



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Tavares Ribeiro, Patrícia

Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 6, diciembre, 2007, pp. 1525-1532

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013517014>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade

The right to healthcare: integrity, diversity, and territoriality

Patrícia Tavares Ribeiro¹

Abstract *Examining some issues and challenges for ensuring the universal right to healthcare in Brazil, this paper explores the findings of a government project conducted in 2003 to broaden the approach to healthcare problems in Brazil, based on dialogs between government and society that supplement institutionalized approaches to social participation in healthcare management. Starting with an overview of the complex international backdrop against which government actions take place for implementing social rights, this paper highlights three issues among the problems listed that are rated as crucial for drawing up public policies: integrity and dignity as pillars for the organization and regulation of public interventions; recognition and respect for difference as a condition for achieving the right to healthcare; and territorialization of problems and policies for the production of responses to new realities. Finally, it lists some aspects that challenge Brazilian government and society in their efforts to guarantee the right to healthcare, affirming the timeliness of the steps taken by the government administration, moving steadily ahead towards effective universal access to this right through an appreciation of aspects related to human rights and citizenship.*

Key words *Social rights, Government administration, Social participation, Public policy*

Resumo *Este ensaio apresenta algumas questões e desafios para a efetivação do direito universal à saúde no Brasil. Toma como referência resultados de projeto governamental, realizado em 2003, para a ampliação da visão dos problemas relativos ao cuidado à saúde no território nacional, que se baseou em interlocução entre governo e sociedade, complementar às formas já institucionalizadas de participação social no âmbito da gestão setorial. Partindo de uma síntese do complexo cenário internacional em que se desenvolvem as tarefas governamentais para a operacionalização de direitos sociais, destaca, no inventário de problemas identificados, três questões consideradas essenciais para a produção de políticas públicas: a integridade e a dignidade como fundamentos para a organização e regulação das intervenções públicas; o reconhecimento e o respeito à diferença como condição para a realização do direito à saúde; e a territorialização dos problemas e das políticas na produção de respostas às novas realidades. Por fim, elenca algumas indagações que desafiam o governo e a sociedade em suas ações na garantia do direito à saúde, afirmando a oportunidade da gestão governamental avançar na universalização efetiva deste direito pela valorização das temáticas dos direitos humanos e da cidadania.*

Palavras-chave *Direitos sociais, Gestão governamental, Participação social, Políticas públicas*

¹Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480/ 9º andar, Manguinhos. 21041-210. Rio de Janeiro RJ. patriciatr@ensp.fiocruz.br

Um cenário de desafios para efetivação de direitos

Os anos 90 foram anos de grandes e velozes transformações nas relações econômicas, políticas e institucionais, nacionais e internacionais, que sustentam a ação dos governos na gestão das políticas públicas para a garantia de direitos.

De um lado, a globalização da economia, dos avanços tecnológicos, da informação, de agendas políticas de reforma do Estado^{1, 2, 3, 4, 5}; de outro, mudanças no padrão de integração social, nas formas de inserção e exclusão dos indivíduos na sociedade^{6, 7, 8}; fragmentação e diferenciação dos interesses sociais; novos modos e meios de dominação^{9, 10}; falência de mecanismos estatais de regulação. Processos que repercutiram no ambiente de gestão governamental e desde então recompõem os cenários institucionais de produção e implementação de políticas, especialmente em contextos de redemocratização do Estado, como o brasileiro.

Alguns traços desta dinâmica podem ser rapidamente identificados no exercício governamental. Mundialização/localização de problemas; multiplicação de atores e especialização de demandas sociais^{8, 10}; setorialização, compartimentalização e segmentação das políticas e intervenções públicas; tendência à tecnicização do debate público e das deliberações políticas^{7, 8, 12, 13}; o incremento de várias formas de violência^{9, 14}, entre muitos outros, tornam cada vez mais complexa a combinação entre diversidade, heterogeneidade e eqüidade na operacionalização dos direitos sociais.

Tal complexidade é amplificada se cotejarmos duas realidades políticas típicas desta década: i) a visão internacionalmente disseminada, cara ao ideário neoliberal, de que a gestão nacional das políticas públicas é comandada por relações e processos, domésticos e transnacionais, de natureza exclusivamente econômica e conduzida por governos e instituições públicas descomprometidos, incompetentes, inefficientes e corruptos; e ii) a experimentação política de soluções institucionais democráticas alternativas, decorrentes de demandas sociais e pressões econômicas para a renovação do papel do Estado na regulação social e/ou no desenvolvimento social^{4, 5, 8 11}.

Este cenário, muito bem caracterizado na literatura científica em suas múltiplas dimensões, apresenta-se como um contexto de difícil análise e compreensão em processos de reorientação das tarefas governamentais para a efetivação de direitos.

Neste ensaio, são examinados alguns aspectos relativos à operacionalização do direito à saú-

de no Brasil pós Constituição Federal de 1988. Tomando como referência os resultados de um projeto governamental – o Projeto Saúde 2004, que objetivou experimentar uma nova forma de interação e interlocução entre governo e sociedade na produção de políticas públicas, identificam-se três questões essenciais e alguns desafios para a ação governamental na efetivação deste direito humano fundamental.

Governo e sociedade na produção de políticas: o Projeto Saúde 2004

Em 2003, primeiro ano do Governo Lula, o Ministério da Saúde, por meio de suas Secretarias Executiva e de Gestão Participativa, acolhendo iniciativa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz de experimentar um novo canal de interlocução entre governo e sociedade na produção de políticas públicas, apoiou financeiramente a realização e compartilhou com a equipe técnica da ENSP e da Organização Pan-Americana da Saúde, parceira no desenvolvimento da proposta, a elaboração, coordenação e implementação do Projeto Saúde 2004¹⁵.

Orientado à ampliação da visão dos problemas relativos ao cuidado à saúde do cidadão brasileiro, o projeto partiu dos seguintes pressupostos: i) que o adensamento da participação social na gestão pública estatal, a transferência de informações do espaço social para o espaço administrativo e a articulação de inovações sociais e institucionais constituem caminhos promissores para a maior efetividade e eqüidade das intervenções públicas; e ii) que interações mais estreitas entre governo e sociedade, complementares às formas já institucionalizadas de participação social na gestão setorial, contribuem para captar a heterogeneidade das situações regionais, as especificidades locais, e ampliam a compreensão da situação social, potencializando a capacidade de ação dos diferentes atores na transformação positiva da situação sanitária.

Buscava-se ainda testar novas metodologias e gerar informações que subsidiassem a gestão do SUS nas três esferas de governo, e o seu controle pela sociedade, na produção de respostas diferenciadas e sintonizadas com as realidades sociosanitárias locais.

O momento de elaboração do Plano Plurianual 2004-2007 (PPA-2004/2007) do governo federal e da realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, no contexto de um novo governo, mostrava-se bastante oportuno política e insti-

tucionalmente aos objetivos do projeto. O PPA 2004-2007 estabelece como orientações estratégicas o fortalecimento da cidadania e da democracia, e a inclusão social e a desconcentração de renda, articuladas ao crescimento do produto e do emprego¹⁶. A 12ª Conferência Nacional de Saúde convocava a sociedade à reflexão sobre o direito à saúde, organizando-se sob o lema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos, o SUS que queremos”¹⁷.

O projeto reuniu interlocutores oriundos das cinco regiões do país, incluindo a quase totalidade dos estados e contemplando cinco segmentos sociais: ONGs voltadas a populações em diferentes ciclos de vida; movimentos sociais e ONGs com ação em diferentes áreas setoriais relevantes para a saúde; auditores dos Tribunais de Contas e procuradores do Ministério Público; parlamentares das três esferas de governo; e gerentes de unidades de saúde de referência regional. Nas cinco oficinas de trabalho realizadas, cada um desses grupos, separadamente, se dedicou à tarefa de responder a três indagações propostas pelo projeto:

. Qual é, em relação à saúde, o principal problema que atinge a população com a qual você trabalha?

. O que você considera que é a causa mais importante desse problema?

. O que precisa ser feito, na sua opinião, para enfrentar ou superar os problemas?

Em um segundo momento, estes mesmos interlocutores, agora reunidos segundo sua região de origem, trabalharam sobre as seguintes questões:

. Qual dentre os problemas identificados, o mais importante, aquele cuja superação significará mudança decisiva na situação de saúde da sua região?

. Identifique três situações que caracterizem e indiquem a ocorrência do problema na sua região.

. O que você considera que é a causa mais importante desse problema?

Nas atividades dos grupos, conduzidas por uma facilitadora externa, a equipe governamental restringiu-se ao acompanhamento do diálogo entre os interlocutores sociais, sem qualquer interferência. Esta dinâmica obteve ótima aceitação dos participantes – ***vocês falam muito, é bom vocês ouvirem***. A interlocução entre a equipe governamental e os representantes dos segmentos sociais se deu nas duas últimas atividades do projeto: apresentação da síntese de cada grupo da situação da respectiva região; e avaliação final do conjunto das atividades realizadas e definição de perspectivas de desdobramento.

Dentre os resultados do projeto destacam-se:

i) um inventário de problemas relativos ao acesso às ações e serviços e à operação do sistema, a partir dos quais se evidenciam limites na ação governamental para a produção de respostas eficazes; ii) a caracterização dos contextos regionais, em suas particularidades demográficas, epidemiológicas, sociais, institucionais, conforme a visão compartilhada pelos interlocutores; e iii) a identificação de temas para destaque na agenda política setorial.

Tais resultados foram divulgados por meio do documento oficial “Projeto Saúde 2004 – contribuição aos debates da 12ª Conferência Nacional de Saúde”, distribuído no evento¹⁸. O Relatório Final do Projeto e toda a documentação produzida no seu âmbito constituíram uma das fontes utilizadas para a elaboração de proposta ministerial do “Plano Nacional de Saúde – um pacto pela saúde no Brasil”. Este, após discussão e aperfeiçoamento em diversos eventos, nos colegiados e fóruns internos do Ministério, na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, foi publicado pela Portaria nº 2607/GM, de 10 de dezembro de 2004¹⁹, contemplando respostas a vários dos problemas identificados nas oficinas.

Três questões essenciais para a efetivação do direito universal à saúde no Brasil

No inventário de problemas realizado nas oficinas, algumas dimensões do cuidado à saúde, objeto de análise conjunta dos interlocutores, como o atendimento clínico, as interações profissionais de saúde/pacientes, as condições de trabalho, as intervenções sanitárias no âmbito domiciliar, a relação com os outros setores governamentais, iluminaram aspectos importantes para uma revisão crítica das intervenções públicas da área social. Neste artigo, a autora, que integrou a equipe de formulação e coordenação do projeto, a partir de uma releitura do relatório final do Saúde 2004¹⁵ e de uma interpretação própria de seus resultados, destaca três questões essenciais para a efetivação do direito à saúde como direito humano fundamental – o direito à integridade e à dignidade; o reconhecimento e o respeito à diferença; a territorialidade dos problemas.

O direito à integridade e à dignidade

Esta primeira questão emergiu da dificuldade, vivenciada pela população que precisa de cuidado e freqüentemente reportada nas oficinas,

de se estabelecer no Sistema Único de Saúde uma perspectiva integral e integradora do paciente no atendimento. Várias situações identificadas como problemáticas atualizaram as críticas que fundamentaram, nos anos 70 e 80, as propostas da medicina integral de revisão estrutural do ensino e da prática do modelo biomédico hegemônico, a partir de uma concepção ampliada de saúde e da compreensão do adoecimento como processo socialmente determinado^{20, 21}.

Os interlocutores, especialmente aqueles representando ONGs e movimentos sociais, identificaram como problema a falta de compreensão, no âmbito do atendimento clínico, da importância do acesso à alimentação – **a saúde também entra pela boca**, do saneamento básico e de sistemas de coleta e tratamento do lixo – **saneamento não é só água e esgoto**, do impacto das condições socioeconômicas sobre a vida emocional das pessoas – **se achava que depressão só dava em rico, mas dá em pobre também, as mulheres têm problemas psicológicos porque não tem o que dar de comer aos seus filhos**, das diferentes formas de violência doméstica – **os médicos não estão preparados para lidar com adolescentes vítimas de violência sexual**.

O caráter fragmentário da formação dos profissionais, igualmente criticado nos anos 70 e 80, também foi identificado como problema – **o médico despedeça as pessoas**. Os interlocutores das ONGs e movimentos sociais, principalmente da região Nordeste, demandaram uma abordagem holística do cuidado à saúde, que respeite o paciente na singularidade de sua identidade individual e de sua história pessoal, tendo sido ressaltada a importância de se considerar os contextos cultural, social e ambiental do seu entorno.

No campo das relações interpessoais entre profissionais de saúde em geral, sobretudo médicos, e pacientes, um outro problema foi enfatizado: a expressão de preconceitos e discriminações negativas de várias ordens. Foram referidas especialmente discriminações relativas à orientação sexual e identidade de gênero, mas também preconceitos contra condições da pobreza ligadas à higiene individual, com relatos de situações que resultaram na não detecção de doenças instaladas e na saída dos pacientes do SUS sem o devido tratamento.

Estas críticas não pouparam o atendimento clínico no âmbito da Estratégia Saúde da Família-ESF. Entretanto, a despeito da identificação de importantes limites para sua efetiva implantação e para a resolutividade de suas ações – concepção tradicional da estrutura familiar, não fi-

xação do médico na comunidade, formação médica incompatível com a estratégia, risco de invasão da privacidade domiciliar, dificuldade de perceber e lidar com a violência doméstica, descompromisso político com a proposta; foi possível constatar que a ESF alcançou alto grau de internalização social e aceitação para a reorganização do cuidado.

Vale registrar que os problemas e dificuldades apontados no atendimento foram atribuídos a limites institucionais que afetam também os profissionais de saúde, tendo sido referido que **o sistema também não olha para o outro lado da mesa**, ou seja, para o profissional de saúde, sua formação inadequada e suas precárias condições de trabalho.

O que parece importante destacar, para a atualização do debate sobre o direito à saúde, é que a persistência deste conjunto de problemas mostra a dificuldade das sociedades contemporâneas de reconhecerem e valorizarem o direito à integridade e à dignidade humanas, em sua expressão individual ou coletiva, como fundamentos para a organização e regulação das intervenções públicas – o que reforça a pertinência dos esforços recentes no campo da saúde pública, por força da pandemia de HIV/AIDS e do recrudescimento das várias formas de violência que chegam aos serviços de saúde, de abordar temas como o direito à privacidade, a recusa à estigmatização e a recusa a qualquer discriminação no cuidado^{22, 23, 24, 25}.

Nesse contexto, a integridade, física e moral, aqui entendida como experiência interna da condição humana de se estar inteiro(a), completo(a), animado(a) pelo próprio sentimento de dignidade, se apresenta na sua importância como dimensão constitutiva do direito à saúde, em particular no que se refere aos espaços institucionais de produção de cuidado e às relações entre pessoas que ali se estabelecem.

O reconhecimento e o respeito à diferença

Esta segunda questão emergiu do acompanhamento do diálogo estabelecido entre os interlocutores das ONGs e movimentos sociais nas atividades do projeto. As duas primeiras oficinas reuniram interlocutores de bases sociais e territoriais diferenciadas, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, ONGs orientadas à defesa da infância, de adultos, da terceira idade, dos direitos humanos, de comunidades carentes, de direitos de segmentos específicos da população – das mulheres, homossexuais, ne-

gros, indígenas, população rural, populações em situações de risco social, catadores de papel – e movimento de meninos e meninas de rua.

No debate para a definição dos problemas relativos à saúde, foi possível constatar que as pautas específicas, particulares, dos distintos interlocutores, tinham em comum a afirmação do respeito à diferença como condição para a igualdade de acesso a um atendimento qualificado de carências comuns, que vem se generalizando – problemas psíquicos, dependência de álcool e drogas, problemas comuns a crianças e adolescentes em situação de risco social, matizadas pelas diferentes formas de inserção social.

A socialização das distintas reivindicações e necessidades de saúde dos diferentes grupos de interlocutores ocorrida nas oficinas, ao refletir problemas sociais concretos, vivenciados como coletividade nos territórios e comunidades locais e regionais, em lugar de reforçar as diferenças, colocou em pauta a cidadania como um conjunto de direitos que inclui a todos – ***o problema do índio é um problema da sociedade mato-grossense***.

O exercício de interlocução entre diferentes, propiciado pelo projeto, contribuiu, segundo avaliação dos próprios interlocutores, para evidenciar: i) a carência de experiências de diálogo entre atores de diferentes segmentos sociais de distintas regiões, instituições e setores, e com inserções variadas no processo político, mesmo naqueles espaços da gestão pública abertos à participação; e ii) a importância da produção conjunta de análises das situações e de propostas de solução¹⁵.

Assim, o reconhecimento e o respeito à diferença se apresentam como condição para a realização do direito universal à saúde.

A territorialidade dos problemas

A terceira questão diz respeito às especificidades locais e regionais que se revelam quando da vinculação dos problemas ao território. Quando na segunda etapa do projeto, os interlocutores dos distintos segmentos sociais, agrupados segundo sua região de origem, se dedicaram a eleger o problema mais importante cuja superação poderia mudar a situação de saúde na região, foi possível constatar i) a existência de diferenças quanto aos problemas priorizados; ii) particularidades nas expressões regionais de problemas comuns que se generalizam no território nacional; iii) diferentes determinantes para problemas que se manifestam de forma semelhante; e iv) distintos perfil e amplitude das ações propostas para enfrentá-los.

Assim, por exemplo, os interlocutores da região Norte elegeram um único problema como principal: a falta de resolutividade do SUS na sua região; os da região Nordeste, destacaram dois: o desrespeito ao papel do controle social e a baixa resolutividade da atenção básica. Para os interlocutores da região Centro-Oeste, os principais problemas de sua região correspondiam à precariedade do atendimento e à inadequação da oferta de serviços; para os da região Sudeste, a falta de atenção integrada e humanizada aos pacientes, associada à baixa resolutividade do sistema, era o problema mais importante. O desconhecimento dos usuários de seus direitos e dificuldades na operacionalização da atenção integral foram os problemas que mais mobilizaram os interlocutores da região Sul.

Note-se que a baixa resolutividade das intervenções públicas foi priorizada como problema por interlocutores de três regiões: Norte, Nordeste e Sudeste. No entanto, distintos fatores de natureza técnica, gerencial ou política foram apontados como causa. Enquanto os interlocutores da região Norte identificaram dificuldades de acesso decorrentes da carência de recursos de infra-estrutura, de pessoal e financeiros, e, da “improbidade” dos gestores e de outros atores setoriais – profissionais de saúde e conselheiros de saúde – no exercício de suas tarefas públicas, como os principais determinantes da situação; os interlocutores da região Nordeste concentraram suas críticas na capacidade limitada de resposta da ESF às necessidades diferenciadas de saúde das pessoas; limitação determinada, segundo sua avaliação, por variáveis políticas, culturais, sociais e econômicas, nacionais e regionais, que afetaram negativamente a implementação do programa.

Os interlocutores da região Sudeste, assim como os da região Norte, atribuíram a baixa resolutividade ao conjunto do sistema, mas neste caso, tal problema refletiria a falta de atenção integrada e humanizada aos pacientes do SUS, decorrente de três fatores: do descompromisso político dos governantes com a saúde da população, do financiamento insuficiente e ineficiente da ação setorial, e de dificuldades no planejamento e na gestão das ações e serviços.

As dificuldades na operacionalização da atenção integral também compuseram o quadro de preocupações principais dos participantes da região Sul, que, no entanto, identificaram no campo do atendimento clínico-assistencial os principais problemas, quais sejam: a desarticulação entre profissionais de saúde e entre serviços no cui-

dado às pessoas e a ação governamental setorial focada na doença – ***ou, pior, no procedimento.***

A inadequação da estrutura e a precariedade do atendimento foram destacadas pelos interlocutores da região Centro-Oeste como os principais problemas a superar, mas à diferença do contexto de extrema carência e de corrupção apresentado pelos interlocutores da região Norte, sua causa foi atribuída a dificuldades relacionadas ao planejamento e gerenciamento do sistema.

Os diferentes diagnósticos, assim obtidos, conduziram a perfis diferenciados das ações propostas para superação dos problemas em cada região.

Para um inventário mais abrangente dos desafios a superar na operacionalização do direito à saúde no país, seguindo-se a metodologia adotada pelo Projeto Saúde 2004, seria interessante ampliar a interlocução iniciada, para outros segmentos da sociedade que atuam e interferem diretamente na política de saúde, como, por exemplo, o setor empresarial vinculado à produção de serviços, equipamentos e insumos e a burocracia governamental da saúde e das áreas econômica e de planejamento, tanto quanto identificar formas de aproximação àqueles segmentos não organizados da população.

Esta breve exemplificação objetiva tão somente indicar a necessidade de se focar os problemas de saúde em seus vínculos territoriais – geográficos, políticos, federativos, comunitários, culturais, na produção de ações governamentais orientadas pelo objetivo de assegurar o direito universal à saúde. Território aqui entendido conforme conceções abrangentes que transcendem, sem abstrair, o espaço físico²⁶.

Parece lícito afirmar que a diversidade que emerge de diferentes olhares sobre o território regional contribui para uma melhor aproximação à realidade e para a identificação de alternativas múltiplas, diversificadas e localizadas, para a resolução dos problemas priorizados coletivamente.

Considerações finais: os desafios para a gestão governamental

O repertório de problemas identificados pelos interlocutores sociais ouvidos pelo Projeto Saúde 2004, parcialmente apresentado neste ensaio, evidenciou alguns desafios para a gestão governamental quando se busca a efetivação do direito à saúde, em seus princípios e diretrizes constitucionais, na implementação do SUS.

Esse desafios, anunciados na literatura, nacional e internacional, que aborda as reconfi-

gurações recentes da relação Estado e Sociedade na produção de políticas públicas, particularmente de políticas sociais, relacionam-se: ao alargamento dos padrões de inclusão social; à articulação das questões econômicas, sociais e ambientais no planejamento governamental visando à eqüidade; ao estabelecimento de vínculos mais concretos entre os diferentes atores sociais nos espaços de gestão; à democratização das tarefas de coordenação de interesses no processo decisório; ao fortalecimento de processos orgânicos de negociação.

Da gestão estatal exigem a atualização de suas funções públicas; a articulação intersetorial e a integração regional das políticas públicas; o aperfeiçoamento dos processos de tomada de decisão e dos sistemas de planejamento; um estilo gerencial adaptativo, criativo e participativo; um novo modo de regulação social^{10, 11, 27, 28}.

Em Estados Federativos como o brasileiro, tais desafios se tornam ainda mais complexos em virtude da necessidade de coordenação intergovernamental e de se equilibrar responsabilidade, regulação e autonomia no desenvolvimento de políticas eqüitativas^{29, 30, 31}.

O campo é vasto, a produção científica ganha consistência e seu exame minucioso qualifica as questões aqui destacadas.

Considerando a maturidade política e institucional conquistada pela gestão governamental na implementação do SUS e os resultados promissores alcançados, em termos de universalização e redução de desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde na história recente³², propõe-se, a título de conclusão, algumas indagações para reflexão e perspectivas a explorar para que governo e sociedade avancem na identificação ou no aperfeiçoamento das tarefas governamentais necessárias à efetivação do direito à saúde.

Assim, indaga-se: a organização do SUS e sua gestão descentralizada contribuem para uma efetiva aproximação entre governo e sociedade na produção de políticas públicas? O ambiente institucional da gestão setorial favorece a expressão da diversidade, da heterogeneidade e da territorialidade dos problemas relativos à saúde? As condições para realização do atendimento clínico permitem o acolhimento, a compreensão e o tratamento da singularidade e da diferença? Favorecem a integridade das pessoas (profissionais de saúde e pacientes), a visão abrangente do olhar técnico e a efetividade do cuidado? Respeitam a dignidade humana?

Ou, da perspectiva da participação social instituída: os diferentes grupos e segmentos sociais

têm o mesmo interesse em atuar politicamente neste âmbito? Têm iguais condições e oportunidades de se fazer representar nos espaços institucionais abertos à participação social? Dispõe dos recursos políticos e sociais necessários para exercer sua influência sobre as decisões governamentais? Na prática de representação de interesses, buscam o interesse comum à cidadania, para além da generalização de interesses particularistas? Vocalizam os problemas daqueles que não conseguem se organizar? Enfim, os espaços institucionais de representação, negociação e interlocução do SUS se constituem efetivamente em arenas públicas no processo de tomada de decisão, como indaga Cohn⁸?

A busca permanente de respostas a essas perguntas enriquece o debate público setorial sobre as relações entre cidadania, democracia e governos, e certamente tem efeitos sobre a definição de novas regras e procedimentos políticos e institucionais. Contribui para trazer para o centro da interação social e política, aquelas questões que atravessam o cotidiano, que são objetos de preocupação de todos, que motivam ética, individual e socialmente cada interlocutor, impõem posicionamentos e, ao suscitarem diferentes argumentos e gerarem “diferentes padrões de emoções e rupturas, de acordos e desacordos”, criam novas ocasiões para esclarecer, divergir e disputar, como avalia Latour³³.

A experiência de interlocução direta entre sujeitos coletivos com identidades sociais específicas e posições diferenciadas na relação com o SUS, vindos de diferentes lugares, com a equipe técnica de um projeto governamental orientado à identificação de problemas concretos de acesso da população às ações e serviços públicos do sistema de saúde quando dele necessita, demonstrou que esta forma complementar, não substitutiva às já institucionalizadas de participação social na

gestão setorial, pode ser bastante produtiva para o desenvolvimento de intervenções públicas mais sensíveis à diversidade de realidades sociais, locais e regionais.

Mostrou-se igualmente bem-sucedida para a maior compreensão: i) do direito à saúde como direito humano fundamental, inerente à condição de cidadania; ii) da importância do reconhecimento da diferença e do confronto entre demandas particulares para a sua realização universal; e iii) da responsabilidade de cada um em assegurá-lo. Aqui cabe um parêntese: na avaliação final das atividades do projeto, uma das propostas de desdobramento encaminhadas pelos interlocutores foi a realização de novo encontro, um ano depois, para um balanço da atuação específica de cada participante na política setorial.

Por fim, permitiu verificar que a vinculação territorial dos problemas pode ser um bom caminho para *o encontro das políticas com a sociedade* na efetivação do direito à saúde, conforme indica Gadelha³⁴. É na concretude que assumem as dificuldades território, vivido como local de moradia, de trabalho, ou como comunidade, que a transversalidade dos problemas, das distintas identidades sociais e das políticas ocorre.

Pode estar aí, pois, uma oportunidade para a gestão governamental trabalhar o direito à saúde no contexto das temáticas dos direitos humanos e da cidadania: produzindo, ou apoiando, reflexões coletivas e alternativas políticas e programáticas territorializadas, socialmente enraizadas e articuladas intra e extra-setorialmente, que, partindo do respeito à integridade e à dignidade da condição humana, incorporem a realização dos direitos peculiares a cada segmento e em cada lugar, sem perder a perspectiva daquilo que é comum a todos e deve ser universal: o direito de viver e de ser tratado – com respeito – em situações de doença e morte.

Referências

1. Diniz E. Globalização, reforma do estado e teoria democrática contemporânea. *São Paulo em Perspectiva* 2001; 15(4):13-22.
2. Fiori JL. O federalismo diante do desafio da globalização. In: Affonso RB, Silva PB, organizadores. *A Federação em perspectiva*. São Paulo: Fundap; 1995. p. 19-38.
3. Affonso RB. *O federalismo e as teorias hegemônicas da economia do setor público na segunda metade do século XX: um balanço crítico* [dissertação]. Campinas (SP): Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas; 2003.

4. Guendel L. Por una gerencia social con enfoque de derechos. IIG; [200] [documento na Internet]. [acessado 2003 Set 17]; [cerca de 13 p.]. Disponível em: http://www.iigov.org/documentos/?p=3_0108
5. Santos BS, organizador. *A Globalização e as Ciências Sociais*. São Paulo: Cortez Editora; 2002.
6. Rosanvallon P. *A nova questão social: repensando o Estado Providência*. Brasília: Instituto Teotônio Vilela; 1998.
7. Castel R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 1998.
8. Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Rev C & S Col* 2003; 8(1): 9-18.
9. Zaluar A. *Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
10. Santos BS. *Reinventar a democracia*. Cadernos democráticos, v. 4. Lisboa: Fundação Mário Soares/ Gravida Publicações; 1998.
11. Kliksberg B. *Repensando o estado para o desenvolvimento social* superando dogmas e convencionalismos. Coleção Questões da Nossa época, v. 64. São Paulo: Cortez; 1998.
12. Labra E. Análise de políticas, modos de policy making e intermediação de interesses. *Physis. Revista de Saúde Coletiva* 1999; 9(2):133-166.
13. Scharpf FW. No exit from the join decision trap? Can German federalism reform itself? 2005. [cited 2005 Feb 25]. [about 28 p.]. Available from: <http://www.mpi-fg-koeln.mpg.de/pu/workpap/wp05-8/wp05-8.html>
14. Castel R. *A insegurança social. O que é ser protegido*. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 2005.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Organização Pan-Americana da Saúde. Projeto Saúde 2004. Brasília: Fiocruz; 2004. [relatório final].
16. Brasil. Plano Brasil de Todos. Participação e Inclusão. Orientação Estratégica de Governo: Crescimento Sustentável, Emprego e Inclusão Social. Maio 2003. 32 p. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/arquivos_down/spi/ppa_2004_2007.pdf
17. Brasil. 12 ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca; Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 230 p. (Série D. Reuniões e Conferências).
18. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Organização Pan-Americana da Saúde. Projeto Saúde 2004. Contribuição aos debates da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF): Editora MS; 2003; 35 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_saude2004.pdf.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/GM_2607.pdf
20. Rodrigues RD, Deveza M, Anderson MIP. Medicina integral: princípios, reflexões e perspectivas. 1998. [Mimeo].
21. Mattos R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos, R, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO. 2001. p. 39-64.
22. Nygen-Krug H. Saúde e Direitos Humanos na Organização Mundial de Saúde. *Revista Saúde e Direitos Humanos* 2004; 1(1):13-18.
23. VanderPlaat M. Direitos humanos: uma perspectiva para a saúde pública. *Revista Saúde e Direitos Humanos* 2004; 1(1):27-34.
24. Cunha CC, Czeresnia D. O direito à saúde e as peculiaridades do cuidado: uma perspectiva do tratamento das pessoas com HIV/AIDS. *Revista Saúde e Direitos Humanos* 2005; 2(2):45-52.
25. França Júnior I. Saúde da criança e direitos humanos. *Jornal da USP* [periódico na Internet] 1999 [acessado 2006 Jun 23]; [cerca de 3 p.]. Disponível em: http://www.usp.br/jorusp/arquivo/1999/jusp463/manchet/rep_res/opiniao.html
26. Bordo AA, Silva CHP, Nunes M, Barbosa T, Miralha W. As diferentes abordagens do conceito de território. [acessado 2006 Dez 14]; [cerca de 10 p.]. Disponível em: www.temasmdebate.cnpm.embrapa.br/textos/051018_TERRITORIO_ESPACO_quarta.pdf
27. United Nations (UN). 2000. *Integrating environment and development in decision making* [cerca de 16 p]. Agenda 21, Chapter 8. United Nations Division for Sustainable Development. Disponível em: <http://www.un.org/esa/sustdev/documents/agenda21>
28. United Nations Development Program (UNDP). Human Development Report 2002. *Depening democracy in a fragmented world*. New York: Oxford University Press; 2002. Disponível em: <http://www.undp.org>
29. Lucchese P. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Rev C & S Col* 2003; 8(2):439-448.
30. Souza C. Desenho constitucional, instituições federativas e relações intergovernamentais no Brasil pós-1988. In: Fleury S, organizadora. *Democracia, descentralização e desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 187-211.
31. Abrucio FL. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: Fleury S, organizadora. *Democracia, descentralização e desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 77-125.
32. Travassos C. Acesso e utilização de serviços de saúde. Primeiros resultados do Suplemento Saúde da PNAD 2003. [apresentação]. Maio de 2005. Disponível em: <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/artigos/Apresentacao%20PNAD2003%2001-07.pdf>
33. Latour B, Weibel P, editors. *Making things public: atmospheres of democracy*. [s.l.]: MIT Press, 2005. [cited 2005 april 11]. [about 17p] . Available from: <http://www.ensmp.fr/~latour/articles/article/96-DINGPOLITIK2.html>
34. Gadelha CA. Perspectivas para o desenvolvimento regional. Experiência brasileira recente e desafios para a saúde. Centro de Estudos da ENSP. 2006. [acessado 2006 Ago 10]. [cerca 35 slides]. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/eventos_novo/dados/arq3089.ppt

Artigo apresentado em 15/12/2006

Aprovado em 16/03/2007

Versão final apresentada em 16/05/2007