



5º Encontro Internacional de Política Social
12º Encontro Nacional de Política Social
Tema: "Restauração conservadora e novas resistências"
Vitória (ES, Brasil), 5 a 8 de junho de 2017

Eixo: Democracia, participação e movimentos sociais.

Democracia, participação social e equidade em saúde

Eduarda Laryssa Vasconcelos da Silva¹

Resumo O presente trabalho explicita a participação social e equidade na política de saúde brasileira. Este estudo teve por objetivo suscitar o debate sobre a participação social e a equidade em saúde a partir do processo de democratização do país. Para alcançar o objetivo proposto, fez-se necessário um estudo com metodologia qualitativa, com pesquisa do tipo bibliográfica, sua fundamentação teórica metodológica está baseada na razão dialética da teoria social crítica. A pesquisa é considerada atual e de grande relevância na atual conjuntura da política de saúde, evidenciando a necessidade da equidade como um eixo norteador das políticas públicas e dessa discussão nas arenas de participação social.

Palavras-chave: Democracia; participação social; equidade em saúde.

Democracy, social participation and equity in health

Abstract This paper explores social participation and equity in Brazilian health policy. The purpose of this study was to raise the debate about social participation and equity in health from the process of democratization of the country. In order to reach the proposed objective, a study with a qualitative methodology was necessary, with research of the bibliographical type, its theoretical foundation methodology is based on the dialectical reason of critical social theory. The research is considered current and of great relevance in the current conjuncture of the health policy, evidencing the necessity of the equity as a guiding axis of the public policies and of this discussion in the arenas of social participation.

Keywords: Democracy; social participation; equity in health.

Introdução

O presente estudo tratará da participação social e equidade na política de saúde brasileira. A temática da participação social foi ingressada nos debates brasileiros a partir do processo de democratização na década de 80 e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição Federal de 1998 e nas leis orgânicas posteriores.

Assim como a participação social, a noção de equidade foi instituída nesse processo. A equidade está presente enquanto pilar do Sistema Único de Saúde (SUS),

¹ Bacharel em Serviço Social, pela Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Mestranda em Serviço Social, pelo programa de Pós graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe/UFS. E-mail: <eduarda.sso@hotmail.com>.

que prever a universalidade no acesso aos serviços, a igualdade no atendimento e a equidade na distribuição dos recursos do SUS.

A equidade em saúde é elemento constituinte da participação social, que encontra no âmbito dos mecanismos de controle social – conselhos e conferências, um instrumento capaz de ampliar o direito à saúde.

Nessa perspectiva, de construção da esfera pública que envolve a participação social na definição e implementação da política de saúde brasileira, torna-se imprescindível que esses espaços sejam cada vez mais alargados. Como afirma Raichelis (2007) é essa dinâmica societária que fortalece a ideia de que os espaços de representação social na organização e gestão das políticas sociais devem ser alargados “para permitir a participação de novos e diversificados sujeitos sociais, principalmente os tradicionalmente excluídos do acesso às decisões do poder político”. (p.78).

Tem-se por pressuposto que a participação social nos mecanismos de controle social é um acréscimo à democracia representativa, importante para manter a competição e o pluralismo dos sistemas democráticos e, sobretudo, como possibilidade de construção de um sistema de saúde equânime, “respeitando as particularidades de cada grupo social, com o mesmo nível de qualidade” (DUARTE, 2000), e que tenha como horizonte um novo projeto societário coerentemente vinculado às dimensões das classes subalternas.

Assim, este estudo teve por objetivo problematizar sobre a participação social e a equidade em saúde a partir do processo de democratização do país. Para alcançar o objetivo proposto, fez-se necessário uma pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa se desenvolve em “interação dinâmica retroalimentando-se, reformulando-se constantemente” (TRIVINOS, 1987, p. 137) prioriza os dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com o fenômeno estudado, de modo a interpretá-los a partir do referencial teórico adotado (NEVES, 1996).

A fundamentação teórica metodológica desta pesquisa está baseada na razão dialética da teoria social crítica, ao permitir considerar as particulares/singulares expressas no âmbito local, e os aspectos gerais/universais da totalidade. Compartilha-se da compreensão teórica de Arouca (1982 apud FLEURY, 2008) da saúde como totalidade concreta, síntese de múltiplas determinações.

Foi realizada pesquisa bibliográfica a autores que abordam as categorias democracia, participação social e equidade em saúde. A busca por esta bibliografia se deu nas

plataformas Scielo, CAPES, CEBES, artigos publicados em anais da área do Serviço Social e da saúde, ainda artigos de referência da disciplina Tópicos Especiais em Política Social e Serviço Social ministrada no Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Política Social/UFS.

Inicialmente, faz-se uma contextualização da concepção de democracia, avançando para discussão da participação social na Constituição Cidadã de 1988 e da equidade em saúde e segue-se às considerações finais.

1. Democracia e participação social

O direito a saúde, no Brasil, esteve ligado à luta contra a ditadura militar nos anos 1964, com um movimento amplo pela redemocratização do país em busca da instauração de uma nova concepção de Estado que garantisse direitos sociais fundamentais, tendo como referência o Estado de Bem Estar Social dos países europeus. No campo da saúde tem-se a possibilidade de ampliar a democracia e influenciar a construção de uma gestão mais participativa.

O texto constitucional é um marco na democratização e na institucionalização dos direitos sociais. A constituinte compatibilizou princípios da democracia representativa e da democracia participativa, alargando a concepção de democracia.

Porém, sabe-se que o mundo capitalista em sua essência é incompatível com a democracia plena, em seus aspectos sociais, políticos e econômicos. Há na sociedade capitalista uma identificação com a democracia na concepção liberal, que de acordo com Vieira (2004) “a noção de democracia, que constitui a base da democracia liberal, se vincula à igualdade de oportunidades segundo a capacidade de cada indivíduo, e não à igualdade real na sociedade” (p. 189), esta concepção assim como a do liberalismo está fundamentada no capitalismo monopolista que acompanha os reveses da economia mercantilista.

Jessé Souza (2009) pontua que esta igualdade de oportunidades se estabelece como forma de conciliar as demandas de igualdade e liberdade, e resultam de “desigualdades justas” na medida em que decorrem do esforço e desempenho diferencial do indivíduo. Este “privilégio” individual é legitimado na sociedade moderna e democrática dentro da perspectiva da “meritocracia”, para o autor “o ponto principal para que essa ideologia funcione é conseguir separar o indivíduo da

sociedade” (p. 43). Esse contexto é que respalda a lógica burguesa de culpabilizar os pobres pelo seu próprio fracasso.

A sociedade desigual evidenciada no modo de produção capitalista leva à de-scaracterização do conceito de cidadania, e

no âmbito da democracia liberal, a desigualdade social, a dominação de uma classe sobre a outra pode ser admitida desde que esteja assegurada a igualdade da cidadania [...] A cidadania revela-se indispensável à continuidade da desigualdade, e não entra em conflito com ela [...] revestida da forma de igualdade jurídica, ela se desenvolve a partir da luta pela conquista de certos direitos e posteriormente através da luta para usufruir deles [...] assim, a cidadania representa um princípio de igualdade, desdobrado em diversos direitos que se foram acrescentados aos poucos. (VIEIRA, 2004, p. 190).

Na concepção liberal onde cada indivíduo deve buscar seu bem estar e de sua família através da venda da sua força de trabalho, baseia-se na liberdade em detrimento da igualdade. Nesse sentido, encontra-se a perspectiva de “cidadania restrita” utilizada por Santos (1979).

Esta concepção está ligada a ideia de Estado restrito, Estado mínimo, ou Estado diminuto², onde a intervenção estatal “deve restringir-se a regular as relações com vistas a garantir a liberdade individual, a propriedade privada e assegurar o livre mercado” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 62).

No âmbito da política de saúde, na perspectiva do projeto liberal-corporativo ou democracia restrita, expressa o projeto ideopolítico neoliberal das classes dominantes, buscando atribuir ao mercado à tarefa de regular os conflitos de interesses e de satisfazer as demandas sociais. Por outro lado, tem-se a perspectiva do projeto democracia de massas (COUTINHO, 2000) que busca a “construção de amplos consensos majoritários” através da “construção de um espaço público onde se combinem hegemonia e pluralismo” (p. 51).

Esta concepção de democracia está ligada a participação política organizada das classes subalternas na sociedade civil através dos movimentos sociais, a participação social legalmente instituída via mecanismos de controle social – Conselhos e Conferências. Dessa forma, “a proposta da introdução de mecanismos de participação em um espaço deliberativo tem sido visto como um acréscimo à democracia representativa [...] considerada imprescindível para manter a competição e o pluralismo necessários a um sistema político” (FLEURY, 2008, p. 61).

² Termo utilizado por Vieira (2004).

Para Baquero (2009) parece haver um consenso no Brasil de que a única maneira de combater a desigualdade social existente seria por meio da consolidação e aprofundamento da democracia social. Nesse sentido, com a demanda de democratização ocorreu à reafirmação da ideia de democracia participativa e a ampliação dos espaços decisórios.

No Brasil, a proliferação desses mecanismos tornou o país um dos principais espaços de experiências e de análise da participação social na gestão pública. Assim, a política de saúde foi a que mais intensa e precocemente incorporou mecanismos de participação, na área de saúde, tal disseminação ocorreu de forma precoce em relação às outras áreas, e o nível de envolvimento de atores estatais e sociais com o funcionamento dos mecanismos foi mais acentuado. (CÔRTEZ, 2003).

A área da saúde se tornou pioneira nesse processo devido ao amplo movimento pela Reforma Sanitária que se autodenominava movimento sanitário, que articulava atores estatais e sociais na defesa da universalização do acesso a serviços de saúde e a democratização política do país. Este movimento, denominado por Cortês (2009) de “comunidade de política” que viria a ter papel decisivo na construção do Sistema Único de Saúde e na forma como a participação da sociedade seria instituída legalmente.

A partir dos anos 1970, surgiram diversos movimentos sociais no Brasil, com o fim do regime militar abriu-se a possibilidade de uma sociedade democrática, incentivando mobilizações e buscas por alternativas diante das concepções vigentes de cidadania.

Este período ditatorial, a partir de 1964, censurava os movimentos sociais bem como as outras formas de manifestação da sociedade civil organizada, neste momento o país passou a ser governado por meio de Atos institucionais, leis de segurança nacional e decretos secretos, o que culminou em uma forte repressão e controle sobre a população. (CORREIA, 2003). Aqui, o controle social se caracterizava como um instrumento exercido exclusivamente pelo Estado sobre a sociedade.

Concomitantemente a crise econômica mundial no capitalismo³ fazia-se presente uma crise política, devido os movimentos populares assumir maiores dimensões de

³ A crise global do capital que se faz presente na atualidade teve seu impacto mais expressivo no final da década de 1970, provocou mudanças estruturais no processo de produção capitalista e no campo da reprodução social redimensionando as relações econômicas, sociais, políticas e culturais. Os momentos de crises fazem parte da dinâmica capitalista, pois expressam o caráter contraditório desse modo de

força e espaço no cenário de lutas por uma sociedade mais justa e igualitária, luta por direitos sociais que fossem garantidos a todos. Este foi “um período grávido de possibilidades de aprofundamento da democracia política e econômica” (BEHRING, 2008, p. 144).

Na década de 1980, Correia (2003) analisando a política de saúde coloca fatos relevantes na história brasileira. Afirma que a relação entre Estado e sociedade civil vai mudando nesta década: com o processo de democratização do país, alguns movimentos sociais admitem negociar com o Estado em torno de políticas públicas e abandonam a posição “de costas para o Estado”. (p. 60). Essa mudança vai implicar na transformação de caráter do controle social, ou seja, a partir da década de 80 e da efervescência política desse período, surge a possibilidade dos movimentos populares e sindicais de interferirem nas ações e gastos do Estado.

Neste contexto, com a abertura democrática e a luta dos movimentos sociais aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, que pela primeira vez na história contou com uma ampla participação popular. Esta Conferência representou um divisor de águas para a saúde no Brasil, pois introduziu no cenário a discussão da saúde à sociedade, além de aprovar as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS em sua essência.

Essa Conferência, ocorrida em 1986, introduziu a participação no SUS dentro de uma perspectiva de controle social como um de seus eixos principais. Foi legitimada nessa Conferência a proposta de um novo Sistema Nacional de Saúde defendido pelo movimento sanitarista, validada por amplos setores da sociedade. Logo após, o Movimento de Reforma Sanitária, o movimento social, os parlamentares e sindicatos, pressionaram os poderes pela incorporação dessa proposta na Constituição de 88, durante a instalação da Assembleia Nacional Constituinte. (BRAVO, 2007)

A Constituição instaurada legalizou o Sistema Único de Saúde e contemplou parte da proposta colocada pelo Movimento Sanitário. O SUS foi regulamentado pela Lei 8.080 e a Lei 8.142 de 1990. Posteriormente, depois de vários acordos políticos e pressão da população, a Carta Constitucional atendeu grande parte das reivindicações desse Movimento. O texto Constitucional afirma, em seu artigo 196, que “A saúde é

produção, sendo ainda funcional a este, na medida em que criam as condições para a emergência de uma nova fase de expansão. (BRAZ; NETTO, 2007)

direito de todos e dever do Estado”. As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública.

O SUS é resultado das lutas ao longo dos anos pelos movimentos de saúde e da sociedade e deve ser encarado como um serviço que está sujeito a um aprimoramento contínuo. Foi criado com o propósito de que a população brasileira, sem distinções de raça, etnia, gênero, situação econômica e social, tenha o direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos provenientes de cada esfera estatal.

A participação social é uma categoria marcante nesta nova proposta para saúde brasileira, pois torna-se elemento estruturante, como aponta a Declaração da Alma Ata (1978) a necessidade de se promover a capacidade de participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde.

A conquista da democracia representativa pelos movimentos organizados na sociedade civil é de extrema valia, entretanto não é uma vitória completa, à medida que vai depender da correlação de forças, onde na sociedade capitalista há hegemonia da classe dominante na tomada de decisões, que concentra suas investidas no setor privado. Neste contexto, esta conquista configura-se num grande passo, mas ainda existem limitações que precisam ser ultrapassadas.

Com a ampliação da sociedade civil nos anos 80, também se ampliou nesse período um espaço para atuação no âmbito da sociedade política. Como afirma Semeraro,

ao longo dos anos 80, portanto, viu-se logo que para enfrentar e superar a hegemonia burguesa a linha de confronto não era mais a sociedade civil x Estado, mas principalmente a disputa entre projetos emanados da sociedade civil burguesa x os que fermentavam na sociedade civil popular. (2009, p. 114).

Nesse sentido, para a construção da hegemonia, deve-se investigar se na própria sociedade existem condições necessárias e suficientes para sua transformação, saber qual o grau de realizações ideológicas que nasceram delas mesmas, no terreno dos antagônicos que se originaram ao longo do seu desenvolvimento. “As análises das relações de forças são, portanto, vitais para a construção da vontade coletiva nacional-popular ou [...] para manter as relações sociais vigentes”. (DIAS, 1996, p. 15).

A partir da análise da relação de forças em uma formação social capitalista, se apresenta a existência de uma especificidade que é imprescindível compreender, a de mascaramento da dominação política determinando negativamente a tomada de

consciência dessa dominação pelas classes subalternas. (Cf. DIAS, 1996). Em síntese, a análise da correlação de forças determina o significado das contradições econômicas da estrutura.

E na área da saúde, a busca por sua democratização “passaria pela construção de um arco de alianças que permitisse alterar a correlação de forças, a difusão de uma nova consciência sanitária e a construção de uma nova institucionalidade ou sistema público que assegure a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. (FLEURY, 2008, p. 56)

2. Participação social e equidade em saúde – discussão da equidade nas arenas de controle social

A democratização do país, através das lutas contra a ditadura militar, e pela crise do Estado autoritário, representa um divisor de águas na história brasileira.

Na área da saúde, um dos maiores movimentos populares, o Movimento Sanitário, legitimado na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, conseguiu a adesão de parlamentares à proposta do SUS. Nesse período, travou-se uma batalha entre setores progressistas e setores conservadores, até que se conquistasse na Constituição de 88 a saúde como direito de todos e dever do Estado, a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral como prioridade para as atividades preventivas além dos pressupostos já contidos no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS.

A participação social foi um marco nesse processo, na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social, no sentido de setores organizados na sociedade civil intervirem na formulação, na execução e na avaliação das políticas públicas para o setor saúde, para que as ações e os gastos estatais atendam aos interesses da maioria da população.

Assim, foram investidos esforços para institucionalização de instâncias de caráter deliberativo e fiscalizatório. A criação dos colegiados na década de 1990, por meio das leis nº 8.080/1990 e, especificamente, a lei nº 8.142/1990, que instauram a participação social sob a forma de Conselhos de Saúde e de Conferências.

Dentro dessa concepção, os conselhos e as conferências de saúde, apesar de terem sido conquistados sob pressão, podem por um lado, se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais. Por outro

lado, podem ser espaço de participação e controle social, na perspectiva de ampliação da democracia. (CORREIA, 2003).

Os conselhos de saúde se constituem em mecanismos democráticos fundamentais para o referido controle, “a diferença é que pelos liberais, eles são pensados como instrumentos ou mecanismos de colaboração, e pela esquerda como vias ou possibilidades de mudanças sociais no sentido de democratização das relações de poder”. (BRAVO, 2006, p. 85).

A participação social via Conselhos e Conferência de saúde tem sido fundamental para que a concepção de equidade possa ser discutida e implementada. Como afirma Fleury, a democracia representativa, como nos espaços dos conselhos, facilita o exercício democrático e a redução de desigualdades entre os participantes da esfera pública, no entanto não pode ser vista “para tratar da iniquidade e exclusão sociais, além de ser extremamente limitada para representar a diversidade e multiplicidade de identidades” (2008, p. 61).

A autora Margaret Whitehead é reconhecida por diversos pesquisadores⁴ como pioneira no debate sobre equidade, para ela as iniquidades em saúde referem-se às diferenças desnecessárias e possivelmente evitáveis, são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. Para ela o termo iniquidade em saúde refere-se a exposição a condições de vida e trabalho estressantes e doenças; acesso inadequado a serviços públicos de saúde; e mobilidade social relacionada à saúde. (WHITEHEAD, 1992 apud ESCOREL, 2009; GRANJA et al., 2011).

Em seu estudo sobre a Ralé Brasileira, Jessé Souza chama a atenção para as dimensões do problema da saúde pública no que se refere ao atendimento e serviços de saúde prestados à ralé brasileira. Os efeitos perversos na saúde pública tem subjogado uma classe inteira e reiterado um processo de desvalorização moral, social e política daqueles que mais utilizam o SUS, acometidos pelas intituladas “doenças de pobre” (SOUZA, 2009).

A equidade se constitui como categoria ligada à busca da adequação das normas e direitos gerais a partir do reconhecimento destas iniquidades. Segundo Medeiros (2000 apud COSTA e LIONCO, 2006) equidade é um termo jurídico, que evoca a realização da justiça e dos direitos sociais. Ainda pode ser entendida como o “ideal de

⁴ Autores como Escorel (2009), Backx (2005), Silva (2009), Granja (2011).

reduzir ou extinguir desequilíbrios sociais” (SANTOS, 1979, p 16). Porém, não há consenso na literatura sobre o que vem a ser considerada equidade, sendo um termo polissêmico⁵.

A equidade está presente enquanto pilar do Sistema Único de Saúde (SUS), este Sistema pauta-se em alguns princípios básicos, com destaque à universalidade, a integralidade, o direito à informação e a equidade, “que busca priorizar a oferta de ações e serviços aos segmentos da população que enfrentam maiores riscos de adoecimento e morte devido a questões de desigualdades sociais que implicam desvantagens de renda, bens e serviços” (SOUZA, 2009, p. 310)

No campo sanitário, Duarte coloca que o termo equidade tem significados que variam de acordo com as expressões “igualdade de acesso” e “tratamentos iguais para mesmas necessidades”, estas definições se reconhecem com a definição que Turner designa à “equidade de oportunidades” referentes à equidade de oportunidade, condições e resultados. (DUARTE, 2000).

O Brasil se distingue e avança dos demais países ao incorporar o conceito de equidade nesta perspectiva, considerando o acesso universal e igualitário que se refere a equidade de oportunidade e a ação sobre os determinantes e condicionantes dos níveis de saúde que diz respeito a equidade de condições.

Para Costa e Lionco (2006) a participação social e a democracia participativa tem potência de permitir avanços na universalização e na equidade do acesso à saúde.

As autoras destacam a instituição da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa no âmbito do Ministério da Saúde como um marco importante nessa direção, pois tem a missão de fortalecer as instâncias do controle social e da gestão participativa no SUS. Ainda apontam os estudos de Pinheiro, Westphal e Akerman realizado em 2005, que analisam o termo equidade nos relatórios da IX, X e XI Conferência Nacional de Saúde.

Em suma, este estudo evidencia que no espaço de controle social, como as Conferências, a discussão sobre equidade aparece, inicialmente, de modo vago, e posteriormente aparece mais recorrente e adquirindo maior aproximação com a noção de equidade às questões próprias da saúde da população, apesar de não serem levantadas situações mais específicas da saúde, sem estratégias de enfrentamento das iniquidades. (COSTA & LIONCO, 2006). Apesar de o termo equidade ter sido tratado de forma

⁵ Para aprofundar a discussão da polissemia do termo equidade ver os estudos de Pereira (2011).

generalizada no âmbito dessas conferências, ainda representa um avanço para política de saúde brasileira.

A XI Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2000, apontou que se o SUS ofertasse o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma forma e em todos os lugares, estaria provavelmente ofertando coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros. (Ministério da Saúde, 2000 apud ESCOREL, 2009).

Assim, a discussão da equidade nas arenas de participação e controle social é fundamental, já que, através da inserção dos sujeitos sociais nesses espaços torna-se possível intervir na formulação da política de saúde e disputar pela resignificação da democracia e do direito à saúde que ocorrer no processo de discussão da equidade em saúde.

Nesse sentido, as arenas de participação social se constituem canais de decisão e controle das políticas públicas de defesa dos direitos da população, à medida que participação pressupõe a conquista e defesa dos direitos sociais, assim, pode-se obter a categoria equidade nas produções destes espaços.

Como já sinalizamos, a equidade é um eixo norteador das políticas públicas que se contrapõe as iniquidades em saúde, resgata a saúde como direito de todos, e, conseqüentemente, igualdade de direitos somado ao direito à diferença torna-se justiça social. A equidade em saúde é elemento constituinte da participação social, que encontra no âmbito dos conselhos um instrumento capaz de ampliar o direito à saúde.

Mas é preciso ter clareza que estes espaços não são homogêneos, nele são perpassados interesses divergentes que tencionam as discussões e disputas. Assim, os conselhos são espaços de negociações permeados por tensões e disputas de interesses entre os diversos sujeitos políticos, e que apresentam limites,

As barreiras para o exercício do controle social são inúmeras, vão desde a ingerência política na escolha dos conselheiros, falta de informação dos conselheiros, desarticulação com suas bases, pouca força de mobilização das entidades representadas, que por sua vez é reflexo da desmobilização da sociedade, cooptação de lideranças em troca de favores, pouca transparência dos gestores no uso dos recursos, manipulação dos Conselhos para legitimar gestões, pouca visibilidade social das ações dos Conselhos, o descumprimento das suas deliberações por parte dos gestores. (CORREIA, 2005, p. 175).

Esses impasses assinalados estão inseridos e são resultados de uma cultura política que não foi modificada. Foram criados os mecanismos de participação sem mudar a ordem cultural e dos valores existentes. Esses traços encontram-se no

autoritarismo, o elitismo, práticas clientelistas e fisiológicas, paternalismo, resolução dos negócios públicos por meio de procedimentos particularistas e o corporativismo na defesa dos interesses privados. (LABRA, 2009)

Destarte, a ideia de equidade nasce da força de denúncia dos movimentos sociais, através das denúncias das condições de saúde da população. (NOGUEIRA, 2000, apud COSTA e LIONCO, 2006). Neste sentido, os movimentos sociais representam fator decisivo na perspectiva da equidade, na medida em que se constituem de sujeitos que intervêm nos processos de formulação das políticas públicas e de alargamento dos direitos sociais.

Estes movimentos sociais devem está baseados na concepção de equidade que possibilita a reafirmação da universalidade de direitos e enquanto componente estratégico de elaboração, planejamento e execução de políticas sociais. Caso contrário, a equidade se tornará uma falácia, como afirma Nogueira (2000 apud COSTA e LIONCO, 2006, p. 100) “nunca tantos falaram tanto da equidade, mas nunca tão pouco fez-se a seu favor”, nesse sentido, faz-se necessário o reconhecimento das situações de iniquidades e intervir a partir delas.

A autora ainda corrobora que o caminho para sanar a impotência que ronda a noção de equidade na saúde não seria apenas a produção de conhecimento sobre equidade e as iniquidades em saúde, mas, principalmente a implementação de políticas públicas que considerassem a equidade em seu sentido fundamental e originário de negação da negação, ou seja, o da força reivindicadora de alteração de uma condição social clara de desigualdade. (NOGUEIRA, 2000, apud COSTA e LIONCO, 2006).

Dessa forma, o termo equidade, enquanto princípio indissociável da universalidade do direito à saúde, requer o reconhecimento e discussão, por parte da sociedade e do Estado, dos determinantes e condicionantes sociais da saúde, e assim possibilitar a construção de políticas públicas equânimes.

Considerações Finais

A equidade é um dos princípios que deve sobressair para dar o rumo à política de saúde. A participação social através dos mecanismos de controle social – conselhos e conferências que se constituem em arenas decisórias para definir os rumos da política de saúde com vistas a um sistema de saúde equânime.

É imprescindível que este princípio seja discutido no âmbito dos conselhos no sentido de direcionar os serviços, programas e ações à efetivação dos princípios norteadores do SUS, a partir de uma concepção ampliada de saúde que se respalde nos determinantes e condicionantes da saúde, e que os recursos financeiros sejam direcionados a promoção da equidade entre os grupos sociais e regiões demográficas.

No contexto contemporâneo, existe um grande distanciamento entre a proposta do movimento sanitário e a prática da política de saúde. A proposta do SUS na carta de 1988 e nas leis orgânicas posteriores não foi efetivada em sua plenitude, e o projeto de Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o projeto voltado à lógica do capital.

O desmonte que a política de saúde vem vivenciando no contexto neoliberal, de repasse da gestão dos serviços de saúde ao setor privado, requer a reafirmação por parte dos movimentos sociais, dos sujeitos coletivos e da sociedade civil organizada, que é competência da esfera pública da saúde a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro, e em especial o princípio da equidade, atuando de forma a atenuar as desigualdades e iniquidades sociais e promover à igualdade e equidade na prestação dos serviços de saúde.

Portanto, apesar dos limites existentes a efetivação da democracia participativa, o desafio posto na atualidade é que os espaços democráticos de participação social sejam ampliados e consolidados, e alcancem visibilidade. Pois, através dos embates nas arenas decisórias, que será dado o direcionamento à política de saúde e, abre-se a possibilidade para alargar o exercício do controle social e de interferir na gestão pública de forma a construir um sistema de saúde público e equânime.

Referências

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivonete. **Políticas Sociais: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

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

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2ª edição, Cortez. São Paulo, 2007.

BRAZ, M. NETTO, J. P. **Economia Política: uma introdução crítica**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira**: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Recife, 2005. Tese (Doutorado em Serviço Social)– Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social?** os conselhos de saúde como instrumento. 1. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COSTA, Ana Maria; LIONÇO, Tatiana. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 47-55, 2006.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra corrente: ensaios sobre democracia e socialismo**. São Paulo: Cortez, 2000.

DIAS, Edmundo Fernandes. Hegemonia: racionalidade que se faz história. In: DIAS, Edmundo Fernandes et al. (orgs), **O Outro Gramsci**. São Paulo: Xamã, 1996.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.2, pp.443-463. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200016>.

ESCOREL, Sarah. Equidade em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Escola Politécnica em Saúde, 2009.

FLEURY, Sônia. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo Corrêa e LIMA, César França (org). **Estado, sociedade e Formação Profissional em Saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: FioCruz/EPSJV, 2008.

LABRA, Maria Eliana. Política Nacional de Participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo político. In: FLEURY, Sonia e Lobato, Lenaura (org). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro. Cebes. 2009

NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisa em Administração**. São Paulo, 1996.

PEREIRA, Esdras Daniel dos Santos. **Participação Social e a construção da equidade e Saúde: o Conselho Nacional de saúde e os direitos da população LGBT**. 90 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das Políticas Públicas: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SEMERARO, Giovanni. **Gramsci e a sociedade civil**: cultura e educação para a democracia. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

SOUZA, Jessé. **A ralé Brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.