



Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Ciências Humanas - IH
Departamento de Serviço Social - SER
Programa de Pós Graduação em Política Social

Esdras Daniel dos Santos Pereira

**Participação social e a construção da equidade em saúde:
O Conselho Nacional de Saúde e Direitos da População - LGBT**

Brasília - 2011

Esdras Daniel dos Santos Pereira

**Participação social e a construção da equidade em saúde:
O Conselho Nacional de Saúde e Direitos da População - LGBT**

Dissertação apresentada ao Mestrado em
Política Social do Departamento de Serviço
Social da Universidade de Brasília como
requisito parcial à obtenção do grau de
Mestre

Orientadora: Dr^a. Marlene Teixeira Rodrigues

Brasília - 2011

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília.
Acervo 988690.

Pereira, Esdras Daniel dos Santos.

P436p Participação social e a construção da equidade em saúde: o Conselho Nacional de Saúde e direitos da população LGBT / Esdras Daniel dos Santos Pereira. - -2011.

90 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, 2011.

Inclui bibliografia.

Orientação: Marlene Teixeira Rodrigues.

1. Participação social. 2. Política de saúde. 3. Minorias sexuais.
I. Rodrigues, Marlene T. - (Marlene Teixeira). II. Título.

CDU 351.77

SIGLAS

CNS – Conselho Nacional de Saúde

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Travestis

GLBT – Gays, Lésbicas , Bissexuais, Transgêneros e Travestis

Movimento LGBT - Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

MS – Ministério da Saúde

ABGLT - Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais

LBL - Liga Brasileira de Lésbicas

CNTSS - Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social

ONG-AIDS – Representação das Organizações Não Governamentais de AIDS.

CONTAG - Confederação Nacional dos Trabalhadores Agrícolas

CONASS -Conselho Nacional de Secretários de Saúde

MORHAN - Movimento de Reabilitação de Portadores de Hanseníase

ACELBRA - Associação dos Celíacos do Brasil

CNBB - Confederação Nacional dos Bispos do Brasil

Resumo

A presente pesquisa tem por objeto o processo de materialização da participação social na política de saúde, particularmente no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as questões postas nessa instância por novos sujeitos coletivo estabelecendo a relação entre a inserção de novos atores e o processo de formulação política.

A compreensão de como ocorre a abertura deste espaço à representação destes segmentos e a o processo de permeabilização a novas pautas ainda é um processo pouco descrito. O presente estudo abordou tais questões tendo como foco a inserção do Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Movimento LGBT) no espaço do CNS. A representação da população LGBT no CNS, como representação do segmento de usuários ocorreu a partir do ano de 2006, juntamente com a incorporação de representações das populações negra, do campo e da floresta e a representação estudantil.

A opção por esta população justifica-se pelo ineditismo de sua representação em espaços desta qualidade, pelo recém aporte de políticas e ações governamentais destinadas a este segmento, e por seu conjunto de pautas e demandas em saúde expressarem muitas vezes o rompimento com a centralidade clínica - epidemiológica na construção das políticas de saúde, o que significa o reconhecimento de outras formas de adoecimento e de perda da qualidade de vida não causadas apenas pelos agentes patogênicos, mas por condições sociais.

Buscou ainda resgatar a categoria equidade em saúde enquanto princípio basilar que para além da igualdade, apresenta o imperativo ético de contemplar aspectos diferenciais em relação à pluralidade da população que o utiliza considerando os determinantes sociais da saúde (DSS). Nesse sentido, esta pesquisa apreende a equidade em saúde como categoria que ganha novos significados e dimensões no exercício da participação social em saúde.

A presente análise demonstrou que as pautas e reivindicações em saúde da população LGBT tornaram-se parte do discurso e produção do CNS, não só pela fala dos próprios representantes LGBT, mas de representantes de outras origens e segmentos.

Por fim apresenta os resultados da análise documental das atas do CNS no período de 2004 a 2008 caracterizando a inserção da representação LGBT e os desdobramentos relacionados às demandas LGBT em saúde.

Palavras chave: Participação Social, Equidade em saúde , LGBT .

Abstract

This research is about the process of the materialization of social participation in health policy, particularly in the National Health Council (CNS) and the questions presented in this instance by establishing a new collective subject between the introduction of new actors and the process of policy formulation.

The mechanisms involved the opening of this space to the representation of new segments and segments, and the process of permeabilization of new guidelines is still a process not described. The present study addressed these issues by focusing on the insertion of the Movement for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT movement) within the CNS. The representation of LGBT people in the CNS, as a representation of the user segment occurred from the year 2006, together with the incorporation of another representations like black populations and student representation.

The choice for this population is justified by the uniqueness of their representation in public health area, the contribution of new government policies and actions aimed at this segment, and its set of guidelines and health care needs that often express the break with the epidemiologic clinical centralization in the construction of health policy, which means the recognition of other forms of illness and loss of quality of life not only caused by pathogens, but by social conditions.

It also sought to rescue the category equity in health as the overarching principle that in addition to equality, has the ethical imperative to consider the distinguishing features in relation to the plurality of the population that uses it, considering the social determinants of health (SDH). Thus, this survey captures equity in health as a category that has gained new meanings and dimensions in the exercise of social participation in health.

This analysis showed that the agendas and demands on health of LGBT people have become part of speech and production of the CNS, not only for the speech of LGBT own representatives, but representatives from other countries and segments.

Finally presents the results of document analysis of the minutes of the CNS in the period 2004 to 2008 featuring the inclusion of LGBT representation and developments related to LGBT health. demands.

Keywords: Social participation, Equity in health, LGBT movement .

Sumário

Introdução.....	8
Caminhos e escolhas metodológicas para organização e análise dos dados	16
Características das atas e materiais estudados.	16
Capítulo I - Estado, Cidadania e Direito à Saúde no Brasil	18
1.1 A Participação Social no contexto do direito à saúde	19
1.2 O Movimento Sanitarista e a construção da saúde enquanto direito.....	21
1.3 O Conselho Nacional de Saúde no contexto do sistema de saúde brasileiro.....	24
1.4 (Des)Caminhos da participação social em saúde no Brasil em tempos neoliberais	26
Capítulo II - Participação Social e Equidade em Saúde	31
2.1 Equidade: uma categoria em construção	33
2.1.1 Polissemia da equidade no campo saúde.	34
2.2 Equidade e participação social na política de saúde do Brasil	37
2.3 O Movimento LGBT e a participação social em saúde	45
Capítulo III O Movimento LGBT no Conselho Nacional de Saúde – equidade na participação e no controle democrático.....	52
3.1 Conflitos e consertações em torno da (re)composição do CNS.....	52
3.2 Ampliação do número de vagas e diversificação das representações no CNS.	54
3.3 Impasses e Dilemas na categorização de novos sujeitos coletivos no sistema de representação do CNS	56
3.4 A inclusão de representações de novos sujeitos coletivos no CNS - o movimento LGBT	60
3.4.1 O pleito de inclusão da representação LGBT.....	63
3.4.2 Identidades e temáticas referentes à população LGBT.....	66
3.4.3 Orientação Sexual – da polissemia à reivindicação	74
3.4.4 Orientação Sexual enquanto temática do CNS	76
Conclusões	81
Referências Bibliográficas	85

Introdução

A pesquisa de que trata o presente trabalho, denominada “Participação social e a construção da equidade em saúde – o Conselho Nacional de Saúde e Direitos da População LGBT” foi realizada para a obtenção da titulação do curso de Mestrado em Política Social – Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, no período de 2008 a 2010.

Seu objeto é o processo da participação social na política de saúde, que se materializa no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as questões postas nessa instância por novos sujeitos coletivos, que remetem ao tema da equidade. Trata-se, portanto de uma análise sobre participação social institucionalizada, ou seja, aquela referente a espaços públicos formalizados com objetivos, regras de funcionamento e composição definidos por instrumento normativo ou legal que o vinculam à política de saúde. Esta caracterização institucional encontra-se embasada no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 que trata a participação da comunidade como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo posteriormente regulado pela lei 8142/90 que determina como instâncias colegiadas os conselhos e conferências.

As práticas de participação da sociedade civil brasileira nos espaços públicos relacionados à saúde, passados mais de 20 anos de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), têm evidenciado que o processo de construção democrática é contraditório e fragmentado e não linear (PINHEIRO, 2004). O que justifica a opção por estudar tal instância. As funções, formulações e o processo político do CNS refletem diretamente o desenvolvimento da saúde enquanto direito no Brasil, significando para as políticas sociais um exemplo histórico de espaço promotor de novas formas de gestão e de elaboração política.

Os conselhos e conferências de saúde são espaços legítimos de participação social. A partir do aumento e diversificação da participação social aumenta-se também a influência dos interesses populares nos poderes decisórios e por conseqüência amplia-se ou qualifica-se os serviços e a política de saúde. Assim, o presente estudo busca estabelecer a relação entre a inserção de novos atores e o processo de formulação política do CNS.

O processo de abertura e permeabilização do Conselho Nacional de Saúde à representação destes segmentos e às novas pautas ainda é pouco analisado,

configurando-se assim em um problema de pesquisa capaz de motivar novos olhares a respeito da participação social nas políticas públicas.

O presente estudo aborda tais questões tendo como foco específico a inserção do Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Movimento LGBT) no espaço do CNS. A representação da população LGBT no CNS, como representação do segmento de usuários ocorreu a partir do ano de 2006, juntamente com a incorporação de representações das populações negra, do campo e da floresta e a representação estudantil. Essa inserção articula-se à emergência de novas temáticas referentes ao campo da saúde e à mobilização de sujeitos coletivos demandantes de pautas específicas em saúde. Nesse estudo se buscou verificar a inserção das pautas trazidas por essa nova representação política na agenda do Conselho.

Nesta perspectiva a opção tomada foi estudar a inserção das pautas e demandas da representação de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT) e sua participação no CNS. Esta opção justifica-se pelo ineditismo de sua representação em espaços desta qualidade, pelo recém aporte de políticas e ações governamentais destinadas a este segmento, e por seu conjunto de pautas e demandas em saúde expressarem muitas vezes o rompimento com a centralidade clínica - epidemiológica na construção das políticas de saúde, o que significa o reconhecimento de outras formas de adoecimento e de perda da qualidade de vida não causadas apenas pelos agentes patogênicos, mas por condições sociais.

Esta centralidade muitas vezes não permite o olhar crítico sobre a saúde enquanto fenômeno social. Este estudo busca a partir do reconhecimento das demandas em saúde LGBT, resgatar elementos necessários à construção da saúde enquanto direito universal, dentre os quais reafirma a necessidade da epidemiologia crítica enquanto norteador de políticas públicas de saúde.

A perspectiva que fundamenta este estudo reconhece que existem desafios e avanços inerentes à participação social e que a saúde brasileira é um campo político de disputas de diferentes perspectivas e interesses. O exercício do controle social/controlé democrático¹ é nesse sentido, uma forma privilegiada de ampliação da visibilidade dos movimentos sociais. (SPOSATTI, 1992).

¹ Os textos produzidos no campo da saúde coletiva utilizam em sua maioria a terminologia controle social referenciando-se aos mecanismos, espaços e processos de participação da sociedade civil enfatizando o exercício da democracia representativa. Entretanto neste mesmo campo de produção existem críticas ao termo controle social como a apresentada em FLEURY (1997, p. 95) que afirma que "Apropriado pelo senso comum no contexto brasileiro da luta contra o Estado autoritário, o termo controle

O resgate da categoria equidade em saúde ancora-se no entendimento de que a equidade, princípio basilar de um sistema universal que para além da igualdade, apresenta o imperativo ético de contemplar aspectos diferenciais em relação à pluralidade da população que o utiliza considerando os determinantes sociais da saúde (DSS)². Nesse sentido, esta pesquisa apreende a equidade em saúde como categoria que ganha novos significados e dimensões no exercício da participação social em saúde.

Este estudo analisou a dinâmica do Conselho Nacional de Saúde em relação à representação desses novos sujeitos coletivos. Buscou-se conhecer e analisar a inserção de temáticas e demandas expressas pelo movimento social representante da população LGBT. A partir da análise da relação entre as pautas e formulações do CNS e as demandas do Movimento LGBT verificou-se a permeabilidade do CNS à novas demandas, - seja pelo debate, recusa ou incorporação das demandas e da agenda de luta deste movimento, nas propostas e deliberações do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivou ainda examinar o potencial da categoria equidade em saúde, enquanto elemento central dos processos de participação social e do reconhecimento das iniquidades em saúde, como componente fundamental para a efetivação do direito universal à saúde.

Partiu-se da premissa que o aumento da participação social aumenta também a influência dos interesses dos grupos representados nos poderes decisórios. O que tende a fazer com que os serviços e a política de saúde sejam ampliados ou qualificados. A hipótese então foi que a introdução de novas representações em espaços decisórios, como no caso do CNS, em 2006, apresenta potencial mudança no processo de formulação de políticas, sobretudo no estabelecimento de diretrizes para a política de saúde.

social adquire, não sem razão, forte conotação maniqueísta e instrumental. Maniqueísta porque tanto o Estado quanto a sociedade são destituídos das complexas relações sociais neles embutidas, e rebaixados a entes homogêneos, animados por vocações distintas. O Estado, vilão, identificado com interesses privatistas e práticas excludentes, usurpador do interesse público; a sociedade, vítima, identificada com os interesses coletivos, excluída da decisão pública. Instrumental porque tratava-se, então, de estabelecer estruturas ou mecanismos capazes de funcionar como instrumentos da sociedade para controlar o Estado.

Entretanto outras produções no campo das políticas sociais apresentam a terminologia de controle democrático para expressar a constituição de espaços de concertação e regulação, pelos cidadãos, do Estado e de instituições da sociedade, com vista à ampliação da democracia PEREIRA (2005). Neste trabalho darei preferência à utilização do termo controle democrático por entender que o mesmo evita ambigüidades com outros conceitos da sociologia e por acreditar que o adjetivo “democrático” melhor caracteriza o assunto em questão.

² Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde estes “são fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” BUSS & PELLEGRINI (2008). Dahlgren e Whitehead (1991) afirmam que “a situação de saúde no país resultam basicamente das iniquidades geradas pelos determinantes da saúde” e que estas “iniquidades entre grupos e indivíduos são aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias”.

A base empírica desta reflexão consistiu assim na recente inserção de novas representações nos espaços de participação social do SUS, que afirmam o princípio da equidade no SUS em suas reivindicações pelo reconhecimento de suas diferenças e da iniquidade que marca o exercício do direito à saúde.

Compor uma categoria (ou conceito) a partir da reflexão dialética da realidade permite a construção de uma unidade indissociável dos elementos constituintes, o que traz o caráter de ineditismo, mesmo sendo este transitório e localizado. Assim a tarefa encampada nesse estudo foi definir categorias de análise intimamente ligadas aos processos reivindicatórios dos movimentos sociais em relação ao direito à saúde, que acarretam o surgimento de componentes estruturais dos termos participação social, equidade e direito à saúde (MARTINS, 2006).

A reflexão dialética permite resgatar a construção dessas categorias - equidade em saúde e participação social - buscando assim estabelecer as bases para a análise da inserção das demandas/pautas LGBT no espaço do Conselho Nacional de Saúde.

Está análise demonstrou que determinadas pautas e reivindicações em saúde da população LGBT tornaram-se parte do discurso e produção do CNS, não só pela fala dos próprios representantes LGBT, mas de representantes de outras origens e segmentos. Destaca-se nesse contexto, dentre os resultados da pesquisa, a importante participação desses outros conselheiros para a inserção de novas representações no CNS. No caso a inserção da representação LGBT no CNS, especificamente, foi a representação feminista, que já se apresentava devidamente inserida no CNS, que levou tal reivindicação para discussão. Outro destaque é a incorporação pelo conjunto de políticas temáticas apresentadas pelo Ministério da Saúde no CNS de proposições relacionadas à orientação sexual.

O primeiro capítulo deste trabalho apresenta uma análise sobre o Estado e a construção do direito à saúde no Brasil, resgatando elementos históricos que deram ao SUS as características atualmente vigentes.

No segundo capítulo discute-se a categoria equidade enquanto elemento inerente ao processo de reconhecimento de demandas em saúde tendo como foco a inserção do Movimento LGBT nos espaços participativos.

No terceiro capítulo após a apresentação da metodologia da pesquisa se discute os resultados da análise documental das atas do CNS no período de 2004 a

2008 caracterizando a inserção da representação LGBT e os desdobramentos relacionados às demandas LGBT em saúde.

Por fim, nas considerações finais, destaca-se a necessidade de reflexões acerca dos entraves existentes em espaços institucionais de participação social e debate-se a necessidade de um novo olhar sobre a universalidade enquanto princípio que ganha materialidade com o reconhecimento das especificidades, ou seja, uma universalidade orientada pela equidade em exercício.

Caminhos e escolhas metodológicas para organização e análise dos dados

Na busca pela estruturação do arcabouço teórico da presente pesquisa realizou-se levantamento bibliográfico acerca do tema participação social, Estado e cidadania e equidade em saúde, configurando assim o conjunto de capítulos anteriores às análises e resultados da pesquisa.

O percurso metodológico adotado neste estudo foi de natureza quanti-qualitativa e se insere na perspectiva da análise documental. Para esta realização foram realizadas algumas etapas de coleta, organização e análise dos dados.

O norte para este processo foi a busca pelo conjunto de intervenções do movimento LGBT no espaço do CNS. Como ponto de partida para a seleção do material a ser examinado tendo em vista conhecer como as temáticas LGBT se expressam no CNS, optou-se pelo desenvolvimento de uma pesquisa com recorte temporal, definindo-se como ponto de corte, o período compreendido entre os dois anos anteriores à inserção da representação LGBT no CNS e os dois primeiros anos de efetiva participação das representações dessa população. Ou seja, entre os anos de 2004 e 2008.

Este recorte se justifica pela necessidade de conhecimento do comportamento das temáticas relacionadas à população LGBT que são realidade do debate no campo saúde mesmo antes da inserção deste movimento no CNS. O estabelecimento do panorama inicial de um tema ou assunto e suas modificações pós inserção do movimento LGBT é um dos elementos que orientam a metodologia aqui desenvolvida.

Definiu-se que os materiais a serem coletados e estudados seriam o conjunto de atas de reuniões do CNS correspondentes ao período supracitado.

A metodologia é entendida como o caminho e a forma de abordagem da realidade. O estudo ora apresentado foi de natureza qualitativa numa abordagem descritiva, exploratória e analítica crítica. Essa opção decorreu deste tipo de abordagem privilegiar aspectos que não podem ser quantificados por meios estatísticos, trabalhando com significados, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos envolvidos no processo de pesquisa (MINAYO, 2007). A abordagem qualitativa pressupõe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma dependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTTI, 1991). O estudo descritivo busca descrever características de determinada população ou fenômeno (GIL, 1995).

Em termos instrumentais e técnicas optou-se pela análise documental, tendo como material empírico as atas do CNS e o conjunto de produções das entidades LGBT com inserção no referido Conselho. Neste tipo de procedimento cabe ao pesquisador fazer uma interpretação dos dados por meio de uma contínua reflexão à luz de um referencial teórico (CRESWELL, 2007).

O procedimento metodológico adotado neste trabalho pretendeu viabilizar a análise da relação entre as pautas e formulações do CNS e as demandas do Movimento LGBT. Buscou-se assim verificar a permeabilidade do CNS à novas demandas, verificando o debate, recusa ou incorporação das demandas e da agenda de luta deste movimento nas propostas e deliberações do Conselho Nacional de Saúde .

Pretendeu-se ademais estabelecer um panorama inicial de análise a partir do qual se caracteriza a dinâmica instaurada neste espaço, frente à demandas referentes ao movimento LGBT. Ressalta-se que tal verificação incluiu a elaboração de um quadro descritivo, a partir do qual a análise buscou desvendar elementos constituintes desta dinâmica.

A abordagem qualitativa em pesquisa responde a questões muito particulares, focalizando um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, atendo-se a fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2001).

A análise do material empírico permitiu seu agrupamento de acordo com as temáticas identificadas nos documentos, campanhas, deliberações em espaços de participação e demais formulações das entidades ocupantes da vaga destinada ao movimento LGBT, no caso a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais,

Travestis e Transexuais – ABGLT e a Liga Brasileira de Lésbicas (LBL), ambas titulares da vaga no CNS. Essas temáticas foram utilizadas na análise documental das atas e resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Assim a pesquisa tratou de desenvolver uma análise documental do acervo de atas do Conselho Nacional de Saúde e dos documentos disponíveis nos portais de entidades representativas da população LGBT, com assento no CNS. Realizou-se inicialmente o levantamento das atas de reuniões ordinárias e extraordinárias disponíveis na página eletrônica do CNS. (http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_09.htm) com base no recorte temporal, anteriormente estabelecido.

O quadro quantitativo de atas referentes às reuniões ocorridas de 2004 a 2008 encontra-se assim estabelecido:

Ano	Nº de reuniões ordinárias	Nº de reuniões extraordinárias
2004	12	01
2005	12	01
2006	07	04
2007	12	02
2008	12	03
Total de atas analisadas	55	11

Foi realizado levantamento do conjunto de produções, campanhas e deliberações disponíveis na página eletrônica da ABGLT (www.abglt.org.br) e LBL (www.lbl.org.br) bem como o conjunto de deliberações disponíveis em relatórios de conferências temáticas como a Conferência Nacional de Saúde, Conferência Nacional LGBT, Seminário Nacional Saúde LGBT, Seminário Nacional Diversidade de Sujeitos e Igualdade de Sujeitos no SUS.

A análise destes documentos permitiu a configuração dos “termos de busca” a serem utilizados na análise do conjunto de atas do Conselho Nacional de Saúde. Dada a característica de disponibilização das atas das reuniões do CNS utilizou-se o programa WORD do pacote Microsoft Office 2003 que conta com a ferramenta localizar, aqui utilizada para verificar a presença de termos de busca.

Os termos de busca justificam-se como palavras freqüentemente atribuídas à temática LGBT, identificadas a partir da leitura das atas das reuniões do CNS e a partir do reconhecimento das demandas em saúde desta população. Essa primeira

busca permitiu verificar a freqüência de temas que versam diretamente sobre a população LGBT na forma como estes são expressos.

Mesmo compreendendo que há outros temas relacionados à saúde que pertencem e afetam diretamente a saúde da população LGBT, optou-se por esta delimitação como forma de caracterizar a inserção da representação LGBT no CNS e de como as temáticas diretamente relacionadas a esta representação são apresentadas e debatidas.

O conjunto de termos de busca elencados permitiu abarcar outros temas diversos como exemplo AIDS e DST extraindo do conjunto de documentos apenas os debates tocantes à população LGBT inerentes a este temas.

Ao utilizar o nome dos conselheiros de saúde representantes dos Movimentos Nacionais LGBT como termo de busca a partir de 2006, pretende-se a verificação do trânsito dessas representações por outros temas e a percepção de sua inserção no conjunto de atividades cotidianas do CNS como composição de grupos de trabalho e comissão, representação do CNS em espaços externos dentre outras ações. Esta utilização justifica-se ainda pelo formato de elaboração das atas do CNS que não permitem a identificação da origem (segmento representado) dos conselheiros falantes.

A tabela abaixo ilustra os termos de busca utilizados e a justificativa para sua utilização.

Termo de Busca	Justificativa
Homossexual	Termo utilizado nas reuniões do CNS conforme verificado em ata.
Gay	Termo utilizado nas reuniões do CNS conforme verificado em ata. Termo de auto-designação verificado nas produções do Movimento LGBT.
Lésbica	Termo utilizado nas reuniões do CNS conforme verificado em ata. Termo de auto-designação verificado nas produções do Movimento LGBT.
Travesti	Termo utilizado nas reuniões do CNS conforme verificado em ata. Termo de auto-designação verificado nas produções do Movimento LGBT.
Transexual	Termo utilizado nas reuniões do CNS conforme verificado em ata. Termo de auto-designação verificado nas produções do Movimento LGBT.

Orientação Sexual	Termo utilizado nas reuniões do CNS conforme verificado em ata.
Transgênero	Termo de auto-designação verificado nas produções do Movimento LGBT.
GLBT	Termo de auto-designação verificado nas produções do Movimento LGBT.
LGBT	Termo de auto-designação verificado nas produções do Movimento LGBT.
Homofobia	Termo oriundo do conjunto de demandas em saúde verificado nas produções do Movimento LGBT
Carmen Lúcia Luiz	Termo de busca utilizado a partir de setembro de 2006, oriundo da ata da Trigesima Terceira Reunião Extraordinária do CNS que tratou da posse dos novos conselheiros para o triênio 2006/2009. Nesta reunião estabeleceu-se a Conselheira (T) como titular da vaga de representante dos Movimentos Nacionais de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, estando esta vinculada à Liga Brasileira de Lésbicas
Edvaldo José de Souza	Termo de busca utilizado a partir de setembro de 2006, oriundo da ata da Trigesima Terceira Reunião Extraordinária do CNS que tratou da posse dos novos conselheiros para o triênio 2006/2009. Nesta reunião estabeleceu-se a Conselheira (T) como titular da vaga de representante dos Movimentos Nacionais de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, e o nome em questão enquanto suplente, estando este vinculado a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais –ABGLT.
Edson Rodrigues de Lima,	Termo de busca utilizado a partir de setembro de 2006, oriundo da ata da Trigesima Terceira Reunião Extraordinária do CNS que tratou da posse dos novos conselheiros para o triênio 2006/2009. Nesta reunião estabeleceu-se a Conselheira (T) como titular da vaga de representante dos Movimentos Nacionais de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, e o nome em questão enquanto suplente, estando este vinculado a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais –ABGLT.

Características das atas e materiais estudados.

O conjunto de atas do CNS configura-se como fonte secundária de informação com peculiaridades que precisam ser explicitadas para a compreensão das análises e associações aqui realizadas.

Em primeiro lugar é preciso destacar que o texto das atas não constitui a totalidade das falas dos sujeitos e não corresponde a transcrições ou compilações de falas integrais. Falas integrais somente constituem ata se assim for solicitado pelo autor da fala. As falas componentes das atas apresentam caráter resumido e de

interpretação dos relatores que buscam sistematizar o conjunto de idéias que compõem cada fala.

Esta metodologia busca facilitar o entendimento das discussões e favorece a celeridade do processo deliberativo, entretanto em termos de constituição deste material como fonte para análises científicas torna-o passível de distorções.

Em cada fala é atribuído o nome do autor da fala sem vinculações à entidade pertencente. Somente os falantes institucionais apresentam prévia denominação de origem, geralmente sendo citado o órgão público de origem. O mesmo procedimento é adotado para convidados externos responsáveis pela apresentação de temas. Por vezes o autor da fala é identificado como “conselheiro (a)” sem que, no entanto seja possível a identificação de sua entidade de origem ou condição (titular ou suplente).

No intuito de facilitar o processo de análise documental o autor desta pesquisa incluiu a origem de representação (entidade vinculada) de cada um dos falantes citados e atribuiu uma legenda que permite ocultar o nome do conselheiro(a) configurando uma lista, sendo estes os únicos tratamentos dados ao texto original. Este tratamento pretende atender as exigências da ética em pesquisa e facilitar o processo de análise das falas a partir do reconhecimento de sua origem representativa.

Mesmo apresentando ordem de pauta definida e coordenada, durante as reuniões ocorrem modificações de assunto ou tema no decorrer de temas específicos. Como exemplo ilustrativo, existem informes de eventos ou realizações das entidades componentes do CNS que são expressos ao longo de outros pontos de pauta mesmo contando com o espaço de “Informes” em cada reunião. Esta flexibilidade por vezes torna árdua a tarefa de estruturação de encaminhamentos pelos próprios relatores e dificulta sobremaneira o processo de análise documental aqui desenvolvido.

Passemos então ao exame das questões relacionadas à inserção da representação LGBT, suscitadas no CNS. Constituiu objeto de análise também, os desdobramentos relacionados às demandas LGBT em saúde no referido espaço.

Capítulo I - Estado, Cidadania e Direito à Saúde no Brasil

A materialização da saúde enquanto direito ultrapassa o âmbito estritamente jurídico-legal. Assim, é preciso enxerga-lá como campo capaz de re-significar a democracia e de influenciar na construção de uma gestão, menos burocrática, mais participativa e referenciada nas demandas reais da sociedade.

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, quando da Declaração Universal dos Direitos do Homem. No Brasil, esse processo de constituição da saúde enquanto direito, esteve inicialmente ligado à luta contra a ditadura militar instaurada em 1964. Parte integrante de um amplo movimento nacional pela redemocratização do país e pela instituição de uma nova configuração de Estado em busca da garantia dos direitos fundamentais tendo por referência central, a perspectiva de Estado de Bem Estar Social implementada em países europeus.

Coutinho (2005) alerta para o fato de que os direitos são fenômenos sociais resultados da história e não algo naturalmente dado. Este alerta vale também para as políticas sociais uma vez que não há naturalidade em sua constituição e pode-se afirmar que no contexto capitalista conceitos como benevolência e solidariedade não são válidos.

As políticas sociais são produto da luta e da correlação de forças entre as classes sociais no Estado. Como materialidade deste trânsito de forças (sendo proposta pela classe dominante como elemento conciliador) ou de um “princípio para a ação”, só tem sentido se quem o utiliza acreditar que deve (política e eticamente) influir numa realidade concreta que precisa ser mudada. (PEREIRA, 2008).

O presente capítulo busca estabelecer a relação entre Estado, cidadania e a construção do direito à saúde, apontando a intrínseca relação entre a reivindicação social e o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro. Trata ainda de caracterizar o Conselho Nacional de Saúde enquanto espaço protagonista da história do direito à saúde no Brasil e enquanto parte da complexa estrutura de Estado.

1.1 A Participação Social no contexto do direito à saúde

A noção de participação social não apresenta perspectiva única, sendo-lhe atribuídos valores e conceitos diversos na ciência política e no campo saúde. Tratando-se de participação social institucionalizada, esses significados variam desde a garantia da escuta, consulta à população, defesa dos direitos dos consumidores até o envolvimento ativo de participantes representando interesses em espaços de formulação da política, como comitês e conselhos (CORTÊS 2009).

Na perspectiva do Movimento da Reforma Sanitária, que fundamenta o Sistema Único de Saúde, a participação social é elemento fundante da constituição da saúde enquanto política pública, sobretudo na sua conformação em direito universal, sendo parte determinante do desenvolvimento de discursos, políticas e ações. A materialização da participação social na forma de conselhos e conferências é uma inovação institucional, que se pretende capaz de induzir mudanças nas estratégias de organização e na ação de atores sociais individuais ou coletivos (CORTÊS 2009).

A trajetória do tema da participação social na saúde tem raízes históricas nos anos 1950 e 1960, tendo sido legitimado pela Declaração de Alma Ata, cujo lema “Saúde Para Todos no Ano 2000”, foi afirmado como meta em 1978. Tal meta orientou a Organização Mundial da Saúde - OMS, que passou a convocar e a disseminar a participação comunitária como estratégia para melhorar a saúde. Essa concepção de participação social estava vinculada à extensão da cobertura de ações de saúde, convocando e integrando a co-responsabilidade da comunidade pela saúde.

Avritzer (2009) aponta que até os anos 1980 o Brasil pode ser caracterizado como um país com “baixa propensão participativa” e associa este fenômeno às formas verticais de organização da sociabilidade política, tais como a concentração do poder na propriedade da terra e a ploriferação do clientelismo no interior do sistema político.

É possível situar o início da discussão mais sistemática sobre participação popular nos anos 30 e 40 deste século, em relação estreita com o surgimento das políticas públicas. O termo políticas públicas se refere à participação do Estado na montagem da infra-estrutura necessária à superconcentração de atividades produtivas nas grandes metrópoles brasileiras (Moisés, 1985 apud Valla, 1998, p.8).

Afirma que, a partir de meados dos anos 1970, pode ser verificado o surgimento de uma “sociedade civil autônoma e democrática” expresso pelo aumento no número de associações civis em especial as de caráter comunitário, com marcado caráter voluntário, que expressavam a reavaliação da idéia de direitos, a defesa de autonomia de organização em relação ao Estado e a defesa de formas públicas de apresentação de demandas e negociação com Estado. Cabe ressaltar que o autor caracteriza tal expansão como concentrada inicialmente em grandes cidades da região Sul e Sudeste. Ou seja, a introdução e a expansão dos direitos sociais e dos direitos humanos no Brasil apresenta o diferencial de uma baixa profusão participativa tendo como marco temporal de expansão a luta contra a ditadura (AVRITZER, 2009).

Embora o direito à saúde tenha sido reconhecido internacionalmente em 1948, quando da Declaração Universal dos Direitos do Homem, no Brasil o processo de constituição da Saúde enquanto direito, ocorreu de forma diferenciada dos demais países. Este processo esteve inicialmente ligado à luta contra a ditadura militar instaurada em 1964, integrando um amplo movimento nacional pela redemocratização do país e pela instituição de uma nova configuração de Estado em busca da garantia dos direitos fundamentais, remetendo à perspectiva de Estado de Bem Estar Social implementada em países europeus.

O surgimento do denominado Movimento Sanitário, remete ao período de intensa repressão política, no qual mobilizações e reivindicações populares encontravam como resposta do governo o exílio, a tortura e a morte (SALZANO, 2002). Côrtes (2009) aponta que ao final do regime militar, as pressões por mais participação afetavam todas as áreas de políticas públicas no Brasil, demandando não só reorganizações institucionais setoriais, mas também a democratização do sistema político. Aponta ainda que já no final dos anos 1970 é possível identificar a formação de uma comunidade política³ que defendia a democratização do acesso a serviços combinada com a democratização da gestão em saúde e que usualmente é denominada por Movimento Sanitário ou Movimento Sanitarista.

³ A autora utiliza o termo “comunidade política” para denominar atores cuja natureza não permite a formalização da atividade de representação e cuja posição no contexto da política não pode ser determinada em relação ao Estado, ao mercado ou a sociedade. Afirma que estas comunidades se constituem a partir de suas relações com outros atores no interior de redes existentes em áreas específicas de políticas públicas, tendo por característica principal a efetiva integração de diferentes organizações ou instituições em um nível substantivo de decisão política, por meio da aceitação de uma visão de mundo. Côrtes (2009) p.32.

Assim, para o estabelecimento de uma análise sobre a constituição atual da participação social na política de saúde faz-se necessária uma caracterização deste movimento e da compreensão inicial da proposta de participação comunitária⁴.

Embora assumindo significados diversos ao longo do tempo, a que corresponderam padrões distintos de práticas sociais, o tema da participação esteve constantemente presente na retórica e na prática do movimento sanitário, atestando a íntima associação entre o social e o político que, no Brasil, tem caracterizado a agenda reformadora da saúde. Postulando a democratização do acesso a bens e serviços propiciadores de saúde, mas também a democratização do acesso ao poder, a agenda da reforma sempre teve nas propostas participativas a marca de sua preocupação com os “mecanismos de funcionamento” do Estado e não só com os “resultados redistributivos” de suas políticas (FLEURY, 1997, p.93).

1.2 O Movimento Sanitarista e a construção da saúde enquanto direito

O Movimento Sanitarista compreende uma ampla articulação entre setores populares, trabalhadores, políticos e acadêmicos, cujo projeto político apresenta características que se mostram fundamentais para a compreensão da constituição da saúde como direito e da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo FLEURY et al (1997):

- a) um referencial marxista que analisa a determinação do processo saúde/doença como componente do processo histórico de desenvolvimento do capitalismo;
- b) uma compreensão do Estado enquanto espaço de luta política e de materialização dos conflitos de classe, onde se reproduzem o embate entre saúde como direito e saúde como mercadoria;
- c) uma concepção de política social de caráter universal; e
- d) A introdução e constante afirmação de princípios fundantes da Medicina Comunitária com a busca de racionalidade para os serviços de saúde enfatizando-se noções outras como regionalização e hierarquização de serviços, participação comunitária, multiprofissionalidade.

Exemplo do protagonismo do Movimento Sanitarista, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, por ocasião do 1º Simpósio Sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, no ano de 1979, apresentou o documento denominado - A Questão Democrática na Área da Saúde. Apresentando um conjunto de

⁴ Reverência à terminologia constitucional que marca o princípio da institucionalização da participação social em saúde.

proposições do Movimento Sanitaristas, o documento caracterizava os grandes entraves da saúde brasileira à época, dentre eles seu caráter antidemocrático e a necessidade de criação de um Sistema Único de Saúde com ênfase na saúde enquanto direito social a ser organizado de forma descentralizada.

Em relação à perspectiva de democratização do país, o referencial marxista do Movimento Sanitarista é claro em sua perspectiva de modificação dos processos decisórios relacionados às instituições políticas no país, buscando a criação de novos espaços democráticos.

A proposta de uma via democrática para um socialismo democrático feita por Poulantzas consiste em transformar, fortalecer e/ou criar os centros de resistência difusos, que as massas sempre tiveram no seio das redes estatais, em centros efetivos de poder, o que não significa uma sucessão progressiva de reformas, mas um movimento de rupturas reais da relação de forças no interior do Estado. Para tanto, trata-se de fugir da perspectiva de uma luta interna nos aparelhos do Estado tanto quanto de uma estratégia de luta fisicamente exterior a estes aparelhos, para pensar uma estratégia frontal de poder dual: lutas populares de movimentos e proliferação de democracia direta na base, acompanhadas da constituição de núcleos reais de poder popular no seio do Estado (o que não se confunde com uma via eleitoral ou parlamentar) (CÔRTEZ, 1997 p.32).

Estes elementos ganham concretude no interior do Movimento Sanitarista e passam a ter visibilidade na política pública nacional por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esta conferência significou o primeiro espaço de participação social ampliada na discussão e elaboração de um projeto de saúde para o Brasil, onde se destaca a busca pela caracterização da responsabilidade do Estado em prover bens e serviços de saúde:

A questão que talvez mais tenha mobilizado os participantes e delegados foi a natureza do Novo Sistema de Saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público. (BRASIL 1986, p.02)

Como resultado da articulação de diversos atores sociais e estatais, o relatório desta conferência continha os princípios normativos sobre a reforma do sistema de saúde, e embora houvesse divergências sobre o ponto acima demonstrado, o texto aprovado continha conceitos e princípios sobre os quais havia consenso (CÔRTEZ, 2009).

A reforma sanitária brasileira pode ser compreendida como um amplo processo de modificação tanto do aparato institucional tocante à saúde quanto das

práticas deste setor. Este processo tem um caráter nitidamente contra-hegemônico apresentado, sobretudo na construção de alianças, na luta por democracia e na busca pelo atendimento as demandas sociais decorrentes da exclusão de grupos significativos da população. (FLEURY; LOBATO , 2009)

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e participação social, se pauta no entendimento de saúde como direito universal e vincula suas ações à proteção, promoção e recuperação da saúde rompendo com a histórica centralidade nos processos curativos e no modelo hospitalar.

Outro aspecto marcante da nova proposta para o sistema de saúde brasileiro encontrava-se a preocupação com a participação social como elemento estruturante da saúde coletiva conforme a Declaração de Alma Ata (1978) que afirma “É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” e que tornou-se agenda estratégica do Movimento Sanitário.

A inclusão da participação social como eixo central da proposta da reforma sanitária se relacionava à sua compreensão para além da expansão do direito e da reforma setorial, mas como estratégia de democratização social, a saúde vista como potente conteúdo transformador. De fato, a associação entre democracia e questão social foi o mote da transição democrática Brasileira (FLEURY & LOBATO, 2009 p.09)

Posteriormente os marcos regulatórios infraconstitucionais institucionalizam a participação social sob a forma de Conselhos de Saúde em todas as esferas de gestão e caracterizam as conferências de saúde como espaços máximos de deliberação e controle social em saúde.

Cabe refletir que a incorporação de quadros militantes do movimento de Reforma Sanitária nas estruturas governamentais, pós 1988, gerou a expectativa do desenvolvimento de ações inovadoras no campo do poder executivo do Estado. Assim, a participação social enquanto princípio ético-político e enquanto forma de gestão pode ser atribuída a este movimento.

A Comunidade viria a ter papel decisivo não apenas na construção do SUS, mas também na definição do modo como a participação seria incorporada como elemento constituinte do desenho institucional do sistema. A criação dos mecanismos de participação institucionalizados aqui analisados insere-se em um processo geral (nacional e internacional), no qual a pressão de atores sociais por mais participação levou à gradativa abertura de órgãos e instituições estatais ao escrutínio público. (FLEURY ; LOBATO, 2009 p.104)

Diante deste novo referencial no qual se configurou o SUS, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) tornou-se espaço inédito na construção de políticas públicas no Brasil merecendo nesta pesquisa o destaque enquanto objeto de estudo capaz de promover a reflexão a respeito da participação social brasileira.

A seguir se examina a conformação do Conselho Nacional de Saúde no contexto do sistema de saúde brasileiro e os anos posteriores à sua (re)institucionalização, após a instituição do SUS, assim como as contradições que aí se fazem presentes, quando então se apresenta e analisa os dados coletados na pesquisa.

1.3 O Conselho Nacional de Saúde no contexto do sistema de saúde brasileiro

Enquanto espaço institucional intimamente vinculado ao arcabouço do sistema de saúde brasileiro desde seus primórdios, o CNS apresenta um amplo processo histórico caracterizado de forma pormenorizada nos estudos de Côrtes et al. (2009) sendo esta a fonte da caracterização aqui apresentada. Segundo estes autores o CNS foi criado no ano de 1937 tendo caráter consultivo, vinculado ao Ministério da Educação e Saúde Pública, e sendo formado por especialistas em saúde. Sua atuação e configuração foi determinada ao longo dos anos de acordo com as transformações do sistema de saúde brasileiro.

Em 1953 quando o Ministério da Saúde foi criado a partir da separação das pastas Educação e Saúde, foi mantida a permanência do CNS no organograma do Ministério da Saúde sendo preservada sua histórica função de “assistir o Ministro na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde”. (BRASIL, 1937, art.67 *apud* CÔRTEZ 2009).

O estudo de Côrtes (2009) apresenta o desenvolvimento histórico da composição do CNS vinculando esta composição à gama de atividades atribuídas a esse espaço ao longo da história. A partir da incorporação de atividades mais complexas e com a ampliação da concepção de saúde pelos dirigentes do Ministério da Saúde (MS) fez-se necessário a estruturação do CNS enquanto espaço institucional de funcionamento permanente, extrapolando o limite das reuniões ordinárias, como exemplo a constituição da função de secretário-geral. A década de 1960 significou ainda a modificação da composição para além de atores médicos sugerindo o reconhecimento de outras questões inerentes à saúde como

saneamento, alimentação e a preocupação com a formação dos profissionais de saúde.

O período decorrente do golpe militar de 1964 significou o retorno à visão restrita de saúde, refletindo conseqüentemente na redução do número de conselheiros além da atribuição da função consultiva ao espaço do CNS. (CÔRTEZ, 2009).

A política de saúde dos governos militares incidia sobre um sistema dividido em dois sub-setores: o de saúde pública e o previdenciário. O último detinha maior parte dos recursos financeiros e, durante a década de 1970, com a contratação de prestadores de serviços hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico, passou a ser responsável pelo financiamento da maior parte dos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares oferecidos à população brasileira. (CÔRTEZ, 2009, p. 45-46).

Conforme o processo aqui apresentado e denominado de Reforma Sanitária, o CNS, assim como o sistema de saúde brasileiro, passa por intensas modificações após a democratização do país. Segundo Côrtes (2009) o CNS foi reformulado em sua função e composição no ano de 1987, imediatamente após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo-lhe atribuída a inédita função de administrativa de “deliberação coletiva em segundo grau”.

Nota-se ainda que a inserção da Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM bem como de representações como a Central Única dos Trabalhadores - CUT, Confederação Nacional dos Trabalhadores Agrícolas - CONTAG e outros, já na Comissão Nacional da Reforma Sanitária em 1986, apontava para a caracterização de espaço de participação social a ser atribuída ao CNS. (BRASIL, 1986)

O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros. (CNS 2003, p.1)

O ano de 1990 segundo Côrtes (2009) pode ser considerado como ano de criação do novo CNS, sendo-lhe atribuídas funções de fiscalização, formulação de diretrizes para políticas de saúde, definição de critérios e valores para a remuneração de serviços dentre outras. (BRASIL, 1990)

Nos anos decorrentes verifica-se o que chamou de “diminuição tanto em termos absolutos com em termos relativos no número de representantes de

entidades de mercado (...) Em contraste, o número e a proporção de representantes de entidades da sociedade civil, cresceram”. (CÔRTEZ 2009, p.57).

O aumento expressivo no número de representantes de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiência, por sua vez, está relacionado à multiplicação de atores sociais organizados e à variedade de temas específicos que passaram a integrar o debate político nacional. Questões antes politicamente invisíveis e consideradas “normais”-relacionadas à desigualdades decorrentes da cor da pele, da etnia, do gênero sexual, da orientação sexual, da preferência religiosa, do fato de a pessoa ser portadora de determinadas patologias ou deficiências – passaram a fazer parte da agenda pública de discussão marcadamente na área da saúde (CÔRTEZ, 2009, p.59).

Atualmente o CNS passa por modificações em sua composição que a exemplo das constatações de Côrtes (2009) refletem a conjuntura política do Brasil, com a ampliação da participação de representações de usuários e com o reconhecimento institucional de novas demandas em saúde. Entretanto, o processo atual de composição do CNS, sobretudo no tocante às formas de inserção de representações não encontram-se sistematizado. Na busca pela compreensão de como este conjunto de novas representações e suas “questões” perpassam o espaço do CNS é que a presente proposta de trabalho estruturou-se.

1.4 (Des)Caminhos da participação social em saúde no Brasil em tempos neoliberais

A década de 1990 significou a hegemonia do mercado como regulador das relações sociais com a conseqüente minimização do Estado e ascenso das políticas neoliberais no Brasil, o que representou golpes que desestruturaram a construção do SUS segundo o almejado por suas bases sociais. Dentre estes golpes destaca-se o distanciamento de saúde e seguridade social, concebida anteriormente de forma articulada como um amplo sistema de proteção social, o esvaziamento de recursos destinados para a saúde, o sucateamento da rede pública e a constante terceirização (e por que não dizer privatização) dos serviços de saúde prestados.

Neste contexto Campos (2007) caracteriza um Estado que mantinha suas tradicionais atribuições com a saúde pública, mas também entrava como agência financiadora e ainda com algum poder de regular o nascente mercado de atenção médico-hospitalar.

Neste sentido o contexto de crise econômica e democratização nos anos 80 favoreceu o debate político na área da saúde que se refletiu nos avanços da

Constituição brasileira de 1988 e em mudanças objetivas no sistema. Entretanto no período dos anos 90 com a capilarização do ideário neoliberal nas instituições e governos, a concretização dos princípios do SUS esteve em constante conflito por diversos obstáculos estruturais e conjunturais. LEVCOVITZ et col,2001, p. 270)

A conjuntura inicial desse processo de constituição da saúde como direito, isto é, a afirmação de uma política pautada em princípios de direitos sociais universais em contextos de hegemonia neoliberal, teve resultados tão profundos que continuamente faz-se necessária a revisão e atualização de conceitos e práticas.

Dentre as reflexões pertinentes ao paradoxo de direito universal à saúde assegurado pelo Estado e as premissas neoliberais de mercantilização de bens e serviços públicos encontra-se o papel da participação social institucionalmente estabelecida no SUS. A amplitude de temáticas, a pluralidade de serviços assegurados por este sistema e acima de tudo seu financiamento dependeram constantemente da defesa e da reivindicação construída nos espaços de controle democrático.

Foi com surpresa que muitos receberam a destacada entrevista de George Alleyne, então diretor da OPS – Organização Panamericana de Saúde, ao jornal Folha de S. Paulo (14 dez. 1998). Nela, o dirigente propunha que o governo brasileiro, em meio à crise, abandonasse os atuais princípios constitucionais com relação à saúde e passasse a garantir apenas uma "cesta básica" (sic) de doenças e procedimentos, composta por vacinas, atenção primária e saneamento, além do fim da "gratuidade" dos serviços. Para além disso, o mercado de planos e seguros... Muitos talvez não tenham percebido que essa proposta neoliberal, longe de inovadora, repete aquilo que vem sendo defendido há mais de uma década pelo Banco Mundial – e por outras agências de cooperação internacional – propondo, explicitamente para o Brasil, o fim da saúde como direito, e de seu caráter público, universal e igualitário. (GOUVEIA & PALMA, 1999, p.141)

No âmbito mundial, a pauta neoliberal passou também a incluir a participação social no discurso formal e programático das agências que promoveram o modelo de primazia do mercado, como o Banco Mundial até o Fundo Monetário Internacional (FMI).

Nesse sentido a participação social e a descentralização, foram entendidas como parte do processo de reformulação do Estado, tornando-se as grandes bandeiras do avanço neoliberal. A participação social nesta perspectiva remetia à necessidade de fiscalização das ações e políticas, como capacidade de aferição de resultados e ainda como parceiro potencial no desenvolvimento de estratégias para as quais o Estado possuía limitações legais e/ou políticas.

Não se pode negar a importância da descentralização enquanto prática capaz de estruturar o Sistema Único de Saúde e de materializar a participação social. Cabe a reflexão que o ideário sanitário de uma descentralização atrelada à estratégias de democratização e incorporação de novos atores governamentais, profissionais e de atores sociais, significou uma descentralização político-administrativa. (VIANA, 1995).

O que se questiona é em que sentido estas práticas de participação foram orientadas? Em que medida a adoção de um modelo institucionalizado de descentralização, ou uma forma de gestão política é capaz de capilarizar o ideário democrático e popular?

Estes questionamentos reafirmam a interpretação de Dagnino (2004) que aponta a existência de uma “confluência perversa” entre dois processos, ligados a “dois projetos políticos distintos”. Este conflito se caracteriza pelo projeto inicial de enfraquecimento do antagonismo que havia marcado profundamente a relação entre o Estado e a sociedade civil, que cedeu lugar a uma aposta na possibilidade da sua ação conjunta para o aprofundamento democrático, de um lado; e de outro, projeto governamental dos anos 1990, marcado pela redução do papel do Estado enquanto garantidor de direitos e enquanto executor de ações e políticas.

Quando a pauta neoliberal passa a advogar por maior presença da sociedade nos assuntos da gestão e, ao mesmo tempo, responsabilizar a sociedade por funções típicas do Estado, a prática de fiscalização social passa a ser prioritária em relação à participação social na formulação de políticas.

Meu argumento é, então, que a última década é marcada por uma confluência perversa entre esses dois projetos. A perversidade estaria colocada, desde logo, no fato de que, apontando para direções opostas e até antagônicas, ambos os projetos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva (...). A disputa política entre projetos políticos distintos assume então o caráter de uma disputa de significados para referências aparentemente comuns: participação, sociedade civil, cidadania, democracia. A utilização dessas referências, que são comuns mas abrigam significados muito distintos, instala o que se pode chamar de crise discursiva: a linguagem corrente, na homogeneidade de seu vocabulário, obscurece diferenças, dilui nuances e reduz antagonismos. Nesse obscurecimento se constroem sub-repticiamente os canais por onde avançam as concepções neoliberais, que passam a ocupar terrenos insuspeitados. (DAGNINO, 2004, p.143)

Outro reflexo da introdução do ideário neoliberal é a persistência de uma postura exclusivamente fiscal dos espaços de participação social, denotando

claramente a especialização da função reguladora do Estado frente aos ideários originais de democratização. Práticas como o clientelismo e o monopólio dos acessos aos espaços de poder passam a ser práticas vigentes nos conselhos de saúde, sobretudo de âmbito municipal. Tornam-se assim “máquinas políticas” como caracterizada por Labra (LABRA apud FLEURY; LOBATO, 2009).

Monopolizando o acesso aos centros de poder, monopolizando as posições que viabilizam este acesso, a máquina impõe seu papel mediador, limitando de fato a possibilidade de acesso, em princípio livres dos diferentes extratos da população, aos principais recursos sociais e políticos. Os critérios universalistas são, portanto, enfraquecidos senão totalmente relegados, enfatizando-se as considerações de ordem particularista. O que a cidadania define como direito é concedido como dádiva daqueles que se situam em posição de poder. (FLEURY; LOBATO, 2009, p. 196).

Mantém-se assim a tensão entre o ideário fundante de universalização do direito à saúde com ampla participação social e a realidade institucional de especialização tecnológica com forte influência de correntes neoliberais que buscam aplicar à Administração Pública o tecnicismo-gerencialista dos setores privados.

Nesta perspectiva, os conselhos de saúde alheiam-se de sua perspectiva de formulação de diretrizes políticas socialmente referenciadas para dar lugar ao exercício cartorial de legitimação da chamada transparência dos gastos públicos. Ou ainda retraem-se em espaços de resistência dos ideários Sanitaristas permanecendo como espaços de reivindicação de ações e de veto à propostas discordantes deste ideário, não conseguindo estabelecer de forma efetiva sua dimensão de formulação.

Mesmo reconhecendo este conjunto de descaminhos da proposta fundante da participação social em saúde, pode-se afirmar que o ideário de participação social defendido pelo Movimento Sanitarista e materializado nos conselhos e conferências de saúde significou (e significa) obstáculo real aos aprofundamentos neoliberais na gestão da política de saúde, sendo tomados como exemplo de democratização das relações entre governo e sociedade civil.

Pode-se afirmar, por outro lado, que as profundas mudanças de natureza econômica e social ocorridas no Brasil, a partir da segunda metade da década de 1980, levaram ao surgimento de formas diversas de participação social que floresceram a margem das hostes corporativas, fragilizando-as em sua capacidade de representar os seus próprios interesses ao mesmo tempo em que reforçou posições plurais inseridas no conjunto das diversas entidades (...) (MOURÃO, 2007, p.3).

Assim, diante do quadro crítico das produções acadêmicas e debates acerca dos entraves e problemas dos conselhos de saúde faz importante destacar que a origem da maioria dos entraves apontados é que foram constituídos espaços e mecanismos de participação, entretando não se modificou a cultura política que rege a participação social. (ESCOREL apud FLEURY ; LOBATO, 2009).

A conquista dos canais de participação da população em assuntos que dizem respeito a assuntos públicos, constituindo novas arenas de luta e demandando novas práticas de ação esbarraram, entre outras, nas dificuldades decorrentes de problemas enraizados na própria cultura política nacional (clientelismo, paternalismo, resolução dos negócios públicos por meio de procedimentos particularistas , etc...) . (COHN apud FLEURY & LOBATO, 2009 p.236).

Neste sentido, reconhecer as características existentes nos espaços de participação social do SUS é parte fundamental de qualquer reflexão e análise acerca de seu funcionamento e de suas conseqüências para as políticas de saúde no Brasil. É neste contexto de contradição entre a perspectiva democratizante e a captura destes espaços por práticas de reformulação e esvaziamento do papel do Estado que o presente estudo busca estabelecer um olhar acerca da entrada de novos sujeitos coletivos.

Capítulo II - Participação Social e Equidade em Saúde

Alcançada a “democratização” do país, os movimentos sociais e partidos políticos comprometidos com o ideário de ampliação da participação social imprimiram novos elementos basilares à participação social em políticas públicas investindo, sobretudo, na institucionalização legal de espaços de caráter deliberativo e fiscalizatório. Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios da Universalidade, Integralidade e Participação Social, se pauta no entendimento de saúde como direito universal e vincula suas ações à proteção, promoção e recuperação da saúde. Posteriormente leis infraconstitucionais institucionalizam a participação social sob a forma de conselhos de Saúde em todas as esferas de gestão e caracterizam as conferências de saúde como espaços máximos de deliberação e controle social em saúde.

A reflexão sobre esta estratégia de ampliação da participação é hoje elemento prioritário da produção de conhecimento em saúde coletiva e no campo das teorias da democracia e das políticas públicas, levantando aspectos e conflitos como a burocratização da participação, a representatividade dos grupos inseridos, a definição do papel destas instâncias dentre outras máximas. Estabelece-se aqui uma reflexão a respeito dos conselhos de saúde na busca pelo fortalecimento da participação social contrapondo-se às tendências de diminuição da participação social sob argumentos de ineficácia ou inviabilidade.

Dentre os problemas fundamentais tocantes aos conselhos de saúde em suas práticas políticas encontra-se a chamada assimetria entre os participantes. “Assimetria esta constituída ora pela origem da representação tanto pelo segmento que representam quanto pelo movimento que representam no interior deste segmento” (ESCOREL apud FLEURY ; LOBATO, 2009 p.236).

Aqui é afirmado que o Brasil se encontra em um novo momento dos espaços de participação da política pública de saúde que é a inserção de novas representações de grupos sociais antes não incluídos. Inserção esta acompanhada, até certo ponto, por respostas institucionais no que toca a formulação e execução de políticas e estratégias.

Em primeiro momento esta afirmação gera uma perspectiva contraditória diante dos problemas apresentados no capítulo anterior. Entretanto vale ressaltar

que o espaço dos conselhos de saúde (bem como diversos outros espaços de participação social setorial) representa para os movimentos sociais, sobretudo os setores mais afetados pela problemática do acesso à saúde, a possibilidade de garantia de direitos e de ações em saúde.

Determinante para esse interesse na busca por representação é o reconhecimento dos limites da democracia representativa em efetivar a participação da sociedade na construção política do país, apenas por meio do voto universal para a escolha de representantes políticos.

Tão importante quanto o questionamento a respeito da democracia representativa, é o crescente reconhecimento de que os mecanismos de participação constituídos historicamente (partidos, sindicatos, etc.) não tem sido suficientes para agregar as novas reivindicações e garantir o reconhecimento e a legitimidade desses novos sujeitos coletivos e de novas formas de participação gestadas nesse processo.

De forma bastante evidente, os Conselhos de Saúde vêm funcionando como espaços fomentadores dessa constituição de identidades coletivas e sujeitos políticos. A mera existência dos Conselhos representa uma oferta de participação e inclusão, senão na decisão, pelo menos na discussão pública, configurando um fenômeno inédito na história brasileira, pela escala e pela velocidade em que ocorre. Isso tem significado uma nova feição institucional e uma nova dinâmica para o setor. (CORTÊZ, 1997, p.108).

Nesta perspectiva dialética, a mesma cultura política que impede o pleno funcionamento democrático dos conselhos de saúde impulsiona novos sujeitos coletivos a se mobilizarem em busca de visibilidade e inserção política.

A diversidade no Brasil, um país em desenvolvimento, é produto de um processo social, econômico, histórico e demográfico, que apresenta diversas formas e tem diferentes interpretações. A diversidade cultural e ética existente, decorrente da história de colonização, da migração, tem tido como consequência o preconceito e a discriminação de grupos populacionais, por etnia, sexo, condição sócio-econômica, posição na sociedade, e outras condições promotoras de diversidade. O problema maior desta discriminação é a sua invisibilidade, ou até sua negação, pela consideração do país de democracia racial e cultural. (DUARTE, 2006, p.69 apud ROCHA et al, 2008 p. 19)

Diante desta busca por representação é preciso debater as possibilidades e limites da atuação nos espaços de participação social e sua capacidade de produção de direitos. Ao construir um novo paradigma de análise sociológica, Alain Touraine crê que seja correto falar a propósito das minorias, de “direitos culturais” e

esclarece os perigos da terminologia de direito à diferença, pois na verdade trata-se do direito de combinar uma diferença cultural com a participação num sistema econômico cada vez mais mundializado, onde os mais desprotegidos buscam mais do que ser respeitado, buscam ser ouvidos e entendidos. (TOURAINÉ, 2006)

O presente capítulo busca estabelecer a categoria equidade enquanto elemento inerente ao processo de reconhecimento de demandas em saúde. Demandas estas que ganham materialidade a partir da inserção de movimentos sociais nos espaços instituídos de participação social do SUS, como no caso do Movimento LGBT.

2.1 Equidade: uma categoria em construção

Com a perspectiva de efetuar uma aproximação com as produções teóricas do campo saúde que versam sobre a temática equidade, buscou-se identificar nessas, o reconhecimento de convergências e divergências a respeito do conceito equidade para a reflexão sobre a equidade enquanto categoria.

Entende-se a categoria enquanto componente do método imerso no materialismo histórico-dialético resgatado no pensamento de que “explicar dialeticamente é construir a categoria ou as categorias que resultam da reflexão sobre o acontecimento que se está pesquisando”. (IANNI, 1986)

A base desta reflexão dialética, conforme enunciado acima se configura na realidade da inserção recente de novas representações nos espaços de participação social do SUS pautada na reivindicação por reconhecimento de suas diferenças e de sua iniquidade no acesso aos serviços de saúde e no exercício do direito à saúde, fato que vem sendo enunciado enquanto afirmação do princípio da equidade no SUS.

Apóia-se na perspectiva de que os conceitos remetem a problemas gerados por sua criação e sem os quais não existiriam. O conceito apresenta ainda a característica de refletir um processo histórico que Deleuze e Guattari (1997) configuram bem ao afirmar.

(...) cada conceito remete a outros conceitos, não somente em sua história, mas em seu devir ou suas conexões presentes. Cada conceito tem componentes que podem ser por sua vez tomados como conceitos. Os conceitos vão, pois, ao infinito e, sendo criados, não são jamais criados do nada (DELEUZE, GUATTARI, 1997, p. 31).

Assim, compor uma categoria (ou conceito) a partir da reflexão dialética da realidade permite a estruturação de uma unidade indissociável dos elementos constituintes, o que traz o caráter de ineditismo, mesmo sendo este transitório e localizado. Assim a análise aqui realizada inscreve a equidade em saúde enquanto categoria intimamente ligada aos processos reivindicatórios dos movimentos sociais em relação ao direito à saúde que acarretam o surgimento de componentes estruturais do termo. Tal ligação é expressa no que Campos (2006) afirma.

Para uma filosofia da prática os conceitos não são inócuos. Refletem um compromisso de quem os inventa ou os emprega com certo entendimento do mundo ou com um determinado conjunto de valores. Os conceitos, portanto, têm valor de uso; ou seja, são úteis para a gestão da vida (CAMPOS, 2006, p.23).

2.1.1 Polisssemia da equidade no campo saúde.

O termo equidade vem historicamente sendo utilizado na produção de conhecimento no campo da saúde. Campos (2006) realizou uma brilhante incursão da utilização do conceito equidade na saúde, com enfoque no SUS demonstrando a utilização diversa do termo e a associação deste com significados e exercício de justiça.

Fez lembrar que a inscrição do termo na Constituição Federal está filiado à Seguridade Social referindo-se à justiça previdenciária no tocante à constituição de fundos de custeio das ações. Outra constatação é a existência de movimentos de apropriação do termo pelos partidários dos ideais neoliberais que passam a reduzi-lo a redução da pobreza e a dita “inclusão social”.

Nogueira (2000) tratou de descrever de maneira elucidativa a utilização do termo equidade no campo saúde e de suas distorções na construção das políticas sociais. Inicialmente o autor reforça a perspectiva de que a equidade enquanto princípio de luta do Movimento Sanitarista apresentava a demarcação de reivindicações democrático-reformistas que buscavam a reorientação da política de saúde no Brasil.

Se apelarmos um pouco para a memória, talvez nos recordemos do quanto era restrito o uso do conceito de equidade na formulação e discussão das políticas públicas dos anos 1970 e mesmo do início da década de 1980. Nesse período a bandeira da equidade, junto com seus correlatos de cidadania e participação democrática, servia sobretudo para assinar a

adesão a uma linha de preferência política, se não claramente de esquerda, pelo menos de pertinência ao que se costumava chamar de “forças progressistas”.(NOGUEIRA ,2000, p.95)

A utilização no campo saúde brasileiro do termo equidade está também ligada a aspectos de orientação orçamentária da política de saúde destacando a busca por correções das disparidades regionais. Cordeiro (2001) faz uso da equidade no tocante aos aspectos relacionados à descentralização, porém utiliza a terminologia em sentidos diversos como verifica-se em:

Aqui, de novo, a globalização é causa e consequência, numa causalidade circular que tanto impõe políticas reformistas do Estado (e de saúde, em particular), como provoca consequências sociais que agravam a má distribuição da renda e da renda nacional, provocam o desemprego e comprometem a equidade. (CORDEIRO, 2001, p.321).

Esta perspectiva de equidade ligada à distribuição de recursos, no caso do SUS provém de análises que apontam problemas relacionados à descentralização do sistema. Como exemplo, a alocação de recursos a serem transferidos, por se basearem em séries históricas de produção de serviços, reproduziu as distorções resultantes de critérios baseados na oferta de serviços, portanto, não contribuiu significativamente para a promoção da equidade. (CORDEIRO 2001, p.325)

Verifica-se aqui a utilização do termo equidade ora com uma perspectiva enfocada nas consequências sociais da má distribuição de renda, ora relacionada aos processos de gestão orçamentária do SUS. Cabe ressaltar que em ambos os casos prevalece a perspectiva de adaptação de normas gerais à situações da realidade que exigem o exercício da busca por justiça. Surpreende ainda a utilização do termo por Cordeiro (2001) onde segundo o autor “os estados vêm perdendo a capacidade de formular e implementar políticas nacionais de desenvolvimento (políticas industriais, de energia, de transportes, sociais etc.) que tenda à equidade social”. Cordeiro (2001, p.327)

A utilização do adjetivo ‘social’ à equidade demonstra claramente a polissemia do termo dentro de um mesmo campo.

Outro fato de fundamental importância é o reconhecimento dos perigos recorrentes à utilização do termo equidade que na perspectiva técnica das agências internacionais de financiamento é reconhecida como “a capacidade de um programa ser bem focalizado e atender prioritariamente os mais carentes” (NOGUEIRA 2000 p. 98).

A polissemia do termo equidade traz consigo elementos do conflito existente entre a implementação de um sistema de saúde universal fruto da reivindicação popular e sua efetivação no contexto neoliberal conforme abordado no capítulo anterior.

Na América Latina, o perfil da política social sofre uma profunda inflexão a partir da introdução do plano de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado, com a adoção da perspectiva de racionalização do gasto público. Entre as teses mais difundidas está a que associa os altos níveis de inflação, a falta de crescimento econômico e a ineficiência e ineficácia das ações estatais ao aumento desenfreado dos gastos públicos. Neste contexto, uma das características mais marcantes do processo é a tensa conciliação dos objetivos macroeconômicos de estabilização com propostas de reformas sociais voltadas para a melhoria da eficiência e da equidade (SENNA, 2002, p.205).

Assim, a década de 90 é marcada pela adoção de estratégias institucionais destinadas a garantir que os programas sociais atinjam os segmentos mais vulneráveis, apontando para a focalização das políticas sociais em detrimento de sua perspectiva universalista. A eficiência e a equidade aparecem como elementos centrais traduzidos na focalização dos mais pobres como alvos prioritários das ações governamentais. (SENNA, 2002)

Há, portanto uma incompatibilidade entre a perspectiva universalista e a equidade que pode ser demonstrada pela tendência à investir ações e estratégias para a superação de condições pontuais de exclusão.

Nesse contexto, a focalização assume o sentido de ação afirmativa ou discriminação positiva, a partir da instauração de uma seletividade dos potenciais beneficiários da política, de forma a ampliar o acesso econômico, social e cultural dos segmentos sociais que realmente precisam. (RAWLS, 1997)

Um dos exemplos dessa discussão no campo da saúde é a estratégia formulada pela OMS – "Saúde Para Todos no Ano 2000", que visou a promoção de ações de saúde baseadas na noção de necessidade, destinadas a atingir a todos, independente de raça, gênero, condições sociais, entre outras diferenças que possam ser definidas socioeconômico e culturalmente.(WHO, 1985)

Assim, é preciso compreender que a equidade enquanto elemento componente das políticas públicas, sobretudo as de caráter social, insere-se no conjunto de distorções geradas pela implementação da agenda neoliberal. Mais que uma reflexão sobre a polissemia do termo, esta afirmação traz a perspectiva de que faz-se necessário um olhar diferenciado sobre a presença e a implementação da equidade enquanto diretriz, buscando combater a “impotência da equidade”⁵ apontada por Nogueira (2000).

Diante desta polissemia de intenções e contextos nos quais a equidade se insere, o presente trabalho busca apresentar outra dimensão da equidade que pode ser caracterizada enquanto princípio ético-político que orienta a política de saúde a partir da intervenção de sujeitos coletivos nos espaços de participação social.

2.2 Equidade e participação social na política de saúde do Brasil

Pretende-se aqui refletir sobre como a equidade se constituiu em categoria ligada à busca da adequação das normas e direitos gerais a partir do reconhecimento de iniquidades, entendendo que “equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do *status* de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente. (STARFIELD, 2001,p.53),

Busca também localizar este reconhecimento e suas implicações na questão da universalidade do direito à saúde.

A perspectiva aqui apontada é que este reconhecimento não é espontâneo, mas apresenta diversos fatores indutivos.

Um destes fatores a ser considerado é a conjuntura deste resgate do ideário da equidade enquanto componente norteador de políticas sociais capaz de expressar outra perspectiva de Estado que visa superar as condições de desmonte dos direitos sociais causada pelo neoliberalismo. Assim, a crescente degradação dos direitos conquistados torna-se catalisador de mudanças.

As recentes transformações que vêm se operando no âmbito das economias capitalistas, a profunda crise fiscal que atravessa os Welfare States e a quebra dos laços de solidariedade social erguidos ao longo do século XX fornecem, ao lado de outros aspectos, as condições propícias

⁵ Roberto Nogueira em seu artigo “A Impotência da Equidade” destaca o excesso de positivismos científicos sobre o discurso de equidade e que segundo o mesmo “ se não são propriamente as causas da impotência, para fazer a transição do conhecimento à ação política, acabam por agravá-la de algum modo”.

para a revisão do papel do Estado, especialmente no que diz respeito a seu padrão de intervenção social, onde a equidade se configura como um dos eixos centrais (SENNÁ, 2002, p.204-205).

Outro fator indutivo, sobretudo no campo saúde, é a inserção de sujeitos capazes de apresentar-se e representar-se nos espaços de formulação e disputa política não só no campo saúde.

Avtrizer e Santos (2003) apontam que o que a democratização fez foi, ao inserir novos atores na cena política, instaurar uma disputa pelo significado da democracia e pela constituição de uma nova gramática social.

No interior da política pública de saúde essa “nova gramática social” é expressa por sujeitos coletivos quer seja nos espaços instituídos quer seja no interior de seus movimentos e em fóruns e articulações apresentando certa independência e diferenças das organizações tradicionais da sociedade política. Nessa perspectiva, o direito à saúde no Brasil tem como “organizador” de sua gramática a re-significação desse direito que acontece no processo de discussão da equidade em saúde.

Em relação à política de saúde isso significa compreender que um dos componentes geradores das políticas e ações governamentais são os espaços de participação social no SUS. Assim, na busca pela compreensão da equidade enquanto categoria é preciso buscá-la nas produções destes espaços.

Pinheiro, Westphal e Akerman (2005) realizaram estudo sobre o uso do termo equidade nos relatórios da 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde onde constaram que o discurso sobre equidade é vago, sustentado em proposições gerais ou inespecíficas, havendo pouco avanço no entendimento do tema. Segundo os autores o termo foi utilizado ora em reivindicações de intervenções práticas, ora para endossar discursos sobre as mais diversas demandas, apresentando pouca operacionalização. Cabe refletir que estas conferências representam historicamente o aprendizado processual do exercício de controle social no SUS, uma vez que a participação de movimentos sociais em tais conferências inicia-se em 1986 por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Analisando o relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde é possível porém verificar inovações na utilização do termo equidade nestes espaços. Uma destas inovações é a utilização do termo para qualificar as ações de atenção à saúde e promover o reconhecimento de especificidades da população e vinculando-o à determinação social da saúde em afirmações como:

A obtenção da equidade em saúde depende da implementação de políticas públicas intersetoriais, pois as iniquidades são determinadas pelas desigualdades no acesso, na distribuição e na oferta de bens geradores da qualidade de vida, tais como: renda familiar, trabalho (urbano e rural), emprego, habitação, segurança, saneamento, segurança alimentar e nutricional, equidade na qualidade do ensino, lazer e outros (Brasil, 2004, p.25).

Percebe-se que a equidade em saúde, utiliza em sua composição a afirmação do conceito ampliado em saúde, agrega necessidades mais amplas que o mero acesso aos procedimentos e serviços de diagnóstico e cura. Outro fato é a vinculação da equidade, ao reconhecimento da discriminação e violência enquanto fatores impactantes em saúde, como o verificado na proposta de “combater a violência contra a mulher e outros grupos de risco, por meio de articulação intersetorial que promova educação pela equidade entre os gêneros e abolição de todas as formas de discriminação” (BRASIL 2004).

Vê-se assim uma reorientação da utilização da equidade, pautada no que CAMPOS (2006) diz ser “o exercício vivo da justiça”, buscado em diversos aspectos da política de saúde como na proposição abaixo.

Incorporar, após avaliação criteriosa, novas tecnologias na melhoria, implementação e modernização do sistema de saúde, buscando maior equidade regional, de gênero, de raça/etnia e de orientação sexual, com garantia de acesso e amplo controle social (BRASIL 2004,p.143).

Tal perspectiva permanece nos debates realizados por ocasião da 13ª Conferência Nacional de Saúde onde é notável a ampliação de fatores componentes da equidade.

Efetivar a saúde como direito de todos e dever do Estado (Art. 196), assegurando o Estado Laico como pressuposto da efetivação de diretrizes e princípios do SUS nas três esferas de governo, independente da administração vigente, reconhecendo a diversidade populacional e suas especificidades de gênero, etnia, raça, crença, cultura, geração, orientação sexual, deficiências e procedências regionais, garantindo a equidade na atenção integral para a formulação de políticas e ações, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida (BRASIL,2008, p.71).

Quando olhamos para as produções das conferências nacionais de saúde constata-se uma recomposição do termo que possui uma perspectiva evolutiva do ponto de vista da abrangência e complexidade.

Um dos desdobramentos desta recomposição pode ser auferido em ações institucionais que demonstram a influência das recomendações destes espaços.

Como exemplo, a constituição dos Comitês Técnicos para a Promoção da Equidade na Saúde como 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), inspiram-se nas demandas por equidade materializadas nas deliberações das Conferências Nacionais.

Estes comitês são compostos por pesquisadores, representações técnicas das áreas do Ministério da Saúde e representantes de movimentos sociais, o que demonstra que para além do processo reivindicatório das conferências, estes grupos sociais devem ser chamados à construção coletiva e participativa.

Outro fato a destacar é a inserção de representações LGBT, população negra e população do campo e floresta no Conselho Nacional de Saúde por ocasião do processo eleitoral realizado em 2006, inserção esta objeto desta pesquisa.

Costa e Lionço (2006) refletem tal estratégia de ampliação do debate a respeito das especificidades ou vulnerabilidades a que estes grupos estão expostos. Consideram que a criação destes comitês é fruto de demandas apresentadas por movimentos sociais à gestão do SUS.

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 (COSTA, 2006, p.53).

Estes espaços construíram até o momento a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 2007, Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta em 2008, Política Nacional de Saúde Integral LGBT aprovada pelo CNS em 2010 e vem produzindo novos momentos no SUS como a realização de espaços de diálogo e produção junto aos movimentos sociais como o Seminário Diversidade de Sujeitos e Igualdade de Direitos no SUS realizado em 2009 pelo Ministério da Saúde. O conteúdo destas políticas e sua efetivação não será objeto desta reflexão embora se encontre intimamente ligado a categoria em debate.

Produções como as citadas a cima levam à reflexão de que mais que o reconhecimento do “estar vulnerável” ou do “exposto ao risco” e a busca pela reversão desta situação, a busca pela equidade pode significar a disputa por alterações nas instituições, instâncias de participação e os serviços de saúde que promovam a expressão de antigas invisibilidades sociais responsáveis por entraves na efetivação da universalidade e da integralidade em saúde.

Entendo, por isso, que a busca da equidade, para ser eficaz, precisa ser traduzida num impulso social que procura anular ou superar certas condições sociais bem concretas de desigualdade, contra as quais se pronunciam e se mobilizam amplas forças (NOGUEIRA, 2000, p. 97).

Assim, esta busca da equidade pelos sujeitos coletivos é capaz de influenciar o formato da instituição governamental responsável pela política de saúde tornando-a mais participativa, e por conseguinte favorece a produção de políticas, ações e serviços voltados ao enfrentamento destas iniquidades.

É preciso, porém reconhecer a contradição inerente aos direitos e políticas sociais que ora expressam a materialização de conquistas das classes oprimidas frente à burguesia dominante e ora expressam o instrumento de manipulação com o qual esta mesma burguesia busca conciliar anseios das demais classes para a manutenção de seu status de dominação, estando a atual exigência por equidade em saúde inscreve-se também neste contexto.

Ao mesmo tempo em que o reconhecimento de sua condição de vulnerável e da determinação social de sua saúde, estes grupos passam muitas vezes a tratar o acesso à saúde sob sua ótica corporativa o que em dados momentos pode desencadear a busca por focalização da política de saúde. Tal busca quando desconexa da luta pelo direito universal à saúde pode fortalecer a perspectiva de fragmentação e de vinculação do acesso aos bens e serviços públicos à condição de pobreza.

A equidade deve ser fomentada enquanto expressão da reivindicação destes grupos não por fragmentações ou focalizações da política de saúde e sim pelo entendimento da impossibilidade de se ter saúde quando se é submetido à discriminação, preconceito, invisibilidade ou ainda quando se está imerso na ‘homogeneidade’ ou na ‘normalidade’.

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).

O conceito de equidade reinventado pela participação social de novos grupos traz consigo a perspectiva histórica da determinação social da saúde, da ligação saúde com o modo de produção e reprodução social do capitalismo, fato este atualmente reconhecido mundialmente como verificado em: “A intolerância em relação à iniquidade em saúde e à exclusão de grupos populacionais dos benefícios de saúde e proteção social, espelha ou excede a intolerância à iniquidade dos rendimentos” (OMS 2008, p.17).

Nesta direção tais reivindicações identificam-se prioritariamente com a perspectiva de que a condição de iniquidade é fator intrínseco à estrutura de exploração, consumo e opressão de uma classe social por outra dominante expressa na saúde por ações de mercantilização dos serviços, medicalização e esvaziamento do conceito de saúde para o mero acesso a bens e serviços.

O mérito desta abordagem é reconhecer que uma das características mais marcantes das políticas sociais brasileiras, e entre elas a de saúde, tem sido o privilegiamento dos grupos sociais mais favorecidos em detrimento dos segmentos de maior vulnerabilidade social, caracterizando aquilo que Ramos (2000) denomina de focalização espúria. (SENNA, 2002 p.204)

As afirmações de que o reconhecimento de peculiaridades, vulnerabilidades específicas ou mesmo de identidades destas populações geram fragmentação do SUS ou ataque ao caráter universal da saúde, apresentam caráter reacionário e desestabilizador da participação social em saúde, pois se trata em verdade da reivindicação de um novo modo de gestão, de cuidado, de educação ou resumidamente um novo agir e pensar em saúde que resgate a universalidade do direito à saúde e que priorize a integralidade em saúde não como o encadeamento de procedimentos clínicos ou burocráticos e sim como a compreensão das dimensões do humano e do social e seus impactos na saúde.

Podemos então concluir que os direitos humanos e a defesa da democracia na época da globalização supõem uma luta político-cultural da maior importância contra a última fronteira da cidadania. Luta não incruenta, para ajustar corretamente a complexa relação entre os princípios universais e particulares que norteiam nossa vida. Luta na direção de um sincretismo

moderno que ampare as diferenças, talvez, mas também na direção de um decidido universalismo (...) (WARREN, 2002, p.209).

Portanto a equidade re-significa a participação social e se re-significa enquanto conceito de orientação ético-político e de intervenção no sentido de justiça e no fortalecimento da saúde enquanto condição humana ampla e dependente do contexto social, político e econômico.

Equidade em saúde refere-se às necessidades em saúde que são socialmente determinadas e que transcende o escopo das ações dos serviços da área, à medida que os cuidados de saúde são apenas um entre os inúmeros fatores que contribuem para as desigualdades em saúde. (SENNA, 2002, p.207)

Reconhecer a equidade como eixo orientador de políticas para o enfrentamento das iniquidades em saúde é resgatar a saúde enquanto direito de todos e que essa igualdade de direitos quando associada ao direito à diferença é, portanto, justiça social COHN (2003). Assim, situar a busca de equidade em saúde como elemento constituinte da participação social significa encarar os conselhos de saúde como espaços capazes de ampliar o direito à saúde.

A experiência dos Conselhos têm certamente servido de campo para a consideração do interesse público, não apenas na perspectiva da busca de igualdades básicas, mas também do respeito às diferenças, propiciando e acolhendo demandas que buscam legitimação e solução não pela extensão de direitos iguais ou prestações padronizadas, mas sim pela discriminação de necessidades específicas, decorrentes da diversidade de situações sociais e culturais. (CEBES, 1997, p. 109)

Campos, ao analisar e a experiência do SUS à luz do conceito de equidade remete à noção desenvolvida nas obras de Bobbio.

Corresponderia à justiça aplicada no cotidiano pelos seres humanos reais, seria aquela racionalidade que permitiria adaptar um conhecimento ou um julgamento elaborado com base na tradição, ou em leis impessoais ou em outras experiências a uma situação diferente de todas aquelas previstas. A equidade seria o exercício vivo da justiça; para ele, a única forma de contar-se com uma justiça realmente justa (CAMPOS, 2006, p 25)

É imperativo pensar em equidade como algo dinâmico, processual e alvo da pluralidade de sujeitos envolvidos, essa compreensão é fundamental para a compreensão de como se materializam os direitos.

(...) não entendermos o direito estritamente como garantia constitucional, formalização jurídica em si mesma definida, mas como práticas de sociabilidade, princípios reguladores que estruturam uma linguagem pública. Ou seja, mais do que garantias jurídicas, os direitos são práticas coletivas de construção de sociabilidade que podem ser ressignificadas de acordo com o trânsito das forças políticas e dos atores nas arenas de disputa (GUIZARD ; PINHEIRO, 2006, p.798).

Assim, no conjunto destes elementos constituintes da equidade, os movimentos sociais apresentam-se enquanto sujeitos que intervêm nos processos de formulação de políticas e por que não dizer na ampliação dos direitos.

(...) os movimentos sociais se caracterizam por se constituírem em “novos” sujeitos coletivos no cenário político em distintas e diferenciadas arenas e espaços que não aqueles tradicionalmente definidos pela concepção liberal clássica de democracia. Por outro lado, constituem igualmente sintomas de conflitos presentes na própria sociedade na medida em que se caracterizam por um forte traço reivindicativo na luta por conquistas na efetivação de demandas sociais, vale dizer, dos direitos sociais (COHN, 2003, p. 11).

A equidade deve ser fomentada enquanto expressão da reivindicação destes grupos pelo entendimento da impossibilidade de se ter saúde quando se é submetido à discriminação, preconceito, invisibilidade ou ainda quando se está imerso na homogeneidade ou na normalidade. “Colocar os direitos na ótica dos sujeitos que os pronunciam significa, de partida, recusar a idéia corrente de que esses direitos não são mais do que a resposta a um suposto mundo das necessidades e das carências” (TELLES, 1997, p. 5).

(...) a atenção à saúde da população GLBT não deve ser considerada apenas do ponto de vista da epidemiologia. Sobretudo, diante da escassez dos dados de pesquisas em saúde dessa população, devem ser consideradas as condições e representações sociais associadas à população GLBT, compreendendo que os agravos à saúde desses segmentos populacionais estão, em grande parte, determinados socialmente (...) afirmamos o estigma e a patologização como determinantes das condições de sofrimento e de agravos à saúde de GLBT. (LIONCO, 2008, p.13)

Situa-se assim o termo equidade como componente indissociável da universalidade do direito à saúde, onde o acesso e efetividade das ações e das políticas dependem do reconhecimento de determinantes e condicionantes sociais a que determinadas populações são submetidas e à capacidade de participação democrática destes grupos nos espaços de formulação das políticas.

Cabe demonstrar que estes movimentos sociais apresentam produções conceituais que permitem a compreensão da equidade em contexto de reafirmação universalidade de direitos. Tratando-se, portanto de uma perspectiva de equidade ativa que extrapola o mero discurso de princípios e que torna-se componente estratégico de elaboração, planejamento e execução de políticas sociais.

(...) proponho o conceito de universalismo útil para designar uma política em que a difusão dos princípios universais de não discriminação se articula com a manutenção de recursos identitários constitutivos de subculturas valorizadas pelos sujeitos envolvidos. Assim se torna possível defender uma aplicação generalista das leis e, simultaneamente, uma proteção jurídica direcionada para um grupo tendencialmente excluído. Um universalismo útil, moldado pelo compromisso entre os direitos universais e especificidades culturais, é uma condição necessária à construção de modelos jurídicos multiculturais em sentido emancipatório. (SANTOS, 2004 p.13)

Conclui-se que mesmo diante da polissemia muitas vezes conflituosa do termo equidade, este se apresenta como parte do discurso reivindicatório de movimentos sociais que em sua busca por visibilidade e pelo atendimento a suas demandas em saúde conseguem intervir nas instituições, fomentar novos espaços de participação e por conseqüente ampliam a capacidade técnica, ética e política do SUS.

2.3 O Movimento LGBT e a participação social em saúde

A inserção política dos movimentos LGBT nos espaços de participação social em saúde deu-se de forma crescente ao longo da história do SUS, podendo se falar que a inserção do Movimento LGBT nestes espaços é fruto de sua contínua evolução.

Machado (2005) discorre a respeito dos momentos originários dos movimentos LGBT no Brasil e no mundo situando a influência norte-americana e europeia no surgimento do movimento LGBT brasileiro.

O caso do movimento LGBT enquadra-se no conjunto de experiências que inovaram o campo das ações coletivas. Temáticas antes ignoradas ou mesmo negadas no conjunto dos movimento sociais passam a fazer parte da realidade política brasileira e latino americana após os processos de democratização destes países.

Os movimentos sociais que surgem após a abertura política na América Latina desenvolveram culturas políticas pluralistas que transcendem a

política institucional, e as concepções de cidadania e democracia formais garantidas através das instituições sociais. Para estes novos atores sociais o político é mais que um conjunto de procedimentos, vai além dos espaços privados, sociais, econômicos e culturais, e a cidadania é algo dinâmico, em constante movimento entre sujeitos, atores e instituições sociais (Álvares; Dagnino; Escobar, 1998 apud MACHADO, 2007, p.44)

Gradativamente a relação entre os movimentos LGBT e o direito à saúde se qualificou a medida que estes movimentos compuseram e ampliaram sua identidade, trazendo para o campo da saúde seu acúmulo na luta por direitos humanos, liberdade sexual, combate à violência e acesso a direitos civis que lhes eram negados (como extensão de cobertura de planos de saúde para cônjuges do mesmo gênero, união civil, reprodução assistida e direito à adoção, entre outros).

De um modo geral, a democratização dos lugares sociais relacionados às identidades sexuadas, ou identidades de gênero, tem se acentuado nas últimas décadas. Temos visto uma transformação dos discursos científicos, das legislações nacionais e das práticas sociais que definem a identidade social e a cidadania dos homossexuais e de outros grupos oprimidos. Esses novos espaços conquistados só foram possíveis através da militância que se organizou em torno das demandas deste segmento e que aos poucos foi politizando novas questões e produzindo antagonismos sociais anteriormente impensáveis. (MACHADO & PRADO 2009, p.1)

Lionço (2007) ao realizar um breve histórico apresentando a organização do movimento LGBT no Brasil situa em 1978 o ano de início da organização desta população no Brasil com a edição, no Rio de Janeiro, do jornal 'Lampião da Esquina', articulando jornalistas, artistas e intelectuais homossexuais e paralelamente, o surgimento em São Paulo do Projeto SOMOS – Grupo de Afirmação Homossexual, que marcou o início da organização civil de gays em torno da luta pela cidadania, tendo, a partir da década de 80, espelhado outras inúmeras iniciativas de organização e mobilização social, em diferentes estados brasileiros, pela garantia de direitos humanos e denúncia de violência e discriminação contra LGBT.

A historicidade e a caracterização da atuação do Movimento LGBT no Brasil vem sendo alvo de produções e pesquisas que debruçam-se prioritariamente nas formas de ação coletiva à exemplo das "Paradas Gay".

O Brasil vem contribuindo em grande parte para a visibilidade das reivindicações do movimento GLBT, tendo congregado, na Parada do Orgulho GLBT de 2006, em São Paulo, 3 milhões de participantes (Facchini e col., 2007), configurando a maior mobilização social do gênero no mundo. A mobilização da sociedade civil pela reivindicação de direitos iguais

para GLBT vem ascendendo fortemente no Brasil, tendo sido realizadas, em 2005, 75 paradas em diversas localidades do país, passando o número de manifestações, em 2006, para 102 paradas, aumentando para 300 o número de eventos políticos pela visibilidade dessa população em 2007, segundo comunica em rede virtual a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros (ABGLT) (LIONÇO, 2008, p.13)

A presente pesquisa não pretende realizar uma caracterização pormenorizada do sujeito coletivo denominado aqui por Movimento LGBT. Entretanto, para a compreensão do conjunto de produções deste movimento no campo saúde é preciso o reconhecimento de que este sujeito coletivo compõe-se de forma única em relação aos demais movimentos sociais.

Estudos e bibliografias relativas ao Movimento LGBT apresentam grande diversidade de práticas e concepções políticas a respeito da existência de uma unidade e de uma identidade coletiva. (MACHADO;PRADO, 2005).

A pluralidade de determinantes sociais em saúde, de práticas e de demandas de gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transgêneros e transexuais tornam este movimento um conjunto multifacetado onde cada segmento apresenta-se como movimento em si, que compõem em um processo de aglutinação política um sujeito coletivo que se faz representar.

No entanto, quando se trata da identidade coletiva, fica evidente que dentro da diversidade de práticas que os grupos empreendem, é possível compor, ainda que temporariamente, uma unidade necessária da delimitação de uma identidade coletiva. Para além desta unidade, é importante destacar o movimento processual de negociação constante que este conjunto de práticas sociais, discursos e articulações objetivando a constituição de um sujeito coletivo na participação política e social. Essa participação empreende ações que formam relações antagônicas principalmente no que diz respeito aos valores repressores da sexualidade, contudo, reverberam em outras instâncias políticas agregando demandas sociais aos seus discursos e práticas, acessando canais de interlocução política com atores diversos (MACHADO;PRADO 2009, p.1).

Resumidamente, esta complexidade faz parte do processo de construção, manutenção e adaptação desta identidade coletiva trazendo sempre dois ângulos: de um lado, a complexidade interna de um ator, a pluralidade de orientações que o caracteriza; de outro, a sua relação com o ambiente (outro atores, oportunidades/vínculos). (MELUCCI, 2001).

Cabe, portanto a esta pesquisa reconhecer que o conjunto de demandas em saúde apresentadas pela população LGBT não se configura de forma monolítica, e sim de forma complexa havendo pontos de convergência de todos os segmentos,

como no caso da homofobia, e pontos de afirmação unitária como no caso das demandas relacionadas à Transexualização.

A vinculação do Movimento LGBT às questões de saúde perpassam a historicidade da epidemia de AIDS na década de 80, tendo esta doença fator decisivo na organização e atuação deste movimento.

Na década de 80 o cenário do movimento LGBT alterou-se, porém ao contrário do que se pensa, esta década é apontada como um momento de declínio do movimento homossexual. Esta decadência está atrelada a fatores como a necessidade de reorganização e de reformulação de estratégias com o fim da ditadura, a opção por novas formas de articulação junto a partidos políticos e a divergências sobre a institucionalização ou não destes movimentos (Facchini, 2005)

Entretanto, o enfrentamento da AIDS significou um novo momento de atuação do movimento LGBT, quer seja no enfrentamento ao estigma quer seja pela inserção de movimentos LGBT (em destaque as ONGs ligadas à temática AIDS) nas ações de saúde.

(...) os grupos gays foram atores importantes no processo de transformar a vida gay em algo mais que comportamento sexual, colocando em pauta a possibilidade da expressão social. Essas organizações muitas vezes são vistas como pontes de comunicação entre comunidades gays locais e acontecimentos de universos mais amplos, abrindo espaços de sociabilidade que são democratizadores, atraindo pessoas que não têm acesso aos guetos comerciais, por condições econômicas desfavoráveis ou outros motivos.

A forte confluência, entre os grupos GLBT, das políticas de prevenção às DST's/AIDS, se deve também a questões estruturais, uma vez que o Ministério da Saúde oferece recursos nesta área, chegando a financiar desde a distribuição de preservativos até eventos como as Paradas. As políticas de prevenção seguiram a lógica de que construir uma comunidade gay sólida, baseada na solidariedade, seria mais eficaz na luta contra a AIDS que simplesmente informar e educar a população (MACHADO, 2007, p.65).

Vale entretanto ressaltar que no contexto da década de 90 estas parcerias significaram muitas vezes a terceirização de atividades estatais a grupos de caráter social como ONGs, OSCIP, o que demonstra mais uma vez o caráter contraditório da saúde brasileira.

Dentre as atuais ações do Movimento LGBT no Brasil destaca-se aqui a inserção da representação LGBT no CNS demonstrando o reconhecimento do potencial dos conselhos de saúde na intervenção e construção de ações que

efetivem a saúde LGBT. O movimento LGBT passou legalmente, em 2006, a compor o conjunto de representações denominadas de usuários⁶.

A inserção de um movimento social de caráter nacional, em um espaço como o CNS desperta, a partir de suas ações comunicativas, o reconhecimento da importância dos conselhos de saúde em cada localidade. Leva, em consequência, os movimentos sociais locais, à busca de inserção semelhante.

Um Movimento Social como o nosso só se faz ser ouvido quando tem uma proposta de mudança, ou seja, a agenda do movimento GLBT que aponta para os objetivos que deseja alcançar buscando igualdade de direitos, inclusão social e cidadania plena para essa comunidade. Daí a necessidade do projeto no nível local, nacional e internacional (ABGLT, 2006, p.26).

É notável a ampliação da participação destes movimentos nas conferências de saúde nos âmbitos municipais, estaduais e nacionais bem como a inserção de suas pautas nestes espaços. Como exemplo encontra-se como proposta aprovada da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Incorporar, após avaliação criteriosa, novas tecnologias na melhoria, implementação e modernização do sistema de saúde, buscando maior equidade regional, de gênero, de raça/etnia e de orientação sexual, com garantia de acesso e amplo controle social (BRASIL, 2004, p.143).

Para a compreensão da crescente inserção da temática LGBT na política de saúde é preciso apontar a abertura de novos mecanismos institucionais na política de saúde como a constituição de comitês técnicos de promoção da saúde da população do campo e floresta, população negra e população LGBT. Estes espaços propiciam o encontro entre as demandas destes grupos e as áreas técnicas do Ministério da Saúde na perspectiva de diminuir as desigualdades que se apresentam nos perfis de morbi-mortalidade, no acesso aos serviços de saúde e na qualidade da atenção humanizada.

A ampliação do debate a respeito das especificidades ou determinações sociais, a que estes grupos estão expostos, e as demandas apresentadas por movimentos sociais à gestão do SUS propiciaram a criação desses comitês. (Costa e Lionço, 2006).

⁶ Mesmo utilizando ao longo deste estudo as nomenclaturas legais atribuídas aos segmentos componentes do Conselho Nacional de Saúde definidos por gestores, prestadores de serviço, trabalhadores e usuários, incorpora-se aqui o alerta realizado por Côrtes (2009) que tal nomenclatura não configura-se enquanto instrumento analítico adequado para a compreensão de processos políticos envolvendo atores coletivos. Prioriza-se aqui a caracterização deste movimento social enquanto sujeito coletivo conforme demonstrado na introdução.

Realizada em 2008, a 13ª Conferência Nacional de Saúde, no eixo “Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento” referendou propostas que exemplificam inserção de pautas destes movimentos.

Garantir financiamento nas três esferas de governo para a criação, a implementação, a ampliação e a manutenção dos serviços de referência à saúde do idoso, às pessoas com deficiência (...) e **homofobia** com equipe multiprofissional, e para o desenvolvimento das ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação, além da ampliação do acesso inclusive em municípios de menor porte (BRASIL, 2008, p.76).

Monitorar a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e de adolescentes via Conselho Nacional de Saúde articulado com os conselhos de Educação e de Ciência e Tecnologia, considerando diferenças étnico-raciais, religiosas, de gênero, **de orientação sexual**, geracionais, sofrimento psíquico, físico e/ou desempenho cognitivo, garantindo condições materiais, educacionais, políticas e simbólicas para o exercício de direitos das mulheres de forma livre e amparada socialmente, assegurando sua autodeterminação e impedindo ações coercitivas sobre suas escolhas sexuais e reprodutivas (BRASIL, 2008, p.21).

Tais formulações apontam para a necessidade de um olhar diferenciado para as atuais formas de participação social em saúde que para além da perspectiva de atuação política em torno de demandas específicas atua no sentido de modificação da relação da sociedade civil com o Estado. Relação essa que ultrapassa os limites da reivindicação chegando ao nível das formulações legais, da atuação do poder judiciário e da execução de políticas pelo poder executivo.

(...) a marca da democracia moderna, permitindo sua passagem de democracia liberal a democracia social, encontra-se no fato de que somente as classes e grupos populares e os excluídos concebem a exigência de reivindicar direitos e criar novos direitos. Isso significa, portanto, que a cidadania se constitui pela e na criação de espaços sociais de lutas (...) e pela instituição de formas políticas de expressão permanente (...) que criem, reconheçam e garantam direitos (CHAUÍ, 2005, p.25).

A análise do conjunto de materiais produzidos pela ABGLT permite afirmar que o reconhecimento dos espaços de participação social e sua importância na estruturação de direitos já é parte do conjunto de reivindicações do movimento LGBT brasileiro, e que a saúde é compreendida enquanto campo profícuo para a inserção das demandas desta população.

Em termos de controle social, a Saúde Pública tem sido a instância em que os GLBT têm tido crescente representação e atuação, principalmente devido à organização social em resposta à epidemia da AIDS. Ganha-se

espaço também nos Conselhos Estaduais e Municipais de Direitos Humanos, porém observa-se que apenas 14 dos 27 estados atualmente têm Conselhos de Direitos Humanos, e em muitos casos estes são constituídos a partir de nomeações em vez de eleições nas Conferências de Direitos Humanos e/ou similar, deixando portanto de se abrir para a verdadeira representação social plural. (ABGLT, 2006 p.24)

É nesse cenário que a categoria equidade mostra sua potencialidade para refletir a respeito da conjuntura atual da participação social nos conselhos, conferências e demais espaços de formulação da política pública de saúde, estabelecendo reflexão dialética.

Para a reflexão aqui estabelecida cabe ainda ressaltar o papel de “modelo indutor” do Conselho Nacional de Saúde observado pelo reconhecimento de suas resoluções pelos conselhos estaduais e municipais, assim como suas mudanças estruturais. Pode-se assim afirmar assim, que a inserção de novas representações no CNS gera a expectativa de inserções semelhantes em estados e municípios em uma capilarização descendente. Essa capacidade é afirmada nos estudos de Côrtes (2009) que reflete sobre a influência do CNS sobre os conselhos estaduais e municipais tornando-se “o principal veículo de consolidação da nova comunidade” (CÔRTEZ, 2009 p.67).

Capítulo III - O Movimento LGBT no Conselho Nacional de Saúde – equidade na participação e no controle democrático

No presente capítulo se apresenta os resultados da análise documental das atas do CNS no período de 2004 a 2008. Tal análise apresenta o contexto prévio de inserção da representação LGBT no CNS, demonstrando que tal inserção está intimamente relacionada às modificações deste espaço em sua constante reconfiguração.

3.1 Conflitos e consertações em torno da (re)composição do CNS

Conforme apresentado no capítulo 1 item 1.3 desta pesquisa, o Conselho Nacional de Saúde apresenta mudanças em sua composição derivadas, sobretudo, da conjuntura política brasileira. Tratando-se da inserção de novas representações neste espaço, é possível afirmar que este fato representa um novo momento na participação social em saúde que necessita ser caracterizado e analisado.

Cabe aqui ressaltar que não foi encontrada qualquer sistematização sobre o procedimento ou processo de inserção de uma entidade no CNS. Assim, o presente estudo buscou a partir da análise da inserção da representação LGBT, traçar elementos para a compreensão da dinâmica do CNS em relação à novas representações.

A análise do material referente ao ano de 2004, início da análise, foi marcado por intensa discussão a respeito do funcionamento e caracterização do CNS – destacando a questão do caráter deliberativo do Conselho. Na Reunião Extraordinária 29 realizada em outubro de 2004, por exemplo a pauta incluía: discutir o Regimento Interno do CNS, o Regimento Eleitoral para o CNS, e a proposta de regulamentação para o funcionamento das Comissões e Grupos de Trabalho do CNS.

(A) (Secretária Executiva-CNS) fez um breve histórico sobre o processo de debate da composição do Conselho Nacional de Saúde. Explicou que, desde a criação do Conselho, em 1990, houve várias discussões, no âmbito do CNS, sobre a composição do Conselho, contudo, nenhuma das propostas apresentadas foi homologada. (...).(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004)

Em que pese a falta de consenso apontada, esse processo do CNS é considerado um modelo a ser seguido pelo os demais conselhos de saúde no Brasil. O CNS aparece assim como capaz de potencializar mudanças na composição, nas pautas e agenda política que reverberam para as demais instâncias de controle social.

(A) (Secretária Executiva-CNS) Ressaltou que as eleições do Conselho Nacional de Saúde deveriam possibilitar o ordenamento do processo eleitoral nacionalmente, ampliando a participação social, contribuir com o fortalecimento do Controle Social no país e definir método capaz de dar suporte para as ações de democratização dos Conselhos de Saúde frente à desburocratização e para o enfrentamento do caráter cartorial ao qual alguns Conselhos Estaduais e Municipais estão submetidos (...).(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004)

O debate a respeito do Decreto **Nº 4.878/03**, e as mudanças operadas na composição do CNS são exemplares nesse sentido. Nessa oportunidade tanto se observou a proposição de inserção de novas representações, como questionamentos sobre a estrutura política e eleitoral, destacando-se a proposta de modificação do sistema de escolha da Presidência do referido conselho. Anteriormente pertencente ao Ministro de Estado da Saúde, propôs nessa ocasião que a ocupação desta função fosse deliberada pelo conjunto de conselheiros, estando os titulares de representações aptos em sua totalidade à concorrer ao posto.

O Plenário aprovou a proposta, por unanimidade, ficando assim o texto “O Conselho Nacional de Saúde (CNS), presidido pelo Ministro de Estado da Saúde” substituído por “O Conselho Nacional de Saúde (CNS) será presidido por um Conselheiro eleito em Plenário” e acrescido do trecho “O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação-Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário” CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

Nota-se que este debate não era recente no CNS uma vez que as argumentações apresentadas encontravam embasamento em resolução anterior já homologada.

(F) CNTSS propôs que o art. 1º fosse adequado à Resolução nº 333/03, definindo que o Conselho seria presidido por um Conselheiro eleito em plenário e não pelo Ministro da Saúde. Além disso, sugeriu que fosse acrescentada ao artigo a redação do inciso VII, Quarta Diretriz, da Resolução nº 333/03 nos seguintes termos “O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação-Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário”CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004) .

A modificação do caráter da presidência do CNS de delegação nata a cargo elegível é fator de destaque na caracterização do funcionamento do CNS sendo alvo recente de estudos a respeito do processo deliberativo e das características da relação entre a gestão em saúde e os espaços de participação social.

Em que pese os dissensos observados, esse processo põe em relevo o papel modelar atribuído ao CNS em relação aos demais conselhos de saúde no Brasil. Destaca-se sua capacidade de potencializar mudanças na composição, nas pautas e agenda política que podem reverberar para as demais instâncias de controle social.

(A) (Secretária Executiva-CNS) ... as eleições do Conselho Nacional de Saúde deveriam possibilitar o ordenamento do processo eleitoral nacionalmente, ampliando a participação social, contribuir com o fortalecimento do Controle Social no país e definir método capaz de dar suporte para as ações de democratização dos Conselhos de Saúde frente à desburocratização e para o enfrentamento do caráter cartorial ao qual alguns Conselhos Estaduais e Municipais estão submetidos. (CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004)

3.2 Ampliação do número de vagas e diversificação das representações no CNS.

A questão do número de vagas em virtude da recomposição do CNS foi ponto polêmico que permeou todo o debate acerca do processo eleitoral nos anos de 2004 e 2005. As ponderações expressas por conselheiros e conselheiras revelam preocupações de origens distintas: a organicidade, a sustentabilidade e a manutenção orçamentária do CNS e outros aspectos políticos foram a tônica das discussões, embora os segmentos não tivessem debatido previamente a questão em suas bases.

Conselheiro **(L)(ONG-AIDS)** disse que o segmento dos usuários também não havia discutido a ampliação do número de Conselheiros.

(C)(MS) perguntou o porquê de os Conselheiros titulares possuírem duas suplências. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que o Plenário decidiu definir a segunda suplência em face dos vários pedidos de participação no Conselho e na perspectiva de ampliar a sua representação. Além disso, disse que, informalmente, havia uma segunda suplência e, em 2003, o Plenário decidiu oficializar os Conselheiros segundos suplentes.

(D) (Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CNTSS) ressaltou que a definição de duas suplências no CNS foi uma alternativa política para garantir a participação das entidades que pleiteavam vaga no CNS.

(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004)

Nota-se que, embora a temática de ampliação das vagas não houvesse sido alvo de debates anteriores, a necessidade de garantir a ampliação e diversificação da participação neste espaço já levava o CNS, por meio do uso das suplências, a garantir em sua estrutura uma forma institucionalizada para novas participações.

Conselheiro **(D) Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CNTSS** ressaltou que a definição de duas suplências no CNS foi uma alternativa política para garantir a participação das entidades que pleiteavam vaga no CNS.

Conselheira **(B) Federação Nacional de Enfermagem** defendeu a manutenção das duas suplências, por entender que se tratava de uma forma de ampliar a representação no CNS e garantir a paridade nas discussões, na eventualidade de o conselheiro titular estar impossibilitado de participar das reuniões. Além disso, ressaltou que a primeira e a segunda suplência não traziam ônus para o Conselho, pois as despesas dos conselheiros suplentes eram financiadas pelas suas entidades ou por eles próprios, quando da participação do titular na reunião.

(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004)

Dois elementos chamam especial atenção a respeito da composição e funcionamento do CNS. O primeiro destes elementos é a preocupação com a “sustentabilidade” do CNS - abarcando o uso deste termo preocupações relacionadas tanto ao financiamento como ao processo de trabalho do CNS.

Conselheiro **(C) Ministério da Saúde** ponderou que a definição de dois suplentes para cada Conselheiro titular poderia estimular o descompromisso e dificultar o acompanhamento do processo de discussão no Conselho. Disse, ainda, que, na perspectiva de contemplar as entidades que pleiteavam a participação no CNS, poderia ser feito rodízio entre as entidades na titularidade e na suplência.

Conselheira **(B) (Federação Nacional de Enfermagem)** manifestou preocupação com a possibilidade de ampliação do número de Conselheiro, por entender que comprometeria a agilidade dos trabalhos e traria maior custo para manutenção do CNS. Por outro lado, disse que o segmento dos trabalhadores não tinha posição fechada sobre a questão, em virtude de não tê-la discutido.

(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004)

O segundo elemento é a possibilidade da estratégia utilizada pelo CNS de garantir diversidade política. É fato público que as vagas destinadas a cada representação (portadores de patologia, entidades de produção de conhecimento, movimentos populares etc) é preenchida por entidades diferentes da entidade titular, muitas vezes com perfis de produção e atuação desconexas.

Nesse contexto, a entidade titular sendo diferente de sua suplente tende a repercutir no processo deliberativo do CNS que se apresenta flutuante e dependente

da composição de seu plenário em determinado momento. Nota-se que a garantia de presença do suplente financiada pelo Conselho, apenas na ausência do titular torna ainda mais preocupante a questão da rotatividade de conselheiros e entidades, sobretudo nos processos decisivos. Esta rotatividade é expressa em falas a respeito da ausência (falta) de conselheiros.

Outro ponto de destaque em relação à composição do CNS, materializada anteriormente pelo Decreto Nº 4.878/03, diz respeito ao debate sobre as responsabilidades e funções do Ministro da Saúde enquanto membro do CNS.

(A) (Secretária Executiva-CNS) Ressaltou que, caso o Plenário decidisse não alterar a atual composição do CNS, seria necessário discutir o art. 3º do Decreto, em face do entendimento da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR/MS) de que a competência do Ministro da Saúde era identificar e designar as instituições e entidades do CNS e não apenas nomeá-las. Acrescentou que não havia consenso com a CONJUR/MS sobre a alteração da redação do referido artigo, apesar da posição do Ministério da Saúde favorável à modificação (CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

Nota-se que até o momento deste debate, a função legal de identificação, definição e nomeação das entidades componentes do CNS estivera a cargo do Ministro da Saúde. Situação que refletia a perspectiva histórica deste espaço enquanto parte integrante, e por que não dizer hierarquicamente vinculada à gestão do SUS. Este debate reflete ainda sobre a função do CNS no SUS e seu caráter deliberativo e foi um marco de revisão e definição deste espaço.

(A) Secretária-Executiva do CNS, explicou que o Advogado Geral da União, Álvaro Augusto, reconhecia o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde, no entanto, essa posição não havia sido discutida com o conjunto da AGU. De tal forma, o entendimento da AGU era que as decisões do CNS não deveriam, necessariamente, serem homologadas pelo Ministro da Saúde. (CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

3.3 Impasses e Dilemas na categorização de novos sujeitos coletivos no sistema de representação do CNS

Os debates tratados acima ilustram as dificuldades de dar concretude às representações nos conselhos de saúde, com base na Lei 8142/1990. O interesse por participar no espaço do CNS e a pertinência desta participação, como se colocou então o pleito de entidades estudantis e sociedades científicas, não encontrou correspondência exata e imediata nas definições inscritas na Lei, referentes às categorias de Usuários, Trabalhadores, Gestores e Prestadores de Serviço. Esse

debate dinamizou e influenciou todo o processo de configuração da composição do Conselho Nacional de Saúde, como ilustram as citações a seguir:

(E) (Confederação Nacional dos Trabalhadores agrícolas-CONTAG) perguntou qual era a diferença entre as “sociedades nacionais para a pesquisa científica” (letra “j”, inciso I, segmento dos usuários) e “comunidade científica” (letra “b”, inciso II, segmento dos trabalhadores em saúde). A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que o Ministro da Saúde indicava três representantes da sociedade civil ou da comunidade científica para participar do Conselho e, até 2002, essas vagas eram ocupadas pelos Conselheiros Willian Saad Hossne, Carlyle de Macedo e Clair Castilhos Coelho. Contudo, na recomposição aprovada em julho de 2003, foi reservada uma vaga para a sociedade científica no segmento dos usuários e, provisoriamente, duas vagas no segmento dos trabalhadores em saúde para a comunidade científica, até a conclusão da regulamentação, quando seria discutida a categorização das entidades. Dessa forma, seria importante retomar esse debate.

(...)Conselheiro **(F) (Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CNTSS)** discordou da proposta de incluir as sociedades nacionais para a pesquisa científica no segmento dos trabalhadores, justificando que se tratavam de entidades organizadas em Centros de Pesquisas Públicos e Privados e prestavam relevantes serviços à saúde.

(...)
Conselheiro **(G) (Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS)** destacou, como pesquisador e professor universitário, que não se sentia contemplado no segmento dos gestores e prestadores de serviço, mas sim, no segmento dos trabalhadores, por ser um trabalhador da ciência, ou no segmento dos usuários, por ser um usuário do Sistema. Conselheiro **(D)(CNTSS)** ressaltou que a maioria dos Conselheiros manifestou-se favorável à retirada da comunidade científica do segmento dos usuários e a discussão estava voltada à reserva de vaga para entidades no segmento dos trabalhadores. Ressaltou que era legítima a participação da comunidade científica no segmento dos trabalhadores, mas, para isso, as entidades teriam de disputar uma vaga no segmento.

(...)
Conselheiro **(G) (CONASS)** questionou o consenso sobre a não inclusão da comunidade científica no segmento dos usuários, tendo em vista que o conceito de usuário do SUS não era claro.

(...) Conselheira **(H) (suplente-Ministério da Saúde)** acrescentou que as entidades representantes da comunidade científica no CNS (ABRASCO, SBPC e Rede Unida) não se configuravam como prestadoras de serviços, pois congregavam pesquisadores em ciência e tecnologia ou professores universitários, devendo ser contempladas no segmento dos trabalhadores da saúde.

(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

Merece destaque ainda nesse processo de recomposição do CNS, a definição da representação estudantil. Este debate representa as dificuldades de se categorizar a participação nos moldes da Lei 8142.

Conselheiro **(I) (Entidade Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências - MORHAN)** ressaltou que era necessário debater a categorização das entidades que pleiteavam vaga no segmento dos usuários, considerando a dificuldade de categorizar, por exemplo, os estudantes, que *não eram trabalhadores e não possuíam a lógica de usuário do SUS*.

(...)

(C)(MS) (...) Além disso, defendeu que fosse contemplada, no CNS, a representação da juventude, que poderia ser feita pela UNE, UBES e demais movimentos sociais de jovens ligados à saúde.

A Secretária-Executiva do CNS, **(A)**, (...) Acrescentou que a atuação dos movimentos de estudantes da área da saúde, na 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi voltada à área do trabalho. Por outro lado, enfatizou que era preciso considerar o movimento de estudantes, não representados na Conferência, que desenvolvia trabalhos com a comunidade, por exemplo.

(...)

Conselheira **(J) (Associação dos Celíacos do Brasil-ACELBRA)** ressaltou que deveria ser contemplado no segmento dos usuários *apenas o movimento de estudantes secundaristas, pois os estudantes universitários possuíam uma visão voltada à área profissional*.

(...)

Conselheiro **(L) (ONG-AIDS)** ressaltou que, na sua visão, o segmento de estudantes não deveria ser incluído no segmento dos usuários, tendo em vista a peculiaridade dos *estudantes como usuários do sistema de formação*.

(...)

(M)(Movimentos Organizados de Mulheres em Saúde) considerou que a identidade do *estudante universitário e pós-graduado* estava voltada para a área profissional, devendo ser contemplado no *segmento dos trabalhadores*.

Conselheiro **(I) (Entidade Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências - MORHAN)** declarou o seu voto, no sentido de esclarecer que era favorável à inclusão de representação de estudantes no Conselho, contudo, entendia que havia um problema de categorização desse movimento, que não se ajustava em nenhum dos segmentos do CNS.

Tendo havido empate, Conselheiro **(C) (MS)** abriu espaço para uma manifestação contra e uma a favor à inclusão de organizações de estudantes no CNS, com indicação do segmento onde deveriam ser contempladas. Conselheiro **(D) (CNTSS)** afirmou que era preciso trabalhar a partir das demandas e da perspectiva de ampliação da representação do Conselho. Nesse sentido, defendeu a participação dos estudantes no Conselho, na perspectiva de engajar esse segmento na luta pela defesa do SUS. Disse que a representação dos estudantes deveria ser contemplada no segmento dos usuários, pois, como os demais setores da sociedade civil, os estudantes eram usuários do SUS. Acrescentou, ainda, que as entidades representativas desse segmento, apesar de não terem uma história de participação de defesa do SUS, deveriam ser as responsáveis por definir as entidades que representariam os estudantes no CNS.

Conselheiro **(I) (Entidade Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências - MORHAN)** enfatizou que seria necessário discutir a categorização dos estudantes, pois não se ajustavam nos segmentos do SUS. Disse que os representantes dos usuários eram favoráveis à inclusão

do segmento dos estudantes no Conselho, entretanto, discordavam, da sua inclusão no segmento dos usuários, (C) **(MS)** colocou em votação as seguintes propostas: **1)** incluir a representação dos estudantes no segmento dos usuários; ou **2)** não incluir a representação dos estudantes no segmento dos usuários. **A proposta número um recebeu onze votos. A proposta número dois recebeu onze votos. Uma abstenção.** Conselheiro **(N)(Ministério da Saúde)**, frente à divisão do Plenário, sugeriu que os trabalhos fossem suspensos,

Conselheiro (L) **(ONG-AIDS)** registrou que a bancada dos usuários não chegou à conclusão de que a representação dos estudantes deveria ser incluída no segmento dos usuários, mas sim, que deveria ser garantida a participação desse segmento no Conselho.

(L) (ONG-AIDS), disse que seria necessário rediscutir a categorização da representação dos estudantes no Conselho.

(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

Vale ressaltar que o debate acerca da categorização de qualquer entidade participante do CNS deve atender a manutenção da paridade definida em lei e no Regimento Interno do Conselho Nacional. Nos termos da lei 8142/90 § 4º “A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”(BRASIL , 1990).

A paridade em questão torna-se melhor definida em por resolução do próprio CNS que define em sua resolução nº 333.

O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. (CNS 2003, p.1)

Assim, para além das considerações políticas a respeito da caracterização de entidades no CNS, encontra-se a argumentação de manutenção da paridade, enquanto aspecto basilar do processo deliberativo dos conselhos de saúde.

Essa questão ao materializar-se abre além disso, um debate interno, em cada segmento, de caráter mais pragmático, em torno da permanência, rodízio e exclusão das organizações já inseridas formalmente no processo de constituição do CNS, para possibilitar a inserção dos novos sujeitos.

(O)(Confederação Nacional dos Bispos do Brasil-CNBB) esclareceu que a bancada dos usuários decidiu garantir a participação da representação dos estudantes no segmento dos usuários, apesar de o Plenário não ter

chegado à conclusão sobre a categorização desse segmento. Após essas considerações, **chegou-se a acordo sobre a inclusão da representação dos movimentos organizados de estudantes no segmento dos usuários e o agrupamento das representações de entidades de defesa dos direitos humanos e do direito do consumidor.**

(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

No contexto de enquadramento por segmento no CNS, a população LGBT foco do presente estudo não apresentou dificuldades em sua caracterização. Entretanto veremos a seguir que mais do que sua inserção enquanto representação de usuários essa população apresenta diferenciais no processo de entrada no CNS.

3.4 A inclusão de representações de novos sujeitos coletivos no CNS - o movimento LGBT

O pleito de inclusão da representação da população LGBT caracteriza-se pela inserção desta população conjuntamente com outras propostas por representação, entretanto podemos caracterizar que o processo se deu por duas vias de inclusão: demandas diretas de participação realizadas por movimentos sociais e por proposições de entidades que já possuíam representação no CNS mas que demonstravam interesse em diversificar a participação nesse espaço. Os trechos abaixo ilustram esta dinâmica.

(...)

Conselheiro **(O) (Confederação Nacional dos Bispos do Brasil-CNBB)** destacou a letra "b" do inciso para requerer a concessão de mais uma vaga para as confederações nacionais de entidades religiosas, de forma a contemplar outras representações religiosas.

(...)

Conselheira **(P) (Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas)** defendeu que fosse garantida uma vaga para a religião de maioria e uma para o Conselho Nacional de Igrejas Cristãs, que congregava várias religiões.

(...)

A Secretária-Executiva do CNS, **(A)**, disse que, além de apreciar a solicitação apresentada pelo Conselheiro **(O) (Confederação Nacional dos Bispos do Brasil-CNBB)**, o Plenário teria de decidir se seriam contempladas, na composição do Conselho, as entidades de defesa do consumidor e as entidades ambientalistas (definidas na Resolução nº 333/03) e se seriam acatados os pedidos de participação do movimento negro e dos estudantes.

(A)(...) A propósito dos estudantes, explicou que a solicitação de participação no CNS foi apresentada pelas Executivas Nacionais de Estudantes da Área da Saúde e não pela UNE e UBES

(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

A existência de duas vias de inclusão da representação no CNS fica caracterizada nos trechos a seguir. Nota-se que a afirmação de “garantir maior representatividade ao CNS” não é estabelecida na perspectiva de maior pluralidade e diversidade de temáticas com direito à representação no CNS. Trata-se de uma representatividade composta pela determinação dos componentes segundo critérios, julgamentos e avaliações dos já membros.

(L)(ONG-AIDS) (...) Destacou, ainda, que o objetivo do debate era garantir maior representatividade ao Conselho e não atender às demandas que chegaram ao CNS.

Conselheiro (I) **(Entidade Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências - MORHAN)** disse que o Plenário teria de definir se trabalharia na lógica de garantir maior representatividade ao Conselho ou de atender às demandas.

(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

O trecho abaixo permite constatar que a via de inclusão de novas representações, por demanda de movimentos sociais, não é de fato uma via institucionalizada. O CNS não divulgou à sociedade que estaria modificando sua composição e passível de incorporar a representações de novos sujeitos coletivos. Mesmo compreendendo que o processo eleitoral para o CNS é um processo público, aberto e amplamente divulgado, não houve neste debate prévio de composição, a possibilidade dos segmentos que não se encontram representados demandarem sua inclusão, a não ser que a entidades já representadas propusesse esta inclusão.

(B)(Federação Nacional de Enfermagem) disse que era um equívoco definir a composição do segmento dos usuários a partir de demandas, pois não havia sido divulgado à sociedade que o Conselho reabriria a discussão sobre sua composição, impossibilitando o envio de pleitos de participação no Conselho. Além disso, disse que a discussão do dia anterior não foi pautada em demandas. (CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

Este papel de propositor da composição do espaço, atribuído aos conselheiros de saúde do CNS torna-se mais claro nos trechos abaixo.

Conselheiro **(F)(Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CNTSS)** disse que a base para o debate da composição do CNS não era as demandas, mas sim, a abrangência das representações que poderiam contribuir para a consolidação do SUS.

Conselheiro **(D)** defendeu que as demandas colocadas fossem debatidas, na perspectiva de ampliar a representatividade do Conselho, utilizando como critério de escolha a interface das entidades com o SUS.

Conselheiro **(C) (MS)** (...) lembrou que haviam sido registrados os seguintes pleitos: mais uma vaga para as organizações religiosas; uma vaga para movimentos organizados de estudantes; uma vaga para entidades ambientalistas; uma vaga para entidades de defesa dos direitos humanos; uma vaga para entidades de defesa dos direitos do consumidor; e uma vaga para o movimento negro.

(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

Diante desta argumentação, afirmo que a ocupação política do CNS enquanto espaço de participação social, segue prioritariamente uma lógica interna de composição determinada pelo interesse e pelo reconhecimento da importância de algumas pautas ou segmentos sociais pelos já membros. Não foi citada ao longo dos debates nenhum pleito ou justificativa formal de defesa da inclusão de outras entidades que não a representação estudantil, sendo que o conjunto de demandas de representação presente nas falas dos conselheiros de saúde não pôde ser caracterizado. Este fato aponta que mesmo na existência da via de demanda direta por participação, esta é suplantada pela via de proposição dos já membros do CNS.

Assim, é possível refletir que mesmo enquanto espaço inovador de exercício da democracia, existem resistências políticas e conjunturais na inserção de novos sujeitos no CNS que remetem às resistências verificadas em todo o processo democrático brasileiro. A aceitação de novas pautas, o rompimento com paradigmas e discursos vigentes e sobretudo a construção de novas práticas democráticas pressupõe o reconhecimento destas resistências e o estabelecimento de processos de enfrentamento e debate, aqui exemplificado pelos debates acerca da inserção estudantil.

Outro fato a se destacar é que a estrutura vigente de utilização de suplentes, mesmo tendo a perspectiva de ampliação e diversificação do plenário do CNS não avança nesse sentido pelo simples fato de que as vagas são determinadas por temática representada o que impede que novos temas passem a compor este espaço pelo simples exercício da suplência. Além das divergências e problemas de articulação entre as diferentes organizações que compõem a representação titular e suplente, mencionadas anteriormente, que obstaculizam uma atuação mais orgânica e sincrônica.

3.4.1 O pleito de inclusão da representação LGBT

Seguindo a perspectiva das vias de inclusão anteriormente apresentadas, a inserção da população LGBT se deu a partir da proposição de uma conselheira já pertencente ao CNS. É emblemático o fato da solicitação de inclusão da representação LGBT ter sido realizada pela representante dos Movimentos Organizados de Mulheres em Saúde. Esse fato demonstra como a busca por visibilidade e participação política do movimento de mulheres tem papel de destaque na visibilização da luta da população LGBT. Outra relação possível de ser estabelecida é o fato de que a pauta de direitos sexuais e reprodutivos constituiu-se enquanto elemento fundante da militância feminista no campo saúde, sendo esta pauta permeada desde sua origem pelas questões referentes à orientação sexual.

O trecho abaixo apresenta a proposta de inclusão da representação LGBT, que se deu também nessa ocasião por proposição de integrante do CNS

(...) Conselheira **(M) (Movimentos Organizados de Mulheres em Saúde)** pleiteou uma vaga para o movimento de transgêneros, transexuais, gays, lésbicas e travestis. Conselheiro **(Q) (Entidade Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências - MORHAN)** sugeriu a concessão de uma vaga para as entidades representantes da pessoa ostomizada. Conselheiro **(C) (MS)** ponderou que as vagas do segmento dos usuários eram destinadas para entidades de defesa dos direitos das pessoas portadoras de patologias e deficiências e não para uma patologia específica(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

Permeado por debates referentes à critérios e definições a respeito de que entidades teriam direitos de representação no CNS iniciou-se o debate e a caracterização da inserção LGBT enquanto representação no CNS. Destaca-se que coube ao conjunto de conselheiros de saúde presente, a defesa e a caracterização da inserção não só dos representantes LGBT, mas das demais propostas de novas representações.

Um fato curioso deu-se na perspectiva de caracterização das entidades LGBT enquanto cativas à vagas de entidades de representação e defesa dos direitos humanos, proposta atribuída à representação da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB sendo contraposta pela representação do Movimento Nacional de Luta Contra a AIDS.

(...) Conselheiro **(O)(Confederação Nacional dos Bispos do Brasil-CNBB)**, na perspectiva de contemplar todas as demandas de participação no CNS, sugeriu que o movimento de transgêneros, transexuais, gays, lésbicas e travestis fosse contemplado nas entidades de defesa de direitos humanos.

Conselheiro **(L) (ONG-AIDS)** discordou da proposta de junção das entidades de defesa dos direitos humanos e movimento de transgêneros, transexuais, gays, lésbicas e travestis, considerando a peculiaridade dessa população.

(...)Conselheira **(B) (Federação Nacional de Enfermagem)** defendeu que o debate fosse feito no sentido de ampliar, de fato, a representação do Conselho, contemplando, por exemplo, populações excluídas como transgêneros, transexuais, gays, lésbicas e travestis. Conselheira **(R)(Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde - CFO/FENTAS)**, considerando o papel do SUS de ordenar de formação de recursos humanos da saúde, reafirmou a importância da participação dos estudantes no CNS, haja vista a atuação desse movimento em vários setores (saúde, educação, ambiente, entre outros).

(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

Cabe destacar no debate a respeito da participação da população LGBT a proposta de inclusão da representação de prostitutas.

Conselheiro **(E)(Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura)** manifestou-se favorável à inclusão do movimento dos estudantes no segmento dos usuários e sugeriu que o segmento das prostitutas fosse contemplado no grupo dos transgêneros, transexuais, gays, lésbicas e travestis.

Conselheiro **(C) (MS)** propôs que a proposta de inclusão do grupo das prostitutas no segmento dos usuários fosse tratada no debate do Regimento Eleitoral. Proposta foi acatada.

(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

Vale destacar que os movimentos sociais e representações políticas ligadas a profissionais aqui denominadas “prostitutas” existentes, não tem ligação direta entre sua organização e a organização do Movimento LGBT.

Este fato demonstra que para além da caracterização enquanto usuário, existe um crivo de seleção por parte dos conselheiros já membros em relação a novas entidades. Obviamente características como a abrangência nacional devem ser levadas em conta, no entanto as propostas de junção das entidades LGBT com entidades de direitos humanos e com a representação de prostitutas leva a entender que o plenário do conselho não possuía, à época, outros elementos que não os de ordem subjetiva e moral frequentemente, para a caracterização das demandas em saúde LGBT.

Conselheiro **(N) (MS)** sugeriu que o Plenário não apreciasse o pleito de participação das entidades de direitos humanos, não por desconsiderar a importância desse segmento, mas em função da existência do Conselho Nacional de Direitos Humanos. Com isso, poderiam ser contempladas as solicitações de participação dos demais segmentos.

Conselheira **(M) (Movimentos Organizados de Mulheres em Saúde)** disse que a OAB poderia ser contemplada no segmento dos direitos humanos e o movimento das prostitutas, no Movimento Organizados de Mulheres em Saúde.

(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

O debate acerca da inclusão de uma entidade vinculada à temática de Direitos Humanos não aprofundou em questões relacionadas às congruências e/ou divergências da importância do tema para o desenvolvimento de políticas de saúde. Nota-se que o debate acerca da inserção de novos atores permaneceu restrito ao problema de categorização de algumas entidades, sobretudo representações estudantis, no conjunto de segmentos contemplados nos conselhos de saúde conforme a lei.

Conselheiro **(C) (MS)** registrou que não foram destacados os pleitos das representações do movimento negro; do movimento de transgêneros, transexuais, gays, lésbicas e travestis; e das entidades ambientalistas e as polêmicas referiam-se às representações dos movimentos organizados de estudantes; dos direitos humanos; dos direitos do consumidor; e à destinação de mais uma vaga para as organizações religiosas. Em face das sete solicitações de participação e das seis vagas disponíveis, sugeriu que o Plenário apreciasse a proposta apresentada pelo Conselheiro **(N) (MS)** de não contemplar a representação dos direitos humanos, em função da existência do Conselho Nacional de Direitos Humanos.

(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

A justificativa apresentada para a não inclusão de “representação dos direitos humanos” teve por argumento a existência prévia de outro espaço de participação na construção de políticas. Esse fato demonstra uma racionalidade a respeito da participação social como se existissem articulações entre os espaços de participação das diferentes temáticas. Outro ponto a ser destacado é a importância dada à entidades de direito do consumidor, como se as mesmas configurassem população a ser representada no CNS.

Conselheiro **(D) (CNTSS)** considerou que era preciso garantir a participação de entidade de defesa dos direitos humanos no Conselho, de forma a responder à demanda específica da saúde. Propôs que o Plenário aprovasse as demandas que não foram destacadas e, em seguida, fosse feita a votação direta dos pleitos sobre os quais não se chegou a consenso. Conselheiro **(L) (ONG-AIDS)** sugeriu que fosse feito o agrupamento das entidades de defesa dos direitos humanos, de direitos dos consumidores e

da OAB em um único item. Conselheiro **(N)de Souza(MS)** retirou a sua proposta em favor da apresentada pelo Conselheiro **(L) Duarte(ONG-AIDS)**.

(...) Após essas considerações, chegou-se a acordo sobre a inclusão da representação dos movimentos organizados de estudantes no segmento dos usuários e o agrupamento das representações de entidades de defesa dos direitos humanos e do direito do consumidor. Definido esse item, Conselheiro (C) **(MS)** deu continuidade à apreciação das demandas. Perguntou se havia posição contrária à proposta de inclusão de representação do movimento negro no segmento dos usuários. **Não havendo destaque, a proposta foi acatada.**

(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

Nota-se no trecho abaixo que, superado os entraves de categorização de representações em usuários, trabalhadores ou prestadores de serviço, o conjunto de inclusões não configurou mais entrave às discussões de composição do CNS.

(...) Após essas considerações, chegou-se a acordo sobre a inclusão da representação dos movimentos organizados de estudantes no segmento dos usuários e o agrupamento das representações de entidades de defesa dos direitos humanos e do direito do consumidor. Definido esse item, Conselheiro (C) deu continuidade à apreciação das demandas. Perguntou se havia posição contrária à proposta de inclusão de representação do movimento negro no segmento dos usuários. Não havendo destaque, a proposta foi acatada.

Conselheiro (C) consultou o Plenário se havia consenso sobre a inclusão do movimento de transgêneros, transexuais, gays, lésbicas e travestis. Não houve destaque e a proposta foi aprovada.

(...)

Conselheiro (C) colocou em votação a proposta de manter o agrupamento das representações de entidades de defesa dos direitos humanos e do direito do consumidor. A proposta recebeu vinte votos a favor, dois votos contrários e três abstenções.

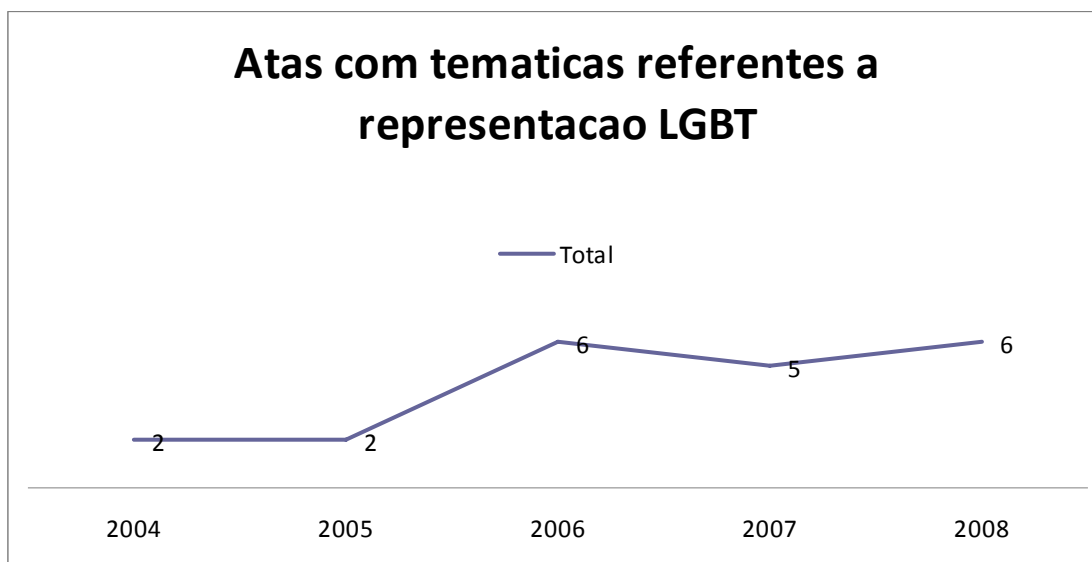
(CNS, ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29,2004).

3.4.2 Identidades e temáticas referentes à população LGBT

O gráfico abaixo apresenta a evolução da inserção de temas tocantes à população LGBT, a partir da correlação entre o número de atas totais e o número de atas com citações referentes à população LGBT. Entende-se por atas com temáticas referentes à população LGBT o conjunto de atas que apresentem citação nominal a respeito de Orientação Sexual e Homofobia e referentes às identidades Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis.

Nota-se que o ano de 2006 apresenta um aumento acentuado, o que demonstra que a inserção da representação LGBT no CNS constitui fator determinante na entrada de pautas e citações inerentes à população representada.

A relativa manutenção do alto número de citações no período de 2006 a 2008 ilustra a inserção de pautas e a permeabilidade do CNS em relação a esta nova temática no espaço instituído.



Embora termo “travesti” seja citado 15 vezes em atas no período estudado, em nenhum momento foram abordados aspectos exclusivamente voltados a esta população, estando o termo condicionado ao aparecimento de citações relacionadas ao Movimento LGBT em seu conjunto de identidades. O mesmo ocorre com o termo “transexual” citado 12 vezes e “transgêneros” com frequência de 19 vezes.

Este fato pode estar relacionado ao reconhecimento do Movimento LGBT como portador de representatividade do conjunto de identidades que o compõem. Outra explicação se dá pela pouca compreensão das demandas e especificidades em saúde desta população tornando comum a fala que generaliza as iniquidades em saúde para este grupos populacionais. Vale ressaltar que desde o pleito de inserção da representação LGBT no espaço do CNS, fato verificado no ano de 2004, fez-se referência ao conjunto de sujeitos agrupados sob essas identidades.

Conselheira **(M)** (Movimentos Organizados de Mulheres em Saúde) pleiteou uma vaga para o movimento de transgêneros, transexuais, gays, lésbicas e travestis.

Conselheiro **(L)** (ONG-AIDS) discordou da proposta de junção das entidades de defesa dos direitos humanos e movimento de transgêneros, transexuais, gays, lésbicas e travestis, considerando a peculiaridade dessa população.

(CNS , ATA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA 29, 2004)

Cabe destacar que as questões da população LGBT persistem vinculadas sobremaneira a temática DST-AIDS. O que demonstra que o reconhecimento governamental das peculiaridades inerentes à esta população ainda se associa a seu comportamento em relação à AIDS.

O primeiro a fazer a apresentação foi o Coordenador Adjunto do Programa de DST/AIDS, **Eduardo Luiz Barbosa**, que abordou avanços e desafios no enfrentamento das DSTs e AIDS no Brasil. Contextualizando, apresentou informações gerais sobre a AIDS no Brasil, 1980-2007. (...). Também destacou o aumento de casos em pessoas com mais de cinquenta anos. Prosseguindo, falou dos avanços no tratamento da epidemia. Destacou como principal a articulação e integração das ações de prevenção da infecção pelo HIV e assistência das pessoas que vivem com AIDS, guiadas pelos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde: equidade, integralidade e universalidade. Além desse, elencou avanços importantes: informação e ampliação do acesso a insumos de prevenção (compra governamental de 1 bilhão de preservativos masculinos em 2007, com ampliação do acesso e 6 milhões de preservativos femininos em 2008); (...) pactuações nacionais: Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DSTs discutido e adequado regionalmente, – Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DSTs entre Gays, HSH e Travestis. (...) (CNS, ATA 186,)

Destaca-se na fala acima a existência de planos diferenciais voltados à população feminina e masculina, destacando-se em relação à população masculina recortes relacionados à orientação sexual e à prática sexual. Neste diferencial cabe refletir sobre a historicidade e inserção do Movimento Gay⁷, que historicamente produziu resistência e luta em combate à AIDS, sobretudo pelos preconceitos associados. Esta história é ilustrada até mesmo no espaço do CNS por ocasião de debates relacionados à ética em pesquisa como verificado abaixo.

(...) COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA-CONEP/CNS – Conselheiro (D) (CNTSS) assumiu a coordenação dos trabalhos convidando o Conselheiro Willian Saad Hossne (Comunidade Científica e Sociedade Civil), coordenador da CONEP/CNS, para apresentação do assunto. Por solicitação, a fala do Conselheiro Willian Saad Hossne, coordenador da CONEP/CNS, consta, na íntegra: “É importante que façamos uma pequena regressão preliminar para poder contextualizar a Resolução do CNS e as suas complementares sobre ética na pesquisa e dizer, de início, que as resoluções do Conselho Nacional de Saúde são reconhecidas internacionalmente como as mais avançadas e completas. (...) Nos Estados Unidos, caminhou-se muito, dentro da tradição deles, para jogar uma parte da ética para a Fundan Dragon Administration (FDA), que não era essencialmente um organismo de ação ética, mas sim de vigilância sanitária, de biossegurança, de aprovação de medicamento, onde a parte ética também é examinada. Isso é importante dizer. Eu citei

⁷ Utilizo a terminologia Movimento Gay para diferenciar os movimentos relacionados à população de homens gays que historicamente constituíram movimentos reivindicatórios de liberdade do exercício de sua sexualidade e combate à discriminação e que remetem ao princípio de organização destes grupos no início da década de 1970 (FERRARI, 2004).

apenas alguns, mas gostaria de destacar mais dois para mostrar como esse sistema teve que ter outro mecanismo de correção. Todos sabem que em 1932 iniciou-se nos Estados Unidos um projeto de pesquisa para ver como evoluía a sífilis não tratada adequadamente. Naquele momento, só se tinha os arsenicais. Isso surgiu porque um dinamarquês publicou um trabalho dizendo que a sífilis não bem tratada dava complicações neurológicas e vasculares no pessoal da Dinamarca e a idéia que a medicina tinha era que nos indivíduos de cor branca a complicação maior era neurológica e nos indivíduos de cor negra era principalmente lesão vascular, os aneurismas. Como um dinamarquês mostrou que tinha dois tipos, então se montou, com auspício do próprio Ministério da Saúde, do ENAEID e da “Nacional Side Foundation”, um pequeno ambulatório numa cidade pequena do Alabama, onde havia uma população pobre trabalhadora em plantação de algodão, e se abriu um serviço dizendo “se você mora numa região de sangue ruim, venha fazer o seu exame que será gratuito, tratamento gratuito, autópsia gratuita e enterro gratuito”. Só que essas pessoas foram deixadas propositalmente sem tratamento para ver como evoluía a sífilis não tratada. Isso começa em 1932 e em 1952 é apresentado num congresso e ninguém achou que tinha problema. Ele só foi interrompido em 1972, mas não foi porque a classe médica ou os pesquisadores pediram a interrupção, foi a sociedade que pediu, foi o controle social que pediu, através da imprensa do Washington Pool. Esse projeto durou quarenta anos. Quem estiver interessado, há um filme “Cobaias Humanas”, que trata sobre essa questão. Vejam, em 1972 já tinha o Código Nuremberg e a Declaração de Helsinque. Isso é para mostrar que os documentos não impedem o abuso que continuam ocorrendo. O segundo caso. Em 1997, comemorando os 25 anos da interrupção desse projeto, o Presidente dos Estados Unidos foi à televisão para pedir desculpas ao povo americano exatamente por esse projeto da sífilis. Agora, o que existiu e existe atrás disso? É que a comunidade gay, principalmente em São Francisco, estava com medo, por uso de novos anti-retrovirais, que estivesse sendo repetida essa experiência feita com a sífilis. Então, eles se reuniam e dividiam todos os remédios entre eles, ninguém sabia o que estava tomando com medo que algum estivesse tomando o placebo. Parece que não havia, mas é o que se dizia. Dizem que foi por isso que o Presidente foi pedir desculpas. (...) (CNS, ATA 163,2006)

A visibilidade e inserção do movimento Gay permitiu o reconhecimento de demandas específicas desta população em políticas e ações que extrapolam à questão das DST e AIDS. O ano de 2008 marca o início do reconhecimento das demandas específicas da população masculina, levando esta temática para a agenda de prioridades em saúde do MS e por conseguinte tornou-se debate no CNS. Mesmo havendo pouca sistematização ou profusão da temática “saúde do homem” junto aos movimentos sociais, a referida política já contou em sua proposta inicial elaborada pelo MS com diretrizes voltadas à população de gays, travestis e transexuais como observado no trecho abaixo.

ITEM 02 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM. Coordenação da mesa: conselheiro (D). Apresentação Dr. **Adson França**, Coordenador do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal/SAS/MS. Para conhecimento dos conselheiros,

apresentou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Iniciou a sua explanação explicando que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem constitui-se em uma das 22 metas do discurso de posse do Ministro José Gomes Temporão. (...) Os objetivos específicos são: Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, à atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde; Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde; Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade; Promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV; Garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como mercedores destes cuidados; Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais; (...) (CNS, ATA 190,2008)

Nota-se neste trecho que a perspectiva de equidade ligada à iniquidades em saúde inerentes às especificidades populacionais é vigente no discurso institucional do MS e que possui a perspectiva de descrição e aprofundamento em níveis cada vez mais específicos de uma população (no caso acima população masculina). Esse aprofundamento em níveis cada vez mais específicos remete mais uma vez à desta perspectiva de equidade com a estrutura conceitual da determinação social em saúde, reconhecendo fatores como trabalho, moradia, como determinantes das condições de saúde.

A presença da equidade no discurso e na formulação de políticas pelo Ministério da Saúde gera debate entre segmentos representativos inseridos no CNS acerca da eficácia real dessa.

Conselheira (S) (Movimento CRIOLA – representação da população negra) destacou como positivo o fato de as iniciativas governamentais se voltarem para a equidade, contudo, disse ser importante definir como as perspectivas se viabilizavam, na prática, em relação à promoção da igualdade racial. Nessa ótica, perguntou de que forma a iniquidade racial seria efetivamente combatida nos programas. (CNS, ATA 175,2007)

Essa mesma perspectiva retorna em falas referentes à representação de usuários que não encontram-se no rol dos grupos populacionais em situação de iniquidade inseridos no CNS. Nesse espaço de participação social, a equidade apresenta a perspectiva de respeito e reconhecimento da diversidade, enquanto componente a ser incorporado em todas as políticas de saúde.

(I) (Entidade Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências - MORHAN) manifestou preocupação com a ausência de estratégias para populações específicas, considerando o princípio da equidade, a exemplo das populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, entre outras. Nesse sentido, disse que seria importante a integração da Política de Adolescentes e Jovens às demais políticas do Ministério da Saúde. (CNS, ATA 169,2007)

Mesmo apresentando este diferencial de inserção e reconhecimento histórico é facilmente verificado à vinculação das diferentes identidades componentes do movimento LGBT à “identidade gay”. O termo “gay” possui frequência de citação igual a 31. Entretanto, sua utilização só apresenta abordagem diferencial nos casos acima apresentados e em informe relacionado ao evento conhecido por “Parada Gay”.

Em relação às mulheres lésbicas a inserção de pautas e o reconhecimento de demandas específicas não apresenta o mesmo nível de aprofundamento que o descrito acima. Especificidades relacionadas as mulheres lésbicas, emergem uma vez mais no debate relativo a Aids, como no debate do “Plano de combate da feminização da AIDS” criado e debatido no ano de 2007.

ITEM 7 – DIA INTERNACIONAL DA MULHER – PLANO DE COMBATE DA FEMINIZAÇÃO DA AIDS – A Coordenadora do Programa Nacional de AIDS, Mariângela Simão; e as assessoras técnicas da Área de Saúde da Mulher, Kátia Guimarães e Rurany Ester da Silva. A primeira a fazer uso da palavra foi a coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher, Maria José de Araújo, que agradeceu a oportunidade e destacou a importância de o CNS conhecer as políticas do Ministério da Saúde referentes à saúde da mulher. Feitas essas considerações iniciais, passou a palavra à Coordenadora do Programa Nacional de AIDS, Mariângela Simão para apresentação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DSTs. A coordenadora do Programa iniciou destacando que o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DSTs consistia em uma proposta integrada do Governo Federal, com as agências das Nações Unidas para enfrentar a feminização da epidemia de AIDS. (...) Para isso, destacou que foram definidas como diretrizes do Plano: promover a defesa dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos; reduzir o estigma ao HIV/AIDS e a discriminação em relação às mulheres em situação de vulnerabilidade; reduzir as iniquidades regionais, territoriais e de contexto de pobreza; promover a equidade racial, étnica, de gênero e de orientação sexual das mulheres no acesso à informação, prevenção, diagnóstico e tratamento; (CNS, ATA 171)

(...) Detalhou, na seqüência, as ações em andamento, com destaque para o desenvolvimento de material de referência; (...) implementação do Projeto “Sem Vergonha” para mulheres profissionais do sexo; organização e realização da consulta regional sobre trabalho sexual e HIV/AIDS; implantação do Projeto Piloto “Chegou a Hora de Cuidar da Saúde”, voltado para a qualidade da atenção integral de mulheres lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres; regulamentação do Processo Transsexualizador no SUS (Comitê de Saúde da População GLTB) e Projeto “Tulipa”. (CNS , ATA 171,2007)

Mesmo contando com a inserção de elementos relacionados às questões de orientação sexual das mulheres, o referido plano sofreu críticas da representação LGBT no CNS conforme destacado abaixo.

Conselheira (T) (LBL-Representante dos Movimentos LGBT) destacou a importância da fala do Presidente da República, no lançamento do Programa no dia anterior, que apontou a necessidade de vencer padrões culturais e religiosos que interferem na adoção de medidas preventivas, como uso de preservativo tanto masculino quanto feminino. Em relação ao Plano, destacou que não contemplava ações voltadas a mulheres lésbicas e falou da necessidade de criar equipamentos de sexo mais seguros para as mesmas. (CNS , ATA 171,2007)

Comparando-se os debates relacionados à DST e AIDS, verifica-se que mesmo contando com plano de ação específico para a população feminina, as inserções relacionadas à especificidades das mulheres lésbicas não foram facilmente reconhecidas pelo CNS, levando a destaques e questionamentos como os aqui apresentados.

Conselheira **(M) (Movimentos Organizados de Mulheres em Saúde)** destacou que a Política era importante, posto que se propunha a trabalhar de forma intersetorial. (...) Por fim, destacou a ausência de metas voltadas às mulheres no local do trabalho e às mulheres trabalhadoras rurais.

Conselheiro **(U) (Organização dos Movimentos Populares – CMP)** avaliou a Política como avanço e destacou a importância de incentivar a utilização de preservativos como forma de prevenir a AIDS e outras DSTs. Perguntou como se daria a discussão com as populações vulneráveis (mulheres rurais, sem-terra, sem-teto, entre outras), a fim de serem incluídas na Política.

Conselheira **(V)** perguntou se foram pensadas outras ações estratégias para os jovens além do Programa de Prevenção nas Escolas, haja vista a necessidade de ações voltadas aos jovens fora da escola. Destacou ainda a importância de equipamentos necessários à prevenção de HIV/AIDS principalmente na população lésbica .

(CNS , ATA 171,2007)

Outro aspecto a ser considerado é que historicamente a saúde da mulher é pauta de discussão do CNS e tema indutor de política no MS. As estratégias e políticas relacionadas à saúde da mulher datam da década 1980 e constantemente são revistos os referenciais para esta abordagem, sobretudo a partir da articulação e inserção do Movimento Feminista. Podemos assim associar que a crítica apontada ao supracitado plano se dá também pelo conhecimento prévio e pelo debate

aprofundado do tema, diferenciando-o, por exemplo da temática de saúde do homem até então inédita no espaço do CNS.

No tocante à AIDS e entre mulheres lésbicas é preciso destacar a ausência de estudos epidemiológicos e de dados que apontem a necessidade de ações diferenciais voltadas para esta população.

São poucas as informações sobre as necessidades de saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, bem como, sobre os comportamentos, atitudes e crenças relacionadas ao exercício da sexualidade lésbica, o que pode reforçar a crença de que o relacionamento entre mulheres não traz riscos à saúde sexual e, por conseqüência, deixando-as mais expostas às DST e ao HIV/AIDS. (PORTELLA 2009 p.8)

Outra associação possível deve-se ao fato de a titularidade da representação LGBT no CNS pertenceu no período estudado à conselheira (T) militante da LBL o que permite afirmar que a mesma possui interesse e conhecimento diferenciado na questão o que permite seu olhar crítico e sua intervenção qualificada.

Neste aspecto é importante ressaltar que o pertencimento à uma identidade específica , no caso a identidade lésbica, não significa o esvaziamento de pautas das demais identidades e sim o destaque de pautas da identidade pertencente no conjunto das pautas LGBT como observado abaixo.

Conselheira (T)(Representante dos Movimentos LGBT). Antes de iniciar a explanação, a Conselheira convidou os conselheiros a participarem da VI Caminhada Lésbica, em São Paulo, às vésperas da Parada Gay e registrou que pela primeira vez seria realizada Conferência Nacional de Saúde GLBT chamada pelo governo. Também solicitou que o Pleno se manifestasse, naquele momento, sobre a proposta de criação de GT de saúde das pessoas GLBT para que esse fato fosse apresentado na Conferência que ocorreria no início de junho de 2008. Conselheiro Edvaldo José de Souza, da Comissão Organizadora da Conferência, informou que foi enviado convite ao CNS para indicação de um representante, com direito a voz. Encaminhando, Conselheiro Luís Carlos Bolzan colocou em votação a proposta de criação de GT de saúde das pessoas GLBT, que foi aprovada com dezessete votos favoráveis, um contrário e duas abstenções. (CNS, ATA 185,2008)

A despeito da importância da temática homofobia no conjunto de debates e produções dos movimentos LGBT nota-se que este tema não figura ainda como demanda inserida no CNS. A única aparição do termo “homofobia” no período aqui estudado remete à fala do MS conforme destaque abaixo.

ITEM 8 – POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA – A representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, **Ana Maria Costa**, iniciou a apresentação manifestando a sua satisfação em apresentar ao CNS a Política de Saúde Integral da População Negra, que define conjunto de princípios, marcas, diretrizes e objetivos voltados à melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Além disso, contempla ações de cuidado e atenção à saúde, bem como de gestão participativa, controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente de trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra. (...) Além disso, salientou que esta Política visava garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção e tratamento às doenças e agravos transmissíveis e não-transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional. (...) Destacou como principais marcas da Política o reconhecimento da existência do racismo institucional e da necessidade de promoção de estratégias de mudanças na cultura organizacional/institucional, com vistas à adoção de práticas anti-racistas e não-discriminatórias e o reconhecimento da desigualdade étnico-racial na saúde da população negra, em especial os quilombolas, requerendo ações de promoção da equidade. Seguindo, detalhou que os objetivos específicos da Política eram reduzir na população negra indicadores de mortalidade – infantil; precoce, em especial entre jovens e adultos; materna; por homicídio entre jovens, especialmente homens; reduzir os indicadores de morbimortalidade por: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doença falciforme, HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, câncer de colo uterino e de mama, miomas, transtornos mentais; reduzir e controlar as situações de abuso, exploração e violência sexual, onde se inclui a homofobia e a violência doméstica contra a população negra; (CNS , ATA 33 reunião extraordinária, 2006)

O reconhecimento da homofobia enquanto determinante social em saúde fica demonstrado no trecho acima uma vez que o mesmo está inserido em uma política específica voltada à saúde da população negra. Mais uma vez, a fala institucional do MS referenda a perspectiva de promoção da equidade como a capacidade de reconhecimento dos diversos fatores sócio-culturais e da intersecção destes em um complexo representado pela Determinação Social em Saúde.

3.4.3 Orientação Sexual – da polissemia à reivindicação

Os debates públicos acerca da orientação sexual tem remetido prioritariamente à questão do combate à discriminação de pessoas pelo exercício de sua sexualidade. Antes de aqui estabelecer uma análise sobre a utilização do termo no CNS e suas implicações, é preciso demonstrar que o mesmo apresenta múltiplos entendimentos decorrentes de campos temáticos ou dos sujeitos que o enunciam.

No campo educação a terminologia “orientação sexual” conforme Suplicy (1994) corresponde a um processo que procura estimular a reflexão sobre todos os

temas da sexualidade, especialmente os polêmicos, visando a conquista de um bem-estar sexual, da igualdade nas relações de gênero, respeito à diversidade sexual e prevenir problemas como a gravidez não planejada, abuso sexual e doenças sexualmente transmissíveis. Assim, orientação sexual pode ser compreendida como processo educacional que aborda a sexualidade, desenvolvido, sobretudo no ambiente escolar e familiar.

Em uma perspectiva diversa, aplicada às ciências da saúde e às ciências sociais encontramos a orientação sexual como elemento da vivência humana em relação à sexualidade, implicando, sobretudo na conformação do indivíduo em sua identidade.

La orientación sexual es un concepto complejo cuyas formas cambian con el tiempo y difieren a través de las diferentes culturas. En el momento actual se dice que existen tres dimensiones distintas relativas a la orientación sexual, que pueden ser o no aceptadas por las diversas culturas y sociedades. Esas dimensiones son la atracción sexual, la identidad sexual y el comportamiento sexual. Esas tres dimensiones a menudo corren parejas (están acordes una con otra): un hombre que se involucra en actividades sexuales con otro hombre manifiesta que le atraen los hombres y que él reconoce ser homosexual: las tres dimensiones concuerdan. Pero esto no ocurre siempre. Existen hombres que se involucran en actividades sexuales con otros hombres (comportamiento sexual), que se sienten atraídos por hombres y mujeres (atracción sexual) y se identifican a sí mismos como heterosexuales (identidad sexual) (HERRERA, 2008, p. 11-12)

Remetendo à perspectiva acima, a orientação sexual expressa nas produções dos movimentos sociais ganha elementos de combate à discriminação e fortalecimento das identidades. Para a ABGLT a orientação sexual é um conceito ligado aos processos discriminatórios e constitui-se enquanto um elemento central de constituição da identidade, organização, mobilização e representação política da população LGBT como verificado no documento “Carta de Princípios da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis”.

(...) nós, grupos organizados brasileiros de gays, lésbicas e travestis e demais entidades que lutam pelos Direitos Humanos e Civis de todos aqueles que são discriminados por sua orientação sexual, decidimos pela criação da ABGLT – Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis para lutar pelos direitos humanos e civis de gays, lésbicas e travestis. (...) A ABGLT se forma para lutar pela promoção da livre orientação sexual, pela liberdade, justiça social, democracia, pluralidade e diversidade de gêneros. (...) A promoção da auto-estima e a construção da cidadania de gays, lésbicas e travestis, assim como a luta contra a discriminação por orientação sexual, são passos na luta pelos direitos humanos e constituem-se num

importante avanço para a construção de uma verdadeira democracia. (ABGLT,1995)

Conforme apresentado acima, a orientação sexual como base de processos discriminatórios é pauta na agenda política dos movimentos sociais LGBT. A introdução desta temática e sua profusão no campo saúde configura-se enquanto objetivo desta pesquisa.

Entretanto, é preciso não perder de vista que a terminologia orientação sexual possui uma dimensão política que não pode ser ignorada ou desconsiderada.

Vou chamar atenção para algo que me parece um tanto quanto despercebido: a queda do conceito de orientação sexual numa espécie de bom-mocismo teórico e político, pois vem se tornando, cada vez mais, um conceito bem comportado, que não incomoda a mais ninguém, nem mesmo aos mais conservadores. Até mesmo o discurso oficial (o dos governantes, do Estado) o incorporou, embora não se saiba sempre muito bem o que essa gente do poder entende pelo que diz. (FILHO, 2011 , p.1)

3.4.4 Orientação Sexual enquanto temática do CNS

A temática aqui denominada orientação sexual é originada da presença deste termo no cotidiano das reuniões do CNS. No período de 2004 a 2008 o termo “orientação sexual” torna-se presente em um total de 12 vezes. Analisando o conteúdo das citações onde o tema se apresenta é possível identificar dois perfis de utilização do termo.

Uma das utilizações do termo apresenta-se enquanto eixo temático componente das políticas institucionais do Ministério da Saúde (MS). Este uso do termo foi verificado em 02 momentos relacionados à apresentação de políticas, refletindo assim a produção da gestão federal a respeito do tema.

Regina Benevides, a princípio, agradeceu a oportunidade de apresentar a Política de Humanização ao Pleno do CNS. Explicou que a partir desse cenário foi definido o HumanizaSUS (Política Nacional de Humanização), que consiste em uma proposta de nova relação entre os usuários, os profissionais e a comunidade. Acrescentou que se tratava de uma proposta de trabalho coletivo que visava tornar o SUS mais acolhedor, eficaz, ágil, com locais mais confortáveis e capaz de reconhecer e respeitar a diversidade do povo brasileiro e oferecer o mesmo tratamento a todos, sem distinção de raça, cor, origem ou orientação sexual. (CNS , ATA 142)

(...) Coordenadora do Programa Nacional de AIDS, **Mariângela Simão** para apresentação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DSTs. A coordenadora do Programa iniciou destacando que o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da

Epidemia de AIDS e outras DSTs consistia em uma proposta integrada do Governo Federal, com as agências das Nações Unidas para enfrentar a feminização da epidemia de AIDS. (...) Para isso, destacou que foram definidas como diretrizes do Plano: promover a defesa dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos; reduzir o estigma ao HIV/AIDS e a discriminação em relação às mulheres em situação de vulnerabilidade; reduzir as iniquidades regionais, territoriais e de contexto de pobreza; promover a equidade racial, étnica, de gênero e de orientação sexual das mulheres no acesso à informação, prevenção, diagnóstico e tratamento (...) (CNS, ATA 171,2007)

Destaca-se que, no caso da Política Nacional de Humanização no SUS, a introdução da temática data do ano de 2004, é anterior pois a entrada da representação LGBT no CNS. A presença deste tema enquanto componente de uma política construída institucionalmente de forma participativa demonstra a permeabilidade do campo saúde para temas desta natureza.

Ao mesmo tempo em que a produção política institucional já apresentava preocupação com a temática da orientação sexual, alguns movimentos internos no CNS a respeito do tema e pautados por conselheiros de saúde podem ser verificados como no trecho abaixo que trata de um debate referente à responsabilidade permanente do Conselho na análise e parecer sobre a abertura de novos cursos.

Conselheira (M) (Movimentos Organizados de Mulheres em Saúde) também sugeriu que, no item relativo ao projeto político-pedagógico coerente com as necessidades sociais, fosse explicitada a necessidade de os currículos e as práticas de aprendizagem serem orientados também pelas diversidades sociais e humanas de gênero, raça, etnia, classe social, geração, orientação sexual e necessidades especiais (deficiências, patologias, transtornos, entre outros). (CNS, ATA 142,2004)

Interessante notar que o debate sobre a temática gerou, neste caso, o reconhecimento da orientação sexual enquanto diretriz a ser avaliada nos processos referentes à abertura de novos cursos culminando no ano de 2005 com a resolução 350 do CNS que versa sobre o procedimento de abertura de novos cursos na área da saúde.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Quinquagésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho de 2005, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e (...)

1) afirmar o entendimento de que a homologação da abertura de cursos na área da saúde pelo Ministério da Educação somente seja possível com a não objeção do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde,

cumprindo-se as considerações acima, relativamente à Constituição Federal;

(...)

b) Quanto ao projeto político-pedagógico coerente com as necessidades sociais:

(...)

organização de currículos e práticas de aprendizagem orientados pela aceitação ativa das diversidades sociais e humanas de gênero, raça, etnia, classe social, geração, orientação sexual e necessidades especiais (deficiências, patologias, transtornos etc.);

(CNS, ATA 155, 2005)

A resolução do CNS considera assim o respeito à orientação sexual como componente a ser observado na análise dos projetos políticos pedagógicos. A permanente responsabilidade do CNS na avaliação da abertura de novos cursos torna(rá) possível verificar se esta inserção se efetiva (ou não). O trecho reproduzido a seguir, do ano de 2007, explicita como as análises do CNS, referente à abertura de novos cursos, passaram a tratar a questão da orientação sexual.

(X) Entidade Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências - Pestalozzi/ FENASP chamou a atenção dos conselheiros para o fato de a Resolução 350 tratar essa questão com muita propriedade e pertinência, especialmente, no ponto que diz: “Organização de currículos e práticas de aprendizagem, orientados pela aceitação ativa das diversidades sociais e humanas de gênero, raça, etnia, classe social, geração, orientação sexual e necessidades especiais, deficiências, patologias e transtornos.”. Lembrou que são exceções, no Brasil, os currículos que contemplam o ensino respeitando a diversidade. (CNS , ATA 176,2007)

A incorporação da orientação sexual como componente a ser analisado pelo CNS nas propostas de criação de novos cursos da área da saúde, e ainda que constantes nos projetos político-pedagógico e nas demais peças burocráticas não significam que o respeito à diversidade humana é realidade na formação dos profissionais de saúde. Esta constatação traz a reflexão sobre o alcance e a influência da produção política do CNS e sua capacidade de efetivar mudanças na realidade do SUS.

A reação dos conselheiros de saúde diante da ausência do tema da orientação sexual enquanto componente de políticas de saúde voltadas à populações específicas também exemplifica essa questão. Veja-se o debate a respeito da apreciação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, constante na Ata 169 referente à reunião ocorrida no ano de 2007.

Conselheira **(Y)(Central Única dos Trabalhadores - CUT)** apresentou sugestões para o aprimoramento do documento, sendo: citar na introdução os debates ocorridos no CONANDA em relação à saúde dos adolescentes e jovens; tratar a Política de acordo com a Legislação Brasileira que considera jovens e adolescentes de 10 a 18 anos; enfatizar a questão da saúde do adolescente e jovem com deficiência e do campo; e trabalhar melhor a questão da livre orientação sexual de adolescentes e jovens. Por fim, destacou a necessidade de definir plano de ação para implementar a Política com ações, metas e orçamento. (CNS, ATA 169,2007)

Conselheira **(T)(Representante dos Movimentos LGBT)** cumprimentou as expositoras pelo trabalho, todavia, avaliou como inadequada, nas estratégias específicas, a junção de moradores de saúde e de acampamentos rurais no mesmo grupo, visto que viviam em situações diferentes. Em relação aos direitos sexuais, destacou que seria necessário capacitar e fortalecer os cuidadores para discussão da livre orientação sexual, de forma a desconstruir o mito da heterossexualidade compulsória (CNS, ATA 169, 2007).

A reivindicação da inclusão do tema orientação sexual nesta política remete ao entendimento da mesma enquanto componente da identidade humana intimamente ligado à saúde. Ao reafirma a necessidade de discutir a “questão da livre orientação sexual” estes movimentos intervêm e ampliam o sentido da sexualidade enquanto componente das políticas de saúde, rompendo com a perspectiva institucional da “heterossexualidade compulsória” ou da heteronormatividade.

Em uma primeira análise o entendimento do CNS sobre a temática orientação sexual não aparenta grandes divergências entre os atores que o enunciam, embora intimamente ligado à representação de usuário. No entanto mesmo no conjunto de produções do CNS percebe-se que há a necessidade de delimitação deste conceito enquanto uma pauta inerente ao movimento LGBT como expresso no texto.

Conselheira **(T) (Representante dos Movimentos LGBT)** registrou que no “Termo de Referência – Exposição nas Mesas-Redondas da 13ª Conferência”, na primeira parte do segundo eixo, o trecho “contra discriminação sexual” deveria ser lido como “discriminação por orientação sexual”. Diante dessa colocação, Conselheira **(M) (Movimentos Organizados de Mulheres em Saúde)** destacou que seria importante incluir discriminação de gênero. Não houve discordância em relação ao adendo. (CNS, ATA 176, 2003).

Esta reivindicação deve-se ao entendimento de que este aspecto humano deve ser transversal ao conjunto de políticas que buscam a promoção da equidade ou o enfrentamento de iniquidades em saúde de determinadas populações.

(Y)(CUT) propôs que a Política fosse encaminhada às Comissões do CNS, em especial à CISAMA, CIST, Saúde da População Negra, Saúde da Mulher, para contribuições. Além disso, disse que seria importante discutir as questões de orientação sexual da população do campo (CNS, ATA 176, 2003).

Conselheira (T)(Representante dos Movimentos LGBT) cumprimentou o GT Terra pela Política e manifestou apoio à iniciativa. Como contribuição, solicitou que o quesito orientação sexual fosse incluído na Política como marcador de transversalidade (CNS, ATA 176, 2003).

A perspectiva a respeito da inserção do tema pela representação LGBT evolui no sentido de afirmar o entendimento que o tema deve perpassar a totalidade de políticas de saúde, trazendo novos elementos que remetem à orientação sexual enquanto componente da luta contra os processos discriminatórios e contra a violência associada ao tema.

Conselheira (T) **(Representante dos Movimentos LGBT)** solicitou que todas as áreas do Ministério da Saúde incorporassem nos seus planos de ação, assim como já se evidenciava em algumas áreas, o entendimento que a discriminação por orientação sexual condicionavam formas diferentes de sofrer, adoecer e morrer. Nessa lógica, defendeu a definição de políticas específicas para a população LGBT e a capacitação de trabalhadores da saúde para a promoção, prevenção e atenção à saúde das pessoas com orientação e práticas sexuais distintas da heterossexualidade (CNS, ATA 173, 2003).

Mesmo diante da polissemia do termo orientação sexual, foi verificado que no espaço do CNS, onde diversos sujeitos coletivos participam, produzem discursos e reivindicações e onde a representação institucional apresenta suas propostas para apreciação, o entendimento de orientação sexual prevalente articula a questão à dimensão da identidade e vivência humana, que necessita ser abordada nas políticas de saúde. Este entendimento da orientação sexual remete à perspectiva da determinação social da saúde, ainda pouco abordado nas ações de saúde.

Conclusões

O CNS enquanto espaço institucional de participação na saúde, apresenta peculiaridades que influenciam diretamente a dinâmica de inserção e de representação de setores da sociedade em seu interior. A existência de ritos definidos e de divisões internas de trabalho e conseqüentemente de poder levam muitas vezes à busca de alianças internas e geram, por vezes, conflitos.

Esses conflitos não apresentam obrigatoriamente divergências políticas, nem necessariamente expressam resistência a pautas, refletindo apenas o processo de disputa interna por representatividade.

O caso da inserção do Movimento LGBT demonstra que o CNS é um espaço diretamente influenciado pela conjuntura política do país onde a recente busca pela democratização das instituições públicas, aliada à ampliação da militância LGBT levaram em 2004 ao reconhecimento da necessidade da inserção de representação deste segmento.

Como afirmado por Coelho (2004) os conselhos apresentam-se como espaço onde a sociedade civil encontra oportunidade de se inserir e debater a política de saúde.

O processo de “inclusão de grupos menos favorecidos”, nos dizeres de Coelho 2004, não se configura enquanto fenômeno linear de reivindicação por um grupo de sua imediata inserção. O que se verificou em relação à inserção do movimento LGBT é que a permeabilidade do CNS para a inclusão de novos sujeitos coletivos apresenta complexas relações que envolvem o reconhecimento das pautas políticas destes novos sujeitos pelo conjunto de sujeitos já representados no CNS.

Para além do reconhecimento da necessidade de representação de determinado segmento, verifica-se ainda que o processo de aceitação da inclusão perpassa por um amplo processo de debates internos ao CNS, onde há ponderação quanto à abrangência do segmento populacional representado, suas demandas em saúde e sua alocação em um dos segmentos - usuários, trabalhadores e gestores em saúde.

O Movimento LGBT acumulou forças que geraram sua inclusão no CNS. Uma breve verificação a respeito das ações deste movimento, a partir do exame de suas páginas e materiais de comunicação, permitem afirmar que sua visibilidade foi ampliada nos últimos anos, como exemplo o crescimento no número de eventos de

mobilização como a “Parada Gay” bem como a ampliação de participantes nos referidos eventos.

Há que se ponderar sobre os limites de atuação e das responsabilidades dos conselhos de saúde para não se incorrer em perspectivas românticas e ilusórias sobre a participação social nas políticas de saúde. O fato é que estes espaços apresentam o peso da institucionalização e da burocratização de suas práticas o que acaba por reduzir suas possibilidades de formulação. Coelho (2004) aponta a resistência de atores sociais em participarem destes espaços. Entretanto é preciso refletir também sobre outras formas de resistência, dentre elas a resistência à novas pautas.

Seja a herança autoritária do Estado brasileiro, seja as dificuldades de exercício da cidadania ou a fragilidade da vida associativa, o fato é que os conselhos de saúde ainda apresentam fatores limitantes quanto a sua atuação e por consequência a política de saúde necessita de constante pressão social para novas conformações que garantam o direito à saúde.

O que é possível inferir do processo aqui estudado é que o movimento social em questão encontrou no interior dos espaços de participação e representação política e no diálogo com a gestão do SUS, materializado no CNS, possibilidades de construção de ações de articulação, visibilidade e enfrentamento de iniquidades agindo como agentes catalisadores da mobilização pela saúde e da sensibilidade da gestão para fatores antes invisíveis à política de saúde.

Conforme afirmado pela representação LGBT estudada, o campo saúde apresenta-se enquanto espaço de maior expressão e reconhecimento das demandas desta população, configurando-se como espaço potencial de inserção deste e de novos sujeitos coletivos.

Não é possível, entretanto dissociar a experiência do Conselho Nacional de Saúde de sua ligação com a historicidade das políticas e conjunturas do Estado brasileiro como já abordado neste trabalho. No contexto de implementação do neoliberalismo e esvaziamento das funções estatais garantidoras de direitos, os conselhos de saúde representam de certa maneira um obstáculo à mercantilização de direitos

Os dados analisados na pesquisa apontam ainda para a necessidade de revisão do formato de registro das produções e debates do CNS. Destaca-se, sobretudo a persistência de referências nominais aos conselheiros sem a indicação

de sua entidade originária ou segmento representado. Peculiaridade talvez relacionada ao personalismo presente historicamente em nossa política, essa forma de registro se não retira, dificulta sobremaneira a identificação e análise política nestes documentos a partir da vinculação das falas aos segmentos de origem. Outro fato decorrente do formato de relatoria das reuniões do CNS contemplar sínteses de fala, é a impossibilidade de realização de análises de conteúdo, capazes de vincular a utilização de termos ou a persistência de posicionamentos referentes às entidades.

Por fim, cabe refletir sobre as peculiaridades inerentes ao Movimento LGBT e suas estratégias de inserção e mobilização. Em particular, destaca-se o fato das demandas em saúde desse segmento remeter a um olhar e um entendimento ampliado do conceito de saúde, resgatando a perspectiva da saúde enquanto fenômeno social de múltipla determinação.

Assim como França (2007) o presente trabalho demonstra que o desnaturalizar dos domínios relativos à sexualidade abrem um novo campo para as ciências sociais, permitindo um olhar mais amplo sobre o tema, rompendo com a perspectiva de que este tema pertence à intimidade ou aos domínios da psicanálise e psicologia, elevando questões limitantes dos direitos LGBT à esfera pública.

Mesmo diante das constatações de problemas na organização e funcionamento no Conselho Nacional de Saúde pode-se observar a importância deste espaço de participação social, que extrapola a perspectiva de fiscalização da gestão em saúde. Sua maior potencialidade está na possibilidade que apresenta para a emergência de novos temas e demandas sociais que podem re-orientar o processo de formulação de políticas e ações em saúde.

Esta capacidade materializada no CNS de tornar visíveis problemas antes desconhecidos e de propiciar a incorporação de novas agendas e pautas às políticas de saúde é que possibilita a materialização da equidade em saúde enquanto princípio vivo. Esta equidade parte da afirmação que a universalidade do direito à saúde só se torna realidade quando capaz de abarcar de forma integral a diversidade humana, e que a efetivação de tal universalidade pelo SUS consiste também em sua capacidade de enfrentamento das iniquidades a que grupos como o LGBT estão submetidos.

Cabe refletir por fim, a respeito do papel do Estado e sua relação com a sociedade civil, que todo processo de inserção e participação não se dá de maneira harmoniosa ou consensual e que o Estado configura-se como locus de expressão

dos conflitos de classes em que populações como LGBT estão claramente inseridas. Assim, a luta LGBT por direitos expressa toda luta social emancipadora, e apresenta-se como mais um elemento a somar nas lutas em defesa de uma nova sociabilidade.

Referências Bibliográficas

ABGLT. *Resoluções do I Congresso da ABGLT: avanços e perspectivas*. Curitiba-PR : Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros, 2006.

ARÁN, M; MURTA, D; LIONÇO, T. *Transexualidade e saúde pública no Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4):1141-1149, 2009

ARÁN, M. "*Transexualidade e políticas de saúde pública no Brasil*". In: *Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder - Florianópolis*, 2008 - disponível em: http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST40/Marcia_Aran_40.pdf Acessado em: 02 de outubro de 2010.

ÁVILA, M.B. *Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S465-S469, 2003

AVRITZER, L. & SANTOS, B.S. *Para ampliar o cânone democrático*. 2003 - disponível em www.eurozine.com.

BRASIL. PORTARIA INTERMINISTERIAL MEC/MS/MPAS N° 02/86 - Diário Oficial da União 22 de agosto de 1986.

BRASIL. *Relatório Final da 12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca*: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003 - Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. *Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil*, Capítulo II da Seguridade Social, Seção II artigo 196 a 200. (disponível em <http://www.senado.gov.br>). Acessado em: 16 de janeiro de 2011.

BRASIL. *Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.*

BRASIL. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. DISPONÍVEL EM: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm> Acessado em: 16 de janeiro de 2011.

BRASIL. *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. *Determinantes Sociais da Saúde e Ação Intersetorial*. *Divulgação em saúde para o Debate*, Rio de Janeiro, n.41, p.9-22, abr.2008.

CAMPOS, G.W.S. *Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS*. *Saúde e Sociedade* v.15, n.2, p.23-33, maio-ago 2006.

CAMPOS, G.W.S. *O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde*. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 12(Sup): 1865-1874, 2007.

CHAUÍ, M. *Considerações sobre a democracia e os obstáculos à sua concretização*. Pólis Publicações (Instituto Polis), v. 47, p. 23-30, 2005.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciência Humana e Sociedade*. São Paulo: Cortez, 1991.

CNS - Conselho Nacional de Saúde - *Resolução Nº 333, de 04 de novembro de 2003*. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao_333.htm. Acessado em: 16 de janeiro de 2011.

COHN, A. *Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde* - Revista Ciência e Saúde Coletiva. 8 (1), p.9-18, 2003.

CONCHA-EASTMAN, A.; MALO, M. *Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde*. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro 2008

CORDEIRO, H. *Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):319-328, 2001.

CÔRTEZ, S.V. (Org). *Participação e Saúde no Brasil* – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ , 2009.

CÔRTEZ, S.V (Org). *Saúde e democracia: a luta do CEBES* – São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CORTES, S.M.V. *Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde*. Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun p. 18-49. 2002

COUTINHO, C. N. *“Notas sobre cidadania e modernidade”*. In Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social, Ano 2, nº 3, dezembro de 2005 -. Disponível em <http://www.assistentesocial.com.br> Acessado em: 02 de outubro de 2010.

CRESWELL, John W. *“Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto”*. 2ª ed. Porto Alegre: ARTMED Editora, 2007.

CRUZ, L. – *“A Territorização da Homofobia”* – disponível em: http://www.abglt.org.br/port/artigos_d.php Acessado em: 16 de março de 2011.

DAHLGREN,G; WITHEHEAD,M. *“Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991. In: Withead M., Dahkgren G.

DAGNINO, E. *Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa*. Política e Sociedade Nº 5 , 2004.

ROCHA, D.G (org). *Diversidade e Equidade no SUS: parceria universidade e educação popular*. Goiânia: Cãnone Editorial, 2008.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O que é a filosofia?* Rio de Janeiro: Ed. 34, 2ª ed., 1997. Editores, 1967.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R.M. *Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade*. Belo Horizonte: Editora Rede Saúde 2006.

FERRARI, A. *Revisando o passado e construindo o presente: o movimento gay como espaço educativo*. Revista Brasileira de Educação Jan /Fev /Mar /Abr Nº 25,2004.

FILHO, A.S. *Orientação sexual: construção política do desejo, ou crítica da substancialização*. Disponível em : http://www.cchla.ufrn.br/alipiosousa/index_arquivos/ARTIGOS%20ACADEMICOS/ARTIGOS_PDF/Orientacao%20sexual%20-%20a%20construcao%20politica%20do%20desejo.pdf. Acessado em: 16 de março de 2011.

FLEURY, S. (org). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLEURY.S (org). *Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária*. 1ª Ed, CEBES 2007

FLEURY.S. , LOBATO. L.V.C (orgs). *Participação, Democracia e Saúde – Rio de Janeiro* : CEBES, 2009.

FRANÇA, L.I. *Identidades coletivas, consumo e política: A aproximação entre Mercado Gls e Movimento GLBT em São Paulo*. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 13, n. 28, p. 289-311, jul./dez. 2007

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GOUVEIA, R. , PALMA, J.J, - *SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social*. Estudos Avançados. vol.13 no.35 São Paulo Jan./Apr. 1999

GUIZARD, F.L. & PINHEIRO, R. *Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde*. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 11 (3), p.797-805,2006.

IANNI, Octávio. *A construção de categorias*. Transcrição de aula do Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC-SP, 1986.

JÚNIOR, C.P. *Teoria marxista do conhecimento e método dialético materialista*. Ed. Ridendo Castigat Mores. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/caio.html>. Acessado em: 02 de outubro de 2010.

JUNQUEIRA. R.D(Org). *Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas – Brasília* : Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009.

LIONÇO, T. *Movimentos sociais e participação social no SUS: considerações sobre a população GLBTT (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais)* - Série Anis 50, Brasília, Letras Livres, 1-9, agosto, 2007.

LIONÇO, T. *Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade.* Revista Saúde Sociedade. São Paulo, v.17, n.2, p.11-21, 2008.

LEVCOVITZ, E. LIMA, L.D. , MACHADO, C.V. *Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.* Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):269-291, 2001.

MACHADO, F. V. & PRADO M. A. M. *Movimentos Homossexuais: A Constituição da Identidade Coletiva Entre a Economia e a Cultura: O Caso de Dois Grupos Brasileiros.* Interações, 10(19), p. 35-62, 2005.

MACHADO, F. V. *Muito além do arco-íris. a constituição de identidades coletivas entre a sociedade civil e o estado* - Belo Horizonte: Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. 2007 Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/> . Acessado em: 02 maio 2010.

MACHADO, F.V ; PRADO, M.A.M . “Sexualidade e cidadania. sociedade civil e poder público na organização da parada glbt na cidade de belo horizonte (Brasil)”. Cahiers psychologie politique , nº 15 , 2009. disponível em :<http://www.lodel.demoinist.fr/>. Acessado em: 12 de novembro 2010.

MARTINS, L. M. *As aparências enganam: divergências entre o materialismo histórico dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa.* 2006 < Disponível em: <http://www.anped.org.br> Acessado em: 12 de novembro 2010.

MELUCCI, A. *Challenging Codes.* Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

MELUCCI, A. *A invenção do presente. Movimentos sociais nas sociedades complexas.* Petrópolis, RJ: Vozes. 2001

MINAYO, M. C. S. *Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social.* In: Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade (M. C. S. Minayo, org.), pp. 9-30, 19ª Ed., Petrópolis: Editora Vozes. 2001.

MINAYO, M. C.S. (Org); DESLANDES, S. F; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 25ª ed. revista e atualizada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007b.

OMS .*The World Health Report 2008 : Primary Health Care Now More Than Ever .* Organização Mundial da Saúde, 2008.

PEREIRA, Potyara A. P. *Política Social: temas e questões.* São Paulo: Cortez Editora, 2008.

PEREIRA, Potyara A. P. *Controle democrático com garantias de direitos*. Brasília: Subsecretaria dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2005.

PINHEIRO M. C., WESTPHAL, M. F, AKERMAN, M. A. (2005). *Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal Brasileira de 1988*. Cadernos de saúde pública, vol. 21, nº 2.

PINHEIRO, R. *Democracia e Saúde: Sociedade Civil, Cidadania e Cultura Política*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):11- 14, 2004

PIMENTEL, A. *O Método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica*. Cadernos de Pesquisa, n. 114, novembro/ 2001.

RAWLS, J., 1997. *Uma Teoria da Justiça*. São Paulo: Martins Fontes.

SALZANO, F.M. *Saúde pública no Primeiro e Terceiro Mundos: desafios e perspectivas*. Revista Ciência e Saúde Coletiva 7(1):7-16.2002.

SENNA, M.C.M. *Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família*. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento):203-211, 2002

SPOSATI, A. *Controle Social e Políticas de Saúde*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, (4) 366-378, out/dez, 1992.

STARFIELD, B. *Improving equity in health: a research agenda*. International Journal of Health Services. Inglaterra: v.13, n.3, p. 545-566, 2001.

TELLES, V.S. *Direitos Sociais: Afinal de que se trata?* 1997. In: Direitos Humanos no Limiar do Século XXI. Disponível em : <http://www.acaoeducativa.org.br> Acessado em: 10 de fevereiro de 2010

TOURAINÉ, A. *Um novo paradigma: para compreender o mundo de hoje*. Petrópolis, RJ: Vozes, p.169-210, 2006.

VALLA, V.V. *Sobre participação popular: uma questão de perspectiva*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(Sup. 2):7-18, 1998

VIANA A.L.D. *Modelos de intervenção do Estado na área da saúde*. Série Estudos de Saúde Coletiva n. 118. Rio de Janeiro, IMS/UERJ. 1995

WHO . *Targets for health for all*. Copenhagen , 1985

LEGENDA ASSOCIADA AO NOME DOS CONSELHEIROS

Legenda associada	Nome	Entidade
(A)	Eliane Aparecida da Cruz	Secretária Executiva - CNS
(B)	Solange Gonçalves Belchior	Federação Nacional de Enfermagem
(C)	Crescêncio Antunes da Silveira Neto	Ministério da Saúde
(D)	Francisco Batista Júnior	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CNTSS
(E)	Luiz Gonzaga de Araújo	Confederação Nacional dos Trabalhadores agrícolas-CONTAG
(F)	Alexandre de Oliveira Fraga	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CNTSS
(G)	Júlio Strubing Müller Neto	Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS
(H)	Maria Luiza Jaeger	suplente-Ministério da Saúde
(I)	Artur Custódio M. de Sousa	Entidade Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências - MORHAN
(J)	Nildes de Oliveira Andrade	Associação dos Celíacos do Brasil-ACELBRA
(L)	Carlos Alberto Ebeling Duarte	(ONG-AIDS)
(M)	Silvia Marques Dantas de Oliveira	Movimentos Organizados de Mulheres em Saúde
(N)	Antônio Alves	Ministério da Saúde
(O)	André Luiz de Oliveira	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil-CNBB
(P)	Maria Leda de R. Dantas	Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas
(Q)	Izaac Fernandes	Entidade Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências - MORHAN
(R)	Graciara Matos de Azevedo	Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde - CFO/FENTAS
(S)	Jurema Werneck	Movimento CRIOLA – representação da população negra
(T)	Carmen Lúcia Luiz	LBL-Representante dos Movimentos LGBT
(U)	José Cláudio dos Santos	Organização dos Movimentos Populares – CMP
(V)	Denize Ferreira	(não identificada)
(X)	Gysélle Saddi Tannous	Entidade Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências - Pestalozzi/ FENASP
(Y)	Maria Izabel da Silva	Central Única dos Trabalhadores - CUT
(Z)		
(W)		