

Não é pacífica, no entanto, a aceitação no plano teórico de que políticas públicas devam promover equidade abrindo mão da igualdade²³.

Santos²³ traz à tona a ideia de um “multiculturalismo emancipatório”, que reconhece uma permanente tensão entre políticas de igualdade e políticas de diferença. A política da diferença emerge do campo de lutas e resistências das populações que passam por diferentes níveis de discriminação. Defende a ideia de que uma política da diferença não se resolve pela redistribuição e sim pelo reconhecimento. Aqui o sentido não é o de uma colisão entre igualdade e diferença, mas sim assentar “os objetivos da redistribuição social-econômica e do reconhecimento da diferença cultural”.

Um dos principais desafios na implementação das políticas de equidade é de natureza cultural, derivado do preconceito histórico da sociedade em relação às populações vulneráveis. Sendo assim, o MS reconhece que a implementação destas políticas passa por uma mudança do olhar da população em relação a estes usuários²⁴.

É sabido que a educação desempenha um papel importante na mudança de valores e comportamentos por parte da população. Apesar de esta tarefa transcender a atuação do Ministério da Saúde, a SGEP realiza, em parcerias, ações voltadas a sensibilizar e a qualificar profissionais para atuarem com as políticas de equidade.

Para disseminar a política, ampliar consensos, reconhecer demandas e avaliar as ações executadas, a SGEP, em conjunto com outros órgãos do Ministério e das Secretarias Especiais, realiza seminários com gestores, profissionais de saúde e movimentos sociais²⁵.

Esta estratégia vem sendo utilizada de modo geral pelo governo federal para a implementação de políticas sociais como modo de ampliar a interação e a influência dos movimentos sociais sobre o Estado¹³.

Outra estratégia utilizada para capacitar profissionais em massa foi ofertar módulos de ensino a distância, através da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). Módulos para as políticas de equidade das populações LGBT²⁶, negra e para as populações do campo, florestas e águas foram elaborados em 2015. Com estas iniciativas o Ministério pretendia atingir cerca de 50 mil profissionais²⁷.

Análises realizadas mostram que apesar destes esforços, se não forem superadas as fragilidades institucionais e as deficiências estruturais que permeiam a realização destas políticas, elas

correm o risco de se constituir apenas em eventos pontuais em detrimento de uma política permanente^{27,28}.

Conclusões

A ideia de que o processo de implementação cria a política²⁹, ao contrário do que tradicionalmente se postulava – que a política define o processo de implementação – ajusta-se bem à análise das de equidade aqui apresentadas.

O exame da atuação da SGEP mostra que a Secretaria estabeleceu um balizamento consistente para as políticas que desenvolve ao eger a gestão, a transversalidade das ações e a sensibilização e a capacitação dos profissionais e dos movimentos sociais como as linhas de força do seu trabalho, definido como apoio e acompanhamento dos mecanismos de participação social. Ao dar visibilidade e articular soluções para demandas históricas junto aos movimentos que representam as populações vulneráveis, fomenta uma interação política virtuosa, onde a implementação termina, também, por criar a política.

No entanto, esta interação não está isenta de problemas. Não foi possível alcançar, até o momento, a universalização e o funcionamento adequado dos comitês técnicos em saúde nos estados, uma das principais metas previstas na política para as populações-alvo. Aqui, cabem algumas considerações, no sentido de relativizar este resultado. Em primeiro lugar, os processos de implementação são longos, demoram a alcançar um estágio de maturidade. Alguns autores acreditam que uma política necessita desenvolver-se por um período de pelo menos dez anos antes de ser avaliada³⁰. Além de longos, estes processos envolvem muitos atores e disputas político-ideológicas dentro dos movimentos e entre gestores, que reverberam na construção da política propriamente dita. Em segundo lugar, é possível constatar que a capacidade de indução do MS, em qualquer situação, é limitada por duas razões; a complexidade do objeto da política e as limitações orçamentárias e de recursos humanos, o que termina por restringir o acesso dos grupos vulneráveis ao direito à saúde. Cabe ressaltar que qualquer política voltada a grupos específicos disputa recursos com inúmeras iniciativas de políticas de cunho universalista.

Cabe destacar ainda a necessidade de articular as ideias de equidade e diferença sem deixar que políticas que tendem a homogeneizar as diferenças em busca de um padrão de distribuição

de bens e serviços se sobreponham à necessidade de contemplar as necessidades de grupos minoritários, cujas características tornam difícil seu enquadramento puro e simples em políticas de igualdade. O multiculturalismo, nesse sentido, aparece como um esteio teórico para que se ultrapasse a ideia de tolerância à diversidade em direção às ideias de reconhecimento e respeito às diferenças.

A SGEP, enquanto um ator que incorpora no âmbito de suas políticas de equidade, práticas e processos educacionais, tem potência para articular e formular ações intersetoriais junto ao Ministério da Educação. Esta articulação visaria à incorporação, no âmbito dos projetos de reforma curricular, das categorias centrais à compreensão dos processos que tornam certas populações mais vulneráveis, em especial, aquelas alocadas na condição de diferença a partir de identidade hegemônica.

No âmbito da saúde, ampliar sua participação em ações de educação permanente, colocando o trabalho em saúde como centro da problematização das necessidades ou problemas do conhecimento, em especial aqueles que ajudam

a compreender como as relações de trabalho podem auxiliar a melhorar o acesso e a qualidade do cuidado prestado às populações vulneráveis.

No campo das ações de educação continuada, incorporar, sempre que possível e necessário, a diversidade dos temas que estão na base da construção da diferença;

Por fim, desenvolver iniciativas de qualificação para os trabalhadores do SUS e do controle social no conjunto de ações estratégicas das políticas de atenção integral a populações vulneráveis.

No âmbito das teorias educacionais, a leitura dos teóricos pós-críticos da educação pode contribuir para a valorização de um conjunto de categorias, como identidade e diferença; alteridade; subjetividade; cultura; significação e discurso; representação e multiculturalismo.

Por fim, pode-se destacar que embora a arquitetura das políticas dirigidas aos grupos vulneráveis tenha sido semelhante, o desenvolvimento das ações tem um ritmo diferenciado de implementação. As consequências destas políticas têm variado muito no que diz respeito à incorporação de maior poder de decisão por parte dos grupos vulneráveis.

Colaboradores

SAV Siqueira, E Hollanda e JIJ Motta participaram de todas as fases da produção do artigo.

Referências

- Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade e equidade no SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* 2010; 12(2):109-114.
- Braveman P. Health disparities and health equity. *Annual Rev Public Health* 2006; 27:167-194
- Gohn MG. *Teorias dos movimentos sociais. paradigmas clássicos e contemporâneos*. 11ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2014.
- Alonso A. As teorias dos movimentos sociais. *Lua Nova* 2009; 76:49-86.
- González RS. Dossiê os anos Lula. A política de Promoção de Direitos Humanos no governo Lula. *Revista Debates* 2010; 4(2):107-135.
- Brasil. Ministério do Planejamento e Gestão (MPG). *Plano Plurianual 2004-2007*. Brasil: MPG; 2004.
- Ciconello A. Os avanços e contradições da Política de Direitos Humanos no Governo Lula. Paula M, organizador. "Nunca antes na história desse país"...?: um balanço das políticas do governo Lula. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll; 2011. p. 76-98.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Políticas de promoção da equidade em saúde*. Brasília: MS; 2013.
- Costa AM. Promoção de Equidade em saúde para a população negra. *Boletim do Instituto de Saúde* 2011; 13(2):100-106.
- Choo HY, Ferree MM. Practicing intersectionality in sociological research: a critical analysis of inclusions interactions and institutions in the study of inequalities. *Sociological Theory* 2010; 28(2):129-149.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). SGE. Atas de Reuniões da CIT. [2016 jun 29]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
- Howlett M, Goetz KH. Introduction: time, temporality and timescapes in administration and policy. *International Review of Administrative Sciences* 2014; 80(3):477-492.
- Avritzer L. Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação: Da Autorização à Legitimidade da Ação. *DADOS* 2007; 50(3):443-464.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). SGE. *Relatório de Gestão 2015. Conselho Nacional de Saúde. Ata da 281ª Reunião*. Brasília: MS; 2016.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Atas de reuniões do Conselho. [2016 jun 29]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br>
- Abers R, Serafim L, Tabagiba L. Repertórios de Interação Estado-Sociedade em um Estado Heterogêneo: A Experiência na Era Lula. *Dados* 2014; 57(2):325-357.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Informações Básicas Estaduais*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Avanços e Desafios da Transversalidade nas políticas públicas federais voltadas para as minorias. In: IPEA. *Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas*. Brasília: IPEA; 2009. V.3. p. 779-797.
- Peters G. *Managing horizontal government. The politics of coordination*. Ottawa: Canadian Centre for Management Development; 1998. (Research Paper No. 21).
- Almeida MG, Barbosa DRM, Pedrosa JIS. Trilha da Iniquidade: Saúde de Povos Ciganos e Políticas Públicas no Brasil. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* 2013; 4(3):1116-1129.
- Woodward K. Identidade e Diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Silva T, organizadores. *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Editora Vozes; 2011. p. 7-72.
- Martucelli D. As contradições políticas do multiculturalismo. *Revista Brasileira de Educação* 1996; 2(Maio/Jun/Jul/Ago).
- Santos BS. Dilemas de nosso tempo: Globalização, Multiculturalismo e Conhecimento. *Currículo sem Fronteiras* 2003; 3(2):5-23.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Relatório do I Seminário Nacional de Saúde LGBT Brasília 24 a 26 de novembro de 2013*. Brasília: MS; 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Relatórios de Gestão 2012 a 2015*. Brasília: MS; 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. *Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. Brasília: MS; 2014.
- Cruz ICF. Que falta faz uma área técnica de saúde da população negra no Ministério da Saúde. *Revista ABPN* 2013; 5(9):163-171.
- Pereira CF. Notas sobre a trajetória das políticas públicas de direitos humanos LGBT no Brasil. *RIDH* 2016; 4(1):115-137.
- Majone G, Wildavsky AL. La implementación como evolución. In: Pressman JL, Wildavsky A, organizadores. *Implementación: como grandes expectativas concebidas en Washington se frustran in Oakland*. México: Fondo de Cultura Económica; 1998. p. 263-277.
- Sabatier PA. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. *Policy Sciences* 1988; 21:129-168.

Artigo apresentado em 20/06/2016

Aprovado em 12/09/2016

Versão final apresentada em 07/12/2016