

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Kátia Maria Barreto Souto

Participação social, políticas públicas e os caminhos da (para a) democracia participativa: trajetórias das políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT. Brasil. 2003-2019

Rio de Janeiro

2022

Kátia Maria Barreto Souto

Participação social, políticas públicas e os caminhos da (para a) democracia participativa: trajetórias das políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT. Brasil. 2003-2019

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Social Participation, Public Policies and the Paths of (towards) Participatory Democracy: Trajectories of Women's, Men's and LGBT Health Policies. Brazil. 2003-2019.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S728p Souto, Kátia Maria Barreto.
Participação social, políticas públicas e os caminhos da (para a) democracia participativa: trajetórias das políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT. Brasil. 2003-2019 / Kátia Maria Barreto Souto. — 2022.
158 f. : il. color.

Orientador: Marcelo Rasga Moreira.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Participação Social. 2. Democracia. 3. Política Pública. 4. Política de Saúde. 5. Assistência Integral à Saúde. 6. Saúde da Mulher. 7. Saúde do Homem. 8. Minorias Sexuais e de Gênero. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1

Kátia Maria Barreto Souto

Participação social, políticas públicas e os caminhos da (para a) democracia participativa: trajetórias das políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT. Brasil. 2003-2019

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 27 de abril de 2022.

Banca Examinadora

Dra. Eline Jonas
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. André Luis Bonifácio de Carvalho
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. José Inácio Jardim Motta
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Ao meu pai Genaro Herculano Souto (*in memoriam*), exemplo de generosidade e que plantou no meu coração a semente por um Brasil de igualdade e justiça social, por uma sociedade socialista.

À minha mãe Maria José Barreto Souto, exemplo de superação e garra, de amor e vida dedicada aos filhos.

Aos amores maiores de minha vida, meus filhos: Paulo Renato por me ensinar a respeitar as diferenças. João Carlos por me ensinar a persistir e seguir em frente. Gratidão por me apoiarem nessa caminhada.

Aos amigos e amigas militantes que trilharam comigo parte dessas trajetórias democráticas e participativas e já não se encontram nesse plano físico, mas seguem iluminando nossos caminhos e corações.

Fátima Oliveira, Lourdinha Rodrigues, Fernanda Benvenuty, Maria Lúcia Santos, João Nery, Márcio Alex, Cida Lemos, Regina Cohen, Lourdes Bandeira, Márcia Zen. Presente!

Aos amigos e amigas militantes que tiveram suas vidas interrompidas porque a vacina da Covid-19 não chegou em tempo por culpa desse desgoverno genocida. Seguimos honrando suas lutas e iremos onde não puderam chegar.

Regina Viola, Lúcia Rocha, Gerson Dumont, Wanderley Gomes. Presente!

AGRADECIMENTOS

Aos amigos e amigas, camaradas, companheiras e companheiros, militantes da democracia, das lutas feministas, da igualdade e justiça social, da diversidade e da saúde pública, que contribuíram de formas diversas nessa caminhada de quatro anos, com afeto e colo, apoiando, incentivando, *on line* e presencial, em meio a cafés e vinhos: Andrey Lemos, Ana Gabriela Sena, Astrid Sarmiento, Carol Barbosa, Carolina Cunha, Caroline Guerra, Carmen Lúcia Luis, Célia Regina Neves, Conceição Silva, Chico Silva, Dalmare Anderson, Elza Campos, Estênio Brasilino, Fátima Sousa, Francisco Norberto, Gilmara Santos, Gislei Knierim, Jenice Pizão, José Ivo Pedrosa, Júlia Roland, Juliano Mattos, Keyla Kikushi, Keila Simpson, Márcio Florentino, Moysés Toniolo, Nara Arruda, Neusa Castanha, Nésio Fernandes, Paulo Dantas, Raquel Miranda, Santa Alves, Vanilson Torres, Vanja Andrea, Virgínia Correa, Vinícius Pereira.

Às amigas irmãs e amigo irmão que me acolheram com muito carinho, música e vinho, no aconchego de seus lares, nas chegadas e partidas da ponte aérea Brasília e Rio de Janeiro, tornando mais leve e prazeroso o ir e vir, gratidão imensa: Nancy Torres, Paula Brandão, Iraci França, Clara Araújo, Bila Galo e Rodrigo Dorneles.

A minha turma de Doutorado, a cada um e cada uma por tantas trocas afetuosas e parceiras, das inseguranças, das incertezas, do medo de não dar conta, das aulas e seminários compartilhados, dos lanches e almoços para confraternizar. Chegamos! Ufa! Uau! Brindemos!

Aos gestores e colegas de trabalho que trilharam essa caminhada desafiante e empolgante da democracia participativa, de construção e defesa do SUS: Gilberto Carvalho, Humberto Costa, José Gomes Temporão, Alexandre Padilha, Arthur Chioro, Odorico Monteiro, André Bonifácio, Jorge Harada, Júlia Roland, Vladyson Viana, Rui Silva, Reginaldo Alves, Carlos Alberto, Osvaldo Bonetti.

Um agradecimento muito especial ao meu orientador, Marcelo Rasga Moreira, que me incentivou, desde o início, a trilhar o caminho do Doutorado, apontando a importância da reflexão teórica sobre a experiência da vivência, com ideias e debates, compartilhando, de maneira generosa, o seu conhecimento e o seu tempo. Gratidão imensa.

Por fim, e não menos importante, gratidão à banca pela honra do aceite e pelas contribuições, e que também trilharam em tempos diferentes e diversos as trajetórias que me trouxeram até aqui: André Bonifácio, Eline Jonas, José Mendes e Inácio Motta, e os suplentes André Fenner e Assis Mafort. Gratidão. AbraSUS.

Por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres.

ROSA LUXEMBURGO

RESUMO

Essa tese apresenta um modelo de análise de políticas públicas, a partir da trajetória de três políticas de saúde: saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT, considerando as etapas do ciclo das políticas – agenda, formulação, implementação e monitoramento & avaliação, com o objetivo de demonstrar a contribuição da participação da sociedade na construção e elaboração das políticas públicas. Ao trilhar esse caminho, contextualiza-se os marcos teóricos da democracia, da participação e das políticas públicas, apresenta-se o percurso metodológico percorrido para desenvolver a análise documental e revisão de literatura que subsidiaram a elaboração do modelo analítico proposto, a partir das experiências das trajetórias das políticas de saúde analisadas no período de 2003 a 2019. Destacam-se limites e potencialidades da participação da sociedade na elaboração das políticas públicas, a importância das instâncias participativas no Estado como experiências de democracia participativa que contribuem para o fortalecimento da democracia representativa, e os desafios para a retomada da construção democrática do Estado brasileiro a partir do protagonismo e autonomia da participação da sociedade.

Palavras chaves: Participação Social, Democracia Participativa, Políticas Públicas, Políticas de Saúde.

ABSTRACT

This thesis presents a model of public policy analysis, based on the trajectory of three health policies: Women's Health, Men's Health, and LGBT health, considering the stages of the policy cycle – agenda, formulation, implementation, and monitoring & evaluation, with the objective of demonstrating the contribution of society's participation in the construction and elaboration of public policies. Throughout this path, the theoretical frameworks of democracy, participation, and public policies are contextualized, and the methodological path taken to develop the document analysis and literature review that supported the elaboration of the proposed analytical model, based on experiences, and the trajectories of health policies analyzed in the period from 2003 to 2019. Limits and potentialities of society's participation in the elaboration of public policies, the importance of participatory instances in the State as experiences of participatory democracy that contribute to the strengthening of representative democracy, and the challenges for the resumption of the democratic construction of the Brazilian State, from the protagonism and autonomy of the participation of society, are highlighted themes.

Keywords: Social Participation, Participatory Democracy, Public Policies, Health Policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Concepção trabalhada na tese sobre relações entre democracia, participação e representação na produção das políticas públicas	55
Figura 2	Concepção trabalhada na tese sobre políticas públicas, seu ciclo de produção e participação da sociedade	56
Figura 3	Matriz das etapas do ciclo das políticas relacionando-as à tríade “estrutura-processo-resultados”	58
Figura 4	Modelo de análise da participação da sociedade nas políticas públicas: classificação a partir da pontuação obtida e posição no eixo analítico	62
Figura 5	Comparativo da análise da participação da sociedade nas políticas: PNAISM, PNAISH e PNSILGBT	111
Figura 6	PNAISM – Análise da Participação da Sociedade na Política Pública: Classificação a partir da pontuação obtida e posição no eixo analítico.....	117
Figura 7	PNAISH – Análise da Participação da Sociedade na Política Pública: Classificação a partir da pontuação obtida e posição no eixo analítico.....	124
Figura 8	PNSILGBT – Análise da Participação da Sociedade na Política Pública: Classificação a partir da pontuação obtida e posição no eixo analítico.....	130

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Consolidado de documentos secundários consultados e lidos	23
Quadro 2	Cronograma de elaboração da tese.....	28
Quadro 3	Instâncias participativas – definição, categoria, institucionalidade, sujeitos sociais e poder de decisão.....	57
Quadro 4	Modelo analítico da participação da sociedade nas políticas públicas	59
Quadro 5	Etapa do ciclo de políticas, posição nos quadrantes do gráfico “institucionalização” e “participação”.....	62
Quadro 6	Dimensão da contribuição da participação na produção de políticas públicas nas etapas no ciclo de políticas	63
Quadro 7	Trajectoria do PAISM – Cenário político, sujeitos políticos e resultados – 1983-2000	79
Quadro 8	Trajectoria da PNAISM – Cenário político, sujeitos políticos e resultados – 2000-2021	80
Quadro 9	Trajectoria da PNAISH – Cenário político, sujeitos políticos e resultados 2004-2018	94
Quadro 10	Trajectoria da revisão da PNAISH – Cenário político, sujeitos políticos e resultados – 2018-2021	98
Quadro 11	Trajectoria da PNSILGBT – Cenário político, sujeitos sociais e resultados 2004-2019	108
Quadro 12	Etapa: Agenda – Participação da Sociedade na PNAISM: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação.....	112
Quadro 13	Etapa: Formulação – Participação da Sociedade na PNAISM: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação.....	113
Quadro 14	Etapa: Implementação – Participação da Sociedade na PNAISM: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação.....	114
Quadro 15	Etapa: Monitoramento e Avaliação – Participação da Sociedade na PNAISM: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação.....	115
Quadro 16	PNAISM – Etapas do Ciclo de Política, posição nos Quadrantes do Gráfico ‘institucionalização’ e ‘participação’	117
Quadro 17	Dimensão da Contribuição da Participação na PNAISM nas Etapas do Ciclo de Políticas.....	118
Quadro 18	Etapa: Agenda – Participação da Sociedade na PNAISH: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação	119
Quadro 19	Etapa: Formulação – Participação da Sociedade na PNAISH: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação.....	120
Quadro 20	Etapa: Implementação – Participação da Sociedade na PNAISH: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação	121

Quadro 21	Etapa: Monitoramento e Avaliação – Participação da Sociedade na PNAISH: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação.....	122
Quadro 22	PNAISH – Etapas do Ciclo de Política, posição nos Quadrantes do Gráfico ‘institucionalização’ e ‘participação’.....	123
Quadro 23	Dimensão da Contribuição da Participação na PNAISH nas Etapas do Ciclo de Políticas.....	124
Quadro 24	Etapa: Agenda – Participação da Sociedade na PNSILGBT: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação.....	125
Quadro 25	Etapa: Formulação – Participação da Sociedade na PNSILGBT: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação.....	126
Quadro 26	Etapa: Implementação – Participação da Sociedade na PNSILGBT: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação.....	127
Quadro 27	Etapa: Monitoramento e Avaliação – Participação da Sociedade na PNSILGBT: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação.....	128
Quadro 28	PNSILGBT: Etapas do Ciclo de Política, posição nos Quadrantes do Gráfico ‘institucionalização’ e ‘participação’.....	129
Quadro 29	Dimensão da Contribuição da Participação na PNSILGBT nas Etapas do Ciclo de Políticas.....	130
Quadro 30	Matriz comparativa das políticas no ciclo de políticas – Etapas Agenda e Formulação	131
Quadro 31	Matriz comparativa das políticas no ciclo de políticas – Etapas Implementação e Monitoramento e Avaliação.....	132

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Modelo de análise de participação da sociedade nas políticas públicas: dimensões de ‘institucionalização’ e ‘participação’	61
Gráfico 2	PNAISM – Agenda: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’	113
Gráfico 3	PNAISM – Formulação. Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’	114
Gráfico 4	PNAISM – Implementação: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’	115
Gráfico 5	PNAISM – Monitoramento e Avaliação: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’ ..	116
Gráfico 6	PNAISH – Agenda: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’	120
Gráfico 7	PNAISH – Formulação. Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’	121
Gráfico 8	PNAISH – Implementação: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’	122
Gráfico 9	PNAISH – Monitoramento e Avaliação: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’ ..	123
Gráfico 10	PNSILGBT – Agenda: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’	126
Gráfico 11	PNSILGBT – Formulação. Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’	127
Gráfico 12	PNSILGBT – Implementação: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’ ..	128
Gráfico 13	PNSILGBT – Monitoramento e Avaliação: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’	129

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABGLT	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ATSH	Área Técnica de Saúde do Homem
ATSM	Área Técnica de Saúde da Mulher
CGSM	Coordenação Geral de Saúde da Mulher
CISMU	Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNDC	Conselho Nacional de Combate à Discriminação
CNDCLGBT	Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção de Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNPM	Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSH	Coordenação Nacional de Saúde do Homem
CNSMU	Conferência Nacional de Saúde das Mulheres
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONTAG	Confederação Nacional de Trabalhadores da Agricultura
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAGEP	Departamento de Apoio à Gestão Participativa
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DOGES	Departamento da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia da Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IFF	Instituto Fernandes Filgueira
IP	Instituições Participativas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PARTICIPASUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde

SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SCTIE	Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde
SENAR	Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
SESC	Serviço Social do Comércio
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGP	Secretaria de Gestão Participativa
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UBM	União Brasileira de Mulheres
UNAIDS	Programa das Nações Unidas para AIDS
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNDCP	Programa das Nações Unidas para o Controle das Drogas
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	20
2.1	OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
2.2	MODELO DE ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	27
2.3	A TESE	28
2.4	CRONOGRAMA	28
3	A TEORIA DEMOCRÁTICA E SUA APLICAÇÃO NESTA TESE...	30
3.1	DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO.....	39
3.2	“PARTICIPAÇÃO SOCIAL”, “CONTROLE SOCIAL” E “GESTÃO PARTICIPATIVA”	43
3.3	POLÍTICAS PÚBLICAS	50
4	MODELO DE ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	55
5	TRAJETÓRIAS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	65
5.1	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER – PNAISM.....	65
5.1.1	Movimento feminista, participação, gênero e saúde	66
5.1.2	Do materno-infantil à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	70
5.2	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM – PNAISH.....	82
5.2.1	Revisão da PNAISH – na turbulência da democracia e da pandemia...	95
5.3	POLITICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS - PNSILGBT....	98
6	APLICAÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DAS MULHERES, DO HOMEM E LGBT.....	111
7	CONCLUSÕES E DESAFIOS.....	136
	REFERÊNCIAS.....	139
	ANEXO A - Categorização das instâncias participativas.....	153
	ANEXO B – Aplicação do Modelo Donabedian ‘adaptado’ à Política Nacional de Atenção Integralà Saúde das Mulheres.....	155
	ANEXO C – Aplicação do Modelo Donabedian ‘adaptado’ à Política Nacional de Atenção Integralà Saúde do Homem.....	156
	ANEXO D – Aplicação do Modelo Donabedian ‘adaptado’ à Política Nacional de Saúde IntegralLGBT.....	157

1. INTRODUÇÃO

O capitalismo não tem a menor consideração pela saúde do trabalhador, a não ser quando a sociedade o força a respeitá-la.

Karl Marx

Ao longo do processo histórico, a luta por estabelecer mecanismos de participação no processo decisório junto ao Estado tem sido uma demanda dos setores sociais tradicionalmente excluídos dos espaços de decisão e de poder. A necessidade e o anseio de decidir sobre as políticas que afetam suas vidas fez com que os cidadãos buscassem, por meio da participação, influenciar de forma efetiva as políticas públicas.

No final dos anos 1960, a crise da democracia representativa na Europa e nos Estados Unidos estimulou o debate sobre democracia e participação da sociedade, suscitando discussões que buscavam articular a “estabilidade política” das classes dominantes e de seus representantes tradicionais à ampliação das “manifestações populares” por maior protagonismo social junto aos governos.

A despeito de tal crise não ter sido superada, nas democracias contemporâneas verifica-se ainda a hegemonia global dos mecanismos representativos, em especial dos processos eleitorais em que a população, por meio do sufrágio universal, escolhe seus representantes que assumem cargos nos poderes Legislativo e Executivo (em alguns lugares, também no Judiciário).

Em tais sociedades, a questão da participação, apresenta-se mais como um processo de legitimação das lideranças escolhidas para representar os cidadãos nas instituições do Estado (poderes executivo, legislativo e judiciário) e como *locus* de proteção dos direitos da população. Entretanto, cada vez mais, os cidadãos não se sentem representados pelos representantes, acusando-os de se distanciarem de seus eleitores e das demandas destes. Tal descontentamento estimula a formação de novos mecanismos de participação para além da democracia representativa.

No Brasil, o debate entre democracia e participação ganhou força durante o período de redemocratização do país, no final das décadas de 1970 e 1980, na luta contra a ditadura militar, e teve seu auge nas grandes mobilizações nacionais do movimento das “Diretas Já”, em 1984, e na Constituinte, em 1988.

A Constituição Federal brasileira de 1988 (CF-88), aclamada como a “Constituição Cidadã”, marca esse processo histórico de redemocratização no país, celebrado pelo povo brasileiro como fim de um período de autoritarismo dos governos militares e do cerceamento das liberdades civis e políticas. (AVRITZER, 2010; COHN, 2011; PIRES E VAZ, 2012; SILVA, 2009; TATAGIBA, 2002).

Descortinava-se, então, a esperança de retomada da participação política cidadã e da conquista de direitos, estabelecendo-se novas relações entre Estado e sociedade civil. E é nesse contexto que a participação, com toda abrangência e polissemia que o termo possa significar, ganha dimensão de cidadania e de direito, expressa nas diferentes manifestações populares, na (re)organização de diversos movimentos sociais e no (re)estabelecimento de relações positivas entre Estado e sociedade civil.

No setor saúde, um dos mais atuantes nas lutas pela democratização, a participação da comunidade nas políticas e ações de saúde foi elemento estruturante desde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), início da década de 1970 até a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), culminando com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988.

O MRSB expressava um projeto político de sociedade que articulava cidadania e saúde e incorporava a participação como essencial para se pensar saúde pública como direito. As bases desse movimento apontaram o rumo da construção do modelo de atenção à saúde – universal, integral e equânime – fundamentado nas necessidades e demandas da população, que seriam atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido como a maior expressão de política pública de inclusão social (em que pese suas fragilidades e os revezes dodesmonte que vem sofrendo na atualidade).

Por conta disto, a participação é um dos princípios do SUS e tem sua normatização assegurada na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.142/1990, que institucionaliza a participação da sociedade no SUS por meio de conselhos e conferências, instâncias mandatórias em nível municipal, estadual e federal.

Nesta Tese, cujo **tema** aborda três políticas de saúde fundamentais para o SUS – “saúde das mulheres”, “saúde do homem” e “saúde LGBT” – buscou-se estudar esta dimensão institucional da participação, vinculando-a à abordagem do ciclo de políticas públicas (*policy cycle*), entendido como uma sequência articulada de etapas (agenda, formulação, implementação e monitoramento & avaliação) que se retroalimentam e produzem as ações concretas que têm resultados e impactos na vida dos cidadãos.

Destas etapas, as de “agenda” e “formulação” sobressaem, recebendo, por isto, atenção especial, sem que, no entanto, se subestime as demais etapas, conforme discutido mais adiante. Ao participar destas etapas, a sociedade reúne mais oportunidades de apresentar e lutar pela priorização de suas demandas, num processo que também contribui com a democratização do Estado.

Assim, para implementar um SUS universal, integral e equânime, é fundamental que sua configuração institucional, seu financiamento e o processo de descentralização e

regionalização político-administrativa garantam os princípios constitucionais da saúde, entre eles, o da participação da comunidade.

Neste contexto, esta Tese nasce da inquietude, da experiência pessoal e profissional de sua autora, que tem forte ligação com a participação social e a produção das políticas públicas: inicialmente, na militância feminista, participando do debate sobre o paradigma materno-infantil e integralidade da atenção à saúde das mulheres, na proposta de construção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (1983 a 1998); depois, como assessora técnica no Ministério da Saúde (1999 a 2010), integrando diferentes grupos de trabalho sobre saúde das mulheres e contribuindo com o documento de diretrizes que orienta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM – 2004); em seguida, como gestora na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP-MS – 2011 a 2016), à frente do processo de pactuação e implementação das políticas de promoção de equidade, entre as quais, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT); e, novamente, como assessora técnica na Coordenação Nacional de Saúde do Homem no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (CNSH-DAPES- SAPS – 2016 a 2019), responsável pela elaboração da proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

Vivenciar e participar dos processos de discussão das agendas sociais, formulação, implementação e monitoramento dessas políticas, em cenários históricos e contextos político-institucionais diferentes, despertou a **situação-problema** desta Tese: em que medida a participação da sociedade contribuiu com os ciclos das políticas nacionais de saúde das mulheres, de saúde do homem e da saúde de LGBT, no período de 2003 a 2019?

A explicação preliminar a esta indagação, ainda não construída por meio dos dados de pesquisa e cuja capacidade explicativa foi testada ao longo da investigação, ou seja, o **raciocínio hipotético**, apontava que a participação da sociedade nas três políticas realmente ocorreu, mas de forma diferenciada, fosse por conta das etapas do ciclo de política em que se concretizaram; das diferentes instâncias participativas que ambientaram a disputa política; do grau de organização das entidades e movimentos sociais mais interessados em cada política; da capacidade deliberativa e decisória dos movimentos sociais; e da presença ou não de gestões participativas e seu poder de articulação institucional.

Diante dessas hipóteses, torna-se possível delimitar o **objeto de estudo** da tese: a contribuição da participação da sociedade nos ciclos das políticas públicas de “saúde das mulheres”, “saúde do homem” e “saúde LGBT”, no período 2003 a 2019.

Para estudar este Objeto, foram analisadas as trajetórias de cada uma destas três políticas. Para tanto, desenvolveu-se um modelo de análise da participação da sociedade no ciclo de políticas, valorizando-se as diferentes etapas, contextos, sujeitos políticos, instâncias e mecanismos de participação. Esse modelo conta com um conjunto de variáveis que, para cada etapa do ciclo de políticas, abordam a tríade “estrutura, processo e resultados”, de maneira similar ao proposto por Donabedian (1980b), resguardando as adaptações necessárias para o Objeto da Tese.

Ao realizar a análise das três políticas de saúde por meio deste modelo, foi possível identificar similaridades e diferenças; normas e instrumentos legais estabelecidos; relações entre institucionalidade da participação e o poder de decisão dessa participação junto ao Estado; o papel dos sujeitos sociais e dos sujeitos estatais; e, por conseguinte, a contribuição da participação (limites e potencialidades) na construção das políticas e no seu escopo normativo em cada etapa do ciclo das políticas.

Face a tal desafio, foi necessário aprofundar a compreensão e definição dos conceitos de “ciclo de políticas”, “políticas públicas”, “participação social”, “controle social” e “gestão participativa”. Além de instigante e gratificante, este estudo exigiu construir pontes entre marcos teóricos e experiências práticas, aprofundar o conhecimento sobre as diversas instâncias de participação e os ciclos das políticas de saúde selecionadas, a fim de mensurar, de forma objetiva, a contribuição da participação à produção das políticas públicas de saúde.

Como contribuição e legado, propõe-se que tal modelo de análise possa ser replicado e/ou adaptado por estudos e pesquisas que se disponham a investigar a participação da sociedade no processo decisório das políticas públicas e pretenda analisar estas a partir das etapas do ciclo de políticas.

Isto posto, o Capítulo 2 – Considerações Metodológicas, apresentado a seguir, ilustra e explica o caminho percorrido pela autora ao longo de sua pesquisa, definindo critérios de inclusão e exclusão, descrevendo o método e as técnicas de pesquisa aplicadas para o levantamento das informações sobre as três políticas estudadas, bem como as estratégias e opções adotadas para a definição das variáveis, parâmetros e indicadores do modelo de análise, bem como seu funcionamento e aplicação.

O Capítulo 3 – A Teoria Democrática e sua Aplicação nesta Tese, por sua vez, define o marco teórico adotado na tese, tendo como base a teoria democrática para, a partir dela, focar as categorias de “participação social”, “controle social” e “gestão participativa”, buscando-se, até de maneira inédita, as relações, intersecções e afastamentos destas categorias de forma a contextualizar e viabilizar a aplicação do modelo de análise anteriormente aludido.

Este modelo de análise é apresentado no Capítulo 4 – Modelo de Análise da Participação da Sociedade nas Políticas Públicas, que cumpre a função de explicar o modelo de análise proposto, seu funcionamento e aplicação nas diferentes políticas públicas, apresentadas nos três capítulos seguintes.

Assim, o Capítulo 5 – Trajetórias da PNAISM, PNAISH e PNSILGBT descreve as trajetórias de cada uma dessas políticas, enfatizando a participação da sociedade nas diferentes etapas de cada ciclo de política, no período analisado (2003 a 2019).

Percorridas as trajetórias de cada política, o Capítulo 6 – Aplicação do Modelo de Análise da Participação nas Políticas de Saúde das Mulheres, do Homem e LGBT apresenta a aplicação do modelo de análise às três políticas, desenvolvendo uma análise comparativa entre as etapas dos ciclos das políticas (em cada uma) e entre elas.

Encerrando a Tese, o Capítulo 7 – Conclusões e Desafios, apresenta as conclusões, reflexões, desafios e limites da pesquisa e seus resultados.

2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.

Paulo Freire

A pesquisa que embasa a presente tese adotou como método o estudo de caso de três políticas nacionais: “saúde das mulheres”, “saúde do homem” e “saúde da população LGBT”.

Os critérios de inclusão adotados para selecionar tais políticas foram: (i) a possibilidade de acesso às informações que explicitam a trajetória de cada política; (ii) a existência de nexos entre as políticas (no caso, a questão de gênero/identidades); (iii) a vigência das políticas; e (iv) a participação da autora em uma ou mais etapas do ciclo de cada política.

As informações sobre as três políticas foram levantadas por meio da aplicação da técnica de pesquisa documental, que se utiliza de fontes secundárias, sendo estas de dois tipos: (i) as produzidas pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção de Direitos LGBT e/ou pelos órgãos públicos diretamente envolvidos nas políticas; e (ii) as produzidas pela autora da tese durante sua participação em uma ou mais etapas do ciclo de cada política; e revisão de literatura sobre os marcos teóricos de democracia, participação e políticas públicas.

Neste contexto, todas as informações necessárias para a Tese são oriundas de fontes secundárias públicas de acesso livre ou de produção da própria autora, o que significa que o Projeto de Pesquisa não precisou ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP). Contudo, isto também não isentou a autora da preocupação máxima com os princípios da bioética em pesquisa social, em especial os que dizem respeito à beneficência e não-maleficência.

Adotando uma abordagem qualitativa, o estudo de caso que originou esta tese privilegiou a análise da trajetória de cada uma das três políticas, situando-se, assim, no campo de uma “análise de políticas” (*policy analysis*) um tanto heterodoxa, que conjuga a inspiração neoinstitucionalista – na qual as arenas (ou instituições), atores e processos são privilegiados no processo investigativo – com o aporte historicista e dialético do marxismo.

As três políticas foram então descritas historicamente e de forma a ressaltar em que etapas do ciclo de políticas houve participação da sociedade; em que arenas (instituições) esta participação foi ambientada; quais sujeitos\atores protagonizaram este processo; o caráter deliberativo ou consultivo da participação; e os resultados da participação.

Descritas, as políticas foram analisadas a partir de um modelo elaborado pela autora que, conjugando a clássica tríade “estrutura-processos-resultados” (Donabedian 1980b), teve como foco permitir a análise comparada com o intuito de discutir a participação da sociedade em cada etapa do ciclo de políticas (*policy cycle*) e, neste esforço, apontar se os resultados da análise se relacionam de alguma maneira com os resultados das políticas.

2.1. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Na Introdução, foram explicitados o tema, a situação-problema, o raciocínio hipotético e o objeto de estudo da presente Tese, que transita pela investigação da participação social em três das mais importantes políticas nacionais de saúde em vigor no País.

Sendo assim, pode-se, agora, definir o **Objetivo Geral (OG)** do estudo: analisar a participação da sociedade no ciclo de políticas nacionais de “saúde das mulheres”, “saúde do homem” e “saúde LGBT”, no período de 2003-2019.

Para atingir este OG, foram identificados quatro Objetivos Específicos (OEs):

- OE.1.** Descrever a trajetória das políticas nacionais de “saúde das mulheres”, “saúde do homem” e “saúde LGBT”, no período de 2003-2019, enfatizando a participação da sociedade nas diferentes etapas do ciclo de cada política;
- OE.2.** Criar um modelo de análise da participação da sociedade nas diferentes etapas do ciclo de políticas;
- OE.3.** Aplicar o modelo analítico desenvolvido em **OE.2** às trajetórias descritas em **OE.1**;
- OE.4.** Identificar, a partir dos achados do **OE.3**, as possíveis contribuições da participação da sociedade para as políticas estudadas.

Para a consecução de **OE.1**, a descrição da trajetória das três políticas estudadas, foi necessário levantar informações que, num primeiro momento, estavam dispersas em 21 (vinte e um) Relatórios: (i) 9 relatórios das Conferências Nacionais de Saúde realizadas entre 1986 e 2019 (8ª a 16ª CNS); (ii) 2 Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde das Mulheres (1ª – 1986 e 2ª – 2017); (iii) 4 Relatórios das Conferências de Políticas para as Mulheres (1ª - 2004 a 4ª - 2016); (iv) 3 Relatórios das Conferências de Políticas LGBT (1ª - 2008 a 3ª - 2016); (v) 2 Relatórios de pesquisas sobre Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009 a 2012); (vi) 1 Relatório da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (2018); e (vii) portarias e documentos/normas das políticas – PNAISM, PNAISH e PNSILGBT (2004 a 2021).

Num segundo passo, foi necessário levantar (viii) atas, anotações e ou relatórios das reuniões das Comissões Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde (CISMU – saúde das mulheres e LGBT) (2004 a 2018); (ix) documentos ou relatórios do Comitê Nacional de Saúde LGBT (2011 a 2017); (x) documentos e relatórios de reuniões, seminários e encontros com organizações da sociedade civil relacionadas às políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT referentes a formulação, implementação e/ou monitoramento das respectivas políticas (2004 a 2018); e (xi) atas do pleno do Conselho Nacional de Saúde (2004, 2006, 2009, 2011 e 2018) que versassem sobre as três políticas estudadas.

Aos documentos levantados, somam-se registros e anotações pessoais da autora sobre cada uma das três políticas estudadas. Em relação à PNAISM, tais registros referem-se à sua participação em reuniões, encontros, seminários e congressos dos movimentos de mulheres (1985-2018); no Fórum Nacional de Conselhos dos Direitos das Mulheres (1991-1995); no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) (2003-2006); na Cismu do CNS (2000-2018); nas Conferências Nacionais de Saúde (IX, X, XI, XII, XIV, XV e XVI); nas Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (I, II, III e IV) e na II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2017).

O mesmo processo de coleta de informações foi aplicado para a PNSILGBT, para a qual levantaram-se: i) documentos que instituem o “Programa Brasil sem Homofobia” (2004); (ii) Portarias que instituem o Comitê Nacional de Saúde LGBT\MS (2004 e 2011); (iii) Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (XIII, de 2007; XIV, de 2011; XV, de 2015 e XVI, de 2019); (iv) Relatórios das Conferências Nacionais de Políticas Públicas para LGBT (I, de 2008; II de 2011 e III, de 2016)); (v) Resolução do CNS que instituiu a Comissão Intersetorial LGBT no CNS (2009); (vi) Portaria que instituiu a PNSILGBT (2011); (vii) Portaria que instituiu o Plano Operativo da PNSILGBT (2011); (viii) Relatório do I Seminário Nacional de Saúde LGBT (2013); (ix) Portaria que instituiu o II Plano Operativo da PNSILGBT (2017).

Aos documentos e artigos, somam-se registros e anotações pessoais no período, que se referem à participação da autora em reuniões, encontros, seminários e congressos dos movimentos LGBT (2011 a 2017), do Comitê Nacional de Saúde LGBT (2011 a 2016) e de Comitês Estaduais de Saúde LGBT (2012 a 2018: BA, CE, PB, PE, PI, SE, GO, MS, MG, RJ, SP, PR, PA) e reuniões do CNDC|LGBT (2011 a 2016).

No que diz respeito à PNAISH, em relação aos documentos de fontes secundárias: (i) Revista Ciência & Saúde Coletiva número temático (2005); (ii) Portaria e Documento de Princípios e Diretrizes que instituem a PNAISH (2009); (iii) Relatórios das Pesquisas

realizadas (2012 e 2013); (iv) Revista Ciência & Saúde Coletiva “Homens, Saúde e Políticas Públicas” (2012); (v) Portaria de Consolidação 2 (2017); (vi) Portaria de Revisão da PNAISH (2021).

Somam-se ainda anotações e registros pessoais da autora em reuniões da equipe da CNSH/DAPES com representantes de organizações sociais que atuavam na saúde do homem (SBU, Instituto Papai, Instituto Lado a Lado, SESC, SENAR e OPAS), no período de 2016 a 2018, e reunião com conselheiros nacionais de saúde (2018).

O passo seguinte foi realizar pesquisa na base *Scielo* em busca de artigos sobre as políticas estudadas, sendo selecionados: seis artigos sobre políticas de saúde das mulheres, três artigos sobre políticas de saúde do homem e quatro artigos sobre política de saúde LGBT.

Quadro 1 – Consolidado de documentos secundários consultados e lidos

Relatórios	Artigos \textos	Livros \Revistas \ Periódicos	Normas\Portarias\Documentos
9 Conferências Nacionais de Saúde (8ª a 16ª)	Participação Social (58) base <i>scielo.br</i> e (10) indução e referência	Participação Social, Participação da Comunidade, Participação Popular (3)	Portarias\Regimentos (6) das Conferências Nacionais de Saúde (14ª a 16ª)
2 Conferências Nacionais de Saúde da Mulher (1ª e 2ª)	Controle social (12) base <i>scielo.br</i> e (4) indução e referência	Programa de Formação de Conselheiros Nacionais (5)	Portaria\Regimento\ Documento Orientador da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulheres (3)
4 Conferências Nacionais de Políticas para Mulheres (I a IV)	Gestão Participativa (5) base <i>scielo.br</i> e (2) indução e referência	Estado, Democracia e Modelos de Democracia (4)	Portarias e Decretos Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres e Políticas Públicas LGBT (5)
03 Conferências Nacionais de Políticas Públicas LGBT (I a III)	Políticas de Saúde das Mulheres (6) base <i>scielo.br</i> e (3) indução e referência	Democracia, Participação e Políticas Públicas (4)	Regimentos de Conferências Nacionais de Políticas Públicas LGBT (1) e Políticas para Mulheres (1)
1 Conferência Nacional de Vigilância em Saúde	Políticas de Saúde LGBT (4) base <i>scielo.br</i> e (2) indução e referência	Saúde, Democracia, Reforma Sanitária (3)	Leis Orgânicas da Saúde – 8.080 e 8.142 de 1990 (2); Decreto 7.508 de 2011 (1) e Lei Complementar 141 de 2012 (1)
2 Pesquisas sobre implementação da PNAISH	Políticas de Saúde do Homem (3) base <i>scielo.br</i> e (6) indução e referência	Políticas Públicas (3)	Leis e Decretos Leis (8) sobre Conselhos de Direitos (Saúde, Mulheres e LGBT)
2 Sobre Paternidade e Cuidado e 1 Sobre Rede Cegonha	Participação e Políticas Públicas (2)	Diversidade e Equidade no SUS (1)	Documentos Normativos do PAISM (1) e da PNAISM (2)

(Ouvidoria SUS)			
4 Seminários sobre Saúde das Mulheres (CISMU)	Democracia e Participação Social (8)	Saúde do Homem (1)	Portarias Políticas de Saúde LGBT (3); Portarias do Plano Operativo Saúde LGBT (2); Portarias do Comitê Nacional de Saúde LGBT (3).
1 Programa Brasil sem Homofobia	Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais (1)	Masculinidades e Gênero (1)	Documento da Política Nacional de Saúde LGBT (1)
1 Seminário Nacional Política Nacional de Saúde LGBT	Textos para Discussão Participação Social como Método de Governo (2)	Saúde da Mulher, Gênero e Participação Social (4)	Portaria (1) e Normas e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2)
01 Conhecimento em Gestão Participativa	Transversalidade de Gênero (2)	Direito Humano à Saúde e Participação Popular (1)	Portarias (2) e Documentos Redução e Comitês de Mortalidade Materna (2)
1 Agendas Transversais – Monitoramento Participativo – Volume I	Feminismo, Saúde das Mulheres e Políticas Públicas (2)	Revista Temática sobre Saúde do Homem (2)	Normas técnicas de atendimento às mulheres e adolescentes vítimas de violência (2)
3 Marchas das Margaridas (2003, 2011 e 2015)	Ouvidorias como instrumento de participação e gestão (2)	Revista Temática sobre Saúde LGBT (2)	Documento Programa Rede Cegonha (1)
2 Seminários sobre Saúde do Homem	Avaliação em Saúde (2)	Ouvidoria do SUS (2)	Portaria inclusão procedimentos pré-natal do parceiro (1)
2 Simpósios sobre Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina	Movimentos sociais e esfera pública (3)	Dissertação de Mestrado sobre participação do CNS nos processos decisórios de políticas públicas (1)	Portarias Política de Saúde do Homem (3) e Documento Normativo de Princípios e Diretrizes Saúde do Homem (1)
Atas Reuniões CNDM (3), Reuniões do CNS (5), Reuniões CNCD\LGBT (5)	Políticas de Saúde (2)	TCC de Graduação sobre Conferências de Políticas LGBT (1)	Decreto Política Nacional de Participação Social (1)
Atas\registros de Reuniões da CISMU\CNS (6) e Comissão Intersetorial LGBT\CNS (8)	Sistema Único de Saúde (SUS) (3)	Aborto e Saúde Pública – 20 anos (1)	Documento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS – PARTICIPASUS (1)
65	142	36	56

Este conjunto de documentos foi sistematizado e analisado a partir de duas práticas propostas por Bourdieu (2004): a introjeção do conteúdo dos documentos levantados, que consiste na leitura massiva e constante até que o pesquisador domine a sequência dos textos estudados para que, em seguida, possa selecionar as partes que dizem efetivamente respeito aos Objetivos do Estudo. Esta seleção produz o *corpus*, documento que, depois de produzido, tornou-se o único utilizado pela pesquisadora na consulta às informações que produziram o texto da Tese.

Vale destacar que a retomada do acervo da pesquisadora teve como efeito o resgate de um sem-número de lembranças e recordações que contribuíram para estabelecer a linha temporal e relacionar as anotações, registros e documentos.

Com tudo pronto, foi possível descrever a trajetória histórica de cada política, conforme apresentado no Capítulo 5 desta Tese, distribuídos nos subcapítulos 5.1, 5.2 e 5.3.

Passou-se, assim, para o **OE.2**, que consiste na criação de um modelo analítico da participação da sociedade nas diferentes etapas do ciclo de cada política estudada. Para se produzir um modelo simples e elegante, capaz de ser aplicado na Tese e, com aperfeiçoamentos e melhorias, replicado em outros estudos e análises, fez-se necessário um extenso trabalho teórico-reflexivo, que consistiu na leitura e análise de um conjunto de textos que, de diferentes maneiras, abordam a participação da sociedade nas políticas públicas.

Logicamente, esta tarefa, sem o devido recorte metodológico, seria incomensurável. Por isto, a opção metodológica adotada consistiu, primeiro, em definir as categorias que comporiam o referido modelo analítico.

Para tanto, a revisão de literatura feita para a elaboração do Projeto de Pesquisa, bem como as reflexões e debates realizados no processo de orientação, permitiram identificar três categorias principais – “participação social”, “controle social” e “gestão participativa” – que produzem muita confusão e dissenso entre pesquisadores, gestores, conselheiros de saúde e militância. Adotando-as como ponto de partida, o modelo de análise proposto esforça-se não apenas para construir definições claras e objetivas para tais categorias, elucidando dúvidas e confusões, mas também incorporar as relações entre elas.

Este passo foi iniciado por meio de pesquisa na base *Scielo.br*, na qual uma primeira e propositadamente ampla seleção de artigos foi produzida a partir dos termos “participação social”, considerando “palavras do título”, no dia 27 de abril 2021; e “controle social” e “gestão participativa”, considerando “todos os índices” (“palavras do título” apresentou um retorno muito baixo de artigos), realizada no dia 2 de maio de 2021.

Em relação à busca por “participação social”, foram encontrados 1.058 artigos. O primeiro passo foi analisar o título dos artigos e sua vinculação com o tema da Tese. Neste processo, foram selecionados 111 artigos.

Uma segunda seleção ocorreu a partir da leitura dos “resumos” dos 111 artigos, o que gerou uma lista “curta” de 58 artigos. Nesta dinâmica, os critérios de seleção foram orientados para identificar artigos que se referissem a: a) relatos de pesquisas/experiências sobre participação e políticas de saúde (municipal, estadual ou nacional); b) conselhos e conferências de saúde (municipal, estadual ou nacional); c) conceitos de participação social, participação popular, controle social, participação pública e/ou políticas de saúde; d) relação entre participação social e políticas de saúde; e) articulassem o processo de participação, institucionalização dos conselhos e conferências e a democratização do Estado/gestão; f) relacionassem democracia representativa, democracia participativa e espaços de participação; e g) versassem sobre a Política Nacional de Participação Social (decreto, entrevista e processo de elaboração).

Em relação ao termo “controle social” foram encontrados 141 artigos, sendo selecionados, inicialmente e a partir do “título”, 30 artigos. Destes, foram excluídos 12, porque se repetiam na relação da lista de “participação social”. Dos 18 restantes, a partir da leitura dos resumos, foram selecionados 12 com as seguintes características: a) artigos sobre resultados de pesquisas/relatos de experiências sobre conselhos de saúde, participação e políticas; b) artigos abordando a relação entre participação social (papel do conselho e/ou conferência) e políticas públicas; c) artigos sobre a trajetória da participação social desde a reforma sanitária brasileira até a institucionalização do controle social no SUS; d) artigos sobre conselhos de saúde e conselhos gestores de saúde, papel e competências em relação ao Estado; e) artigo sobre controle social no SUS e democratização da gestão participativa; f) controle social, atores sociais e marcos teóricos sobre democracia participativa.

Atendo-se ao termo “gestão participativa”, foram encontrados 35 artigos, sendo selecionados, a partir do “título”, cinco artigos com as seguintes características: a) experiências de gestão participativa; b) relação entre conselhos gestores de políticas públicas/controle social na saúde; c) relação entre gestão pública, participação e controle social.

Assim, a busca no *Scielo.br* resultou na identificação de 75 artigos: 58 oriundos da pesquisa por “participação social”; 12 relacionados a “controle social”; e cinco a “gestão participativa”.

Posteriormente, foram agregados, por indução (motivada basicamente pela análise das referências bibliográficas dos 75 artigos e pela indicação de especialistas), artigos, relatórios e

livros sobre as temáticas Participação e Políticas Públicas; Estado, Democracia e Sociedade; Estado e Políticas Públicas; Democracia, Sociedade e Participação; Movimentos Sociais e Políticas Governamentais; Feminismo e Políticas Públicas; Masculinidades e Gênero; Políticas Públicas e LGBT.

Definidas as categorias e levantada a bibliografia necessária para trabalhá-las, passou-se à construção da estrutura do modelo, para a qual optou-se por (i) adotar uma adaptação da proposta de “ciclo de políticas” (*policy cycle*), na qual as políticas públicas são compreendidas como compostas por um ciclo articulado de etapas (“agenda política”, “formulação”, “implementação”, “monitoramento e avaliação”); (ii) estudar as políticas a partir de suas trajetórias; e (iii) identificar, nas etapas da política e em suas trajetórias, a participação da sociedade, tendo como foco “quem participa” (sujeitos/atores); “onde participa” (instâncias/instituições/arenas) e “como participa” (poder de decisão/resultados/legitimação), relacionando-os a uma adaptação da clássica tríade “estrutura-processo-resultado”.

Elaborado o modelo analítico, passou-se a sua aplicação, conforme definido no **OE.3**. Como se constata, este objetivo utiliza-se das informações levantadas em OE.1 e das categorias construídas em OE.2, constituindo-se, portanto, na relação teoria-prática que a pesquisa social preconiza como essencial.

Esta relação teoria-prática permanece em voga no **OE.4**, que corresponde à identificação, segundo o modelo analítico proposto, das possíveis contribuições da participação da sociedade nas políticas aqui estudadas, tendo como diferenciais a abordagem do ciclo de políticas em diálogo com as categorias de “participação social”, “controle social” e “gestão participativa”.

Analisados sob uma perspectiva de conjunto e a partir dos nexos metodológicos internos de uma pesquisa, os quatro objetivos específicos produzem uma *análise da participação da sociedade no ciclo de políticas nacionais de “saúde das mulheres”, “saúde do homem” e “saúde LGBT” no período de 2003-2019*, atingindo-se, assim, o Objetivo Geral(OG) da Tese.

2.2. MODELO DE ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Considerando os marcos teóricos e categorias apresentadas na Tese, o modelo de análise desenvolvido e apresentado nessa Tese levou em conta: (i) como ocorreu a participação em cada etapa dos ciclos de políticas; (ii) onde aconteceu essa participação; (iii)

os sujeitos políticos que participaram; (iv) o poder de decisão; e (vi) os resultados obtidos em cada etapa do ciclo de políticas públicas. Para desenvolver a análise, definiu-se variáveis (institucionalidade, participação e contribuição da participação) e estabeleceu-se parâmetros, que compõem o conjunto de ferramentas do modelo, que teve como ponto de partida as trajetórias das políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT. Não se pretende que esse modelo responda à totalidade; ele expressa o esforço teórico de traduzir a realidade a partir de valores sociais e do desafio de refleti-la buscando compreendê-la na sua dimensão da *práxis*. E, como todo modelo, possui limites e possibilidades de ajustes e adequações, mas, ao fim, alcança o objeto dessa Tese – *a contribuição da participação da sociedade na produção das políticas públicas*.

2.3. A TESE

A Tese apresentada segue o formato tradicional (em capítulos) conforme previsto no Art. 96, item I do Regimento Interno (RI) da ENSP. Os capítulos atenderam às regras do RI: revisão da literatura científica (Capítulo 3), abordagem técnico-metodológica (Capítulo 2); abordagem do tema e resultados (Capítulos e subcapítulos 1, 4, 5 e 6) e discussão final (Capítulo 7). Um dos subcapítulos (5.1 PNAISM) originou artigo já publicado em revista, e que se relaciona com o **OE2** das trajetórias das políticas, ao tempo que atende a exigência de publicação de um artigo durante a tese. Destaque-se que, para a tese, o artigo foi incorporado com adequações considerando o modelo de análise proposto. Após a defesa, com as contribuições da banca, serão elaborados mais dois artigos. As referências bibliográficas do artigo publicado foram incorporadas às referências da tese.

A tese articula o desenvolvimento do seu conteúdo a uma conclusão que evidencia as contribuições da mesma à saúde coletiva, em especial, às políticas públicas e aponta os desafios e as possibilidades de aplicar o modelo proposto a outras políticas e outros setores sociais, bem como estabelece conexões entre a democracia representativa e a democracia participativa.

2.4. CRONOGRAMA

O Quadro 2 ilustra as etapas de elaboração da pesquisa e da Tese, tomando como ponto de partida a Qualificação do Projeto de Pesquisa.

Quadro 2 – Cronograma de elaboração da tese *Participação Social, Políticas Públicas e os Caminhos da (para a) Democracia Participativa: trajetórias das políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT. Brasil. 2003-2019*

Atividades

2020

2021

2022

	1º sem	2º sem	1º sem	2º sem	1º sem
Qualificação	<i>Maio</i>				
Coleta dos dados					
Análise dos dados					
Revisão bibliográfica					
Elaboração e submissão de artigo referente ao subcapítulo 5.1	<i>Abril</i>	<i>Agosto</i>			
Publicação de artigo referente ao subcapítulo 5.1 (Revista Saúde em Debate)				<i>Agosto</i>	
Elaboração do Modelo Analítico					<i>Jan-Mar</i>
Escrita da Tese					<i>Jan-Mar</i>
Defesa da Tese					<i>Abril</i>

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

A teoria da *práxis* do materialismo histórico e dialético desafia e convoca a uma reflexão indissociável da teoria e da prática; isso exige um ir e vir, um aproximar-se e afastar-se do objeto a que se propõe aprofundar o estudo, de analisar o real e não subestimar os simbólicos – culturais e subjetivos – que o envolve e a fazer escolhas, respeitando as diferenças e divergências que se apresentam, mas assumindo suas limitações e suas perspectivas. Para tanto, a teoria orienta a análise da realidade e contribui para compreendê-la e transformá-la. O capítulo a seguir (Capítulo 3 – A Teoria Democrática e sua Aplicação nesta Tese) apresenta os marcos teóricos que subsidiaram as escolhas desta autora – conceitos e categorias – que embasaram a construção do modelo de análise proposto. O Capítulo 3 apresenta a teoria democrática relacionando-a com o objeto da tese, contextualizando autores diversos, para, ao final, a partir das escolhas da autora, definir as representações simbólicas das categorias que compõem o modelo de análise que estabelece as conexões e inter-relações com as trajetórias das políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT.

3. A TEORIA DEMOCRÁTICA E SUA APLICAÇÃO NESTA TESE

Celebrar o diálogo e a participação social significa celebrar a democracia e significa, também, celebrar a possibilidade de transformações profundas quando elas são requeridas por um país.

Dilma Rousseff

Historicamente, considera-se que a democracia surgiu na antiga Grécia (século Va.C.), onde o “povo”, reunido em praça pública (*ágora*), discutia e votava em assembleias, de forma direta, decidindo sobre as grandes questões políticas e comerciais, dando origem, assim, à chamada democracia direta.

Entretanto nem todos tinham direito a essa participação direta na *polis* (definição grega de cidade), cuja população era dividida entre “eupátridas” (os cidadãos em si, homens livres de mais de 21 anos, os únicos que votavam), os metecos (estrangeiros que não podiam participar da vida pública), as mulheres (que também não tinham o direito de participar e votar) e os escravos.

Bobbio (1986) afirma que a democracia é o governo do “poder visível”, que pode ser definida como “o governo do poder público em público”. Ao reportar-se à Grécia antiga, ele acrescenta:

Como regime do poder visível, a democracia nos faz imediatamente vir à mente a imagem, a nós transmitida pelos escritores políticos de todos os tempos que se inspiraram no grande exemplo da Atenas de Péricles, da “ágora” ou da “eclesia”, isto é, da reunião de todos os cidadãos num lugar público com o objetivo de apresentar e ouvir propostas, denunciar abusos ou pronunciar acusações, e de decidir, erguendo as mãos ou mediante cacos de terracota, após terem apreciado os argumentos pró e contra apresentados pelos oradores.”(BOBBIO, 1986, p. 4).

Ao longo do processo histórico, com o declínio e queda das *polis* gregas – motivados por questões bélicas, econômicas, políticas e culturais –, a participação direta do cidadão no processo de tomada de decisões foi sendo abandonada e substituída por soluções menos participativas e democráticas, que levaram séculos para se consolidar. Com o surgimento das chamadas sociedades modernas, ambientadas em grandes e populosas cidades, foi necessário repensar a democracia direta, embora o “tornar público” continuasse sendo uma das bases do poder democrático, permanecendo como critério democrático.

Mesmo quando o ideal da democracia direta foi abandonado como anacrônico, com o nascimento do grande estado territorial moderno (mas também o pequeno estado territorial não é mais um estado-cidade), e foi substituído pelo ideal da democracia representativa — já perfeitamente delineado, exatamente em polêmica com a democracia dos antigos, numa carta de Madison a seus interlocutores —, o caráter público do poder, entendido como não secreto, como aberto ao “público”, permaneceu como um dos critérios fundamentais para distinguir o estado constitucional do estado absoluto e, assim, para assinalar o nascimento ou o renascimento do poder público em público. (BOBBIO, 1986, p. 7).

O caráter “público” como critério da democracia ganhou maior relevância na *práxis* da representação, em que o ato de representar, deveria conferir visibilidade e transparência, permitindo que os representados – o “povo” – pudessem ter acesso e influência sobre as ações e tomadas de decisão de seus representantes.

É esse debate sobre democracia que ganhou força no século XVIII, por um lado como esperança de estabilidade política e econômica e como forma de governo e, por outro, como desejo de participação dos cidadãos.

Bobbio (2004) destaca, em seu livro “A Era dos Direitos”, sobre a marca histórica da Revolução Francesa em relação à participação popular e aos anseios de liberdade e democracia:

Um grande historiador da Revolução, Georges Lefebvre, escreveu: “Proclamando a liberdade, a igualdade e a soberania popular, a Declaração foi o atestado de óbito do Antigo Regime, destruído pela Revolução”. (BOBBIO, 2004, p. 39).

A Revolução Francesa, ao proclamar a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão antes mesmo da Constituição, atendeu a um determinado clamor da sociedade, marcando simbolicamente o fim de uma era (monarquia e aristocracia) e o começo de uma nova era (institucionalização da liberdade e igualdade).

O poder político que se instala depois é o resultado de uma ação humana (em contraposição ao *direito natural e divino das monarquias*) de construção de um Estadonacional, em que os indivíduos, considerados do povo, têm participação, são cidadãos de direitos e deveres. Como destaca Bobbio (2004), nasce o chamado Estado moderno:

... primeiro liberal, no qual os indivíduos que reivindicam o poder soberano são apenas uma parte da sociedade; depois democrático, no qual são potencialmente todos a fazer tal reivindicação; e, finalmente, social, no qual os indivíduos, todos transformados em soberanos sem distinções de classe, reivindicam — além dos direitos de liberdade — também os direitos sociais, que são igualmente direitos do indivíduo: o Estado dos cidadãos. (BOBBIO, 2004, p. 45).

A democracia liberal foi se estabelecendo como hegemônica na maioria dos países, estabelecendo valores atrelados a determinados processos históricos, marcados pelo pensamento iluminista de Kant e os ideais das revoluções francesa e americana, cuja força simbólica afirma os princípios da igualdade e da liberdade.

Nesse modelo de democracia, que se tornou hegemônico no século XX, os cidadãos participam por meio de eleições, pelo sufrágio universal, elegendo representantes para representá-los e aos seus interesses. A democracia direta (*polis grega*) transforma-se em um processo indireto, baseado em escolhas eleitorais que estruturam um sistema parlamentar de representação, fundando o que se convencionou denominar de “democracia representativa”.

Esta forma de democracia representativa afirmou-se como forma elevada de governo na maioria das sociedades ocidentais, produzindo respostas políticas e econômicas que se contrapunham à monarquia, à aristocracia e ao totalitarismo.

Em que pese a grande contribuição histórica, especialmente em relação às liberdades individuais e ao sentimento entusiástico em relação à representatividade, as democracias liberais não lograram superar as desigualdades sociais e, em alguns casos, agravaram-nas. As nações ocidentais que conseguiram gerar igualdade em seus territórios apoiaram-se em uma prática imperialista internacional e/ou impuseram um sistema de exportação de capital e matérias-primas que submeteu países latino-americanos e caribenhos, africanos e asiáticos a intensos processos de exploração e geração de desigualdade. A divisão internacional de trabalho favoreceu a democratização europeia e norte-americana, impedindo seu florescimento nos demais continentes.

As liberdades civis e individuais não foram suficientes para consolidarem-se como direitos sociais e econômicos, produzindo contingentes excluídos do processo eleitoral, do poder e das decisões políticas. Mais do que isso, esse novo Estado liberal democrático busca equilibrar-se como Estado de direito representativo, ao mesmo tempo que tenta mediar e, por vezes, abafar, os anseios de participação popular sem colocar em risco e ameaça o poder das classes dominantes no processo decisório.

Sobre a democracia liberal, Avritzer e Santos (2013) apontam que:

a concepção da democracia liberal procura estabilizar a tensão controlada entre democracia e capitalismo. Essa estabilização ocorreu por duas vias: pela prioridade conferida à acumulação de capital em relação à redistribuição social e pela limitação da participação cidadã, tanto individual, quanto coletiva, com o objetivo de sobrecarregar demais o regime democrático com demandas sociais que pudessem colocar em perigo a prioridade da acumulação sobre a redistribuição ... a concepção

hegemônica da democracia teorizou a questão da nova gramática de inclusão social como excesso de demandas. (AVRITZER E SANTOS, 2013, p. 31).

Avritzer e Santos (2013) apontam limites e contradições dessa concepção hegemônica da democracia liberal representativa. Questões como procedimento e forma, institucionalização e mobilização, participação e representação são vistas como problemas a serem superados sob risco de comprometer a própria democracia.

Held (1987), na introdução de seu livro “Modelos de democracia”, inicia com uma reflexão interessante: “A história da ideia da democracia é curiosa; a história da democracia é intrigante”. E, ao longo do texto, vai desenvolvendo uma análise, a partir de suas escolhas teóricas e convicções políticas e filosóficas, sobre o desenvolvimento histórico do que seriam esses modelos de democracia, suas representações e seus limites e seus “intrigantes” caminhos. Adiante, ainda na introdução, ele contextualiza:

A democracia parece emprestar “uma aura de legitimidade” à vida política moderna: regras, leis, políticas e decisões parecem justificadas e apropriadas quando são “democráticas”. Mas nem sempre foi assim. A grande maioria dos pensadores políticos da antiga Grécia até os dias atuais têm se mostrado intensamente críticos da teoria e da prática da democracia. (HELD, 1987, p. 1).

E, sem dúvida nenhuma, uma das grandes questões levantadas sobre a “intrigante” caminhada da democracia tem sido a questão da participação e da igualdade política para essa participação. Pateman (1992) destaca que autores como Cole e Rousseau já afirmavam que não poderia haver igualdade política sem igualdade econômica, pois as grandes desigualdades sociais e econômicas resultavam em desigualdades de acesso à educação e à política, portanto comprometiam a participação igualitária e verdadeiramente livre por todos os cidadãos, e, sendo assim, não se poderia falar em “verdadeira” democracia.

Na democracia representativa contemporânea, a questão da participação apresenta-se como um processo de legitimação das lideranças escolhidas para representar os cidadãos. Schumpeter *apud* Avritzer e Santos afirmava que “democracia é um método político, ou seja, trata-se de um determinado tipo de arranjo institucional para se chegar a decisões políticas, legislativas e administrativas”. Para ele, a participação não tinha papel central, os cidadãos participam pelo sufrágio universal, elegendo seus líderes e, a partir daí, se davam os arranjos institucionais que garantiriam a “democracia”. Afirmava, ainda, que a competição entre os líderes e a renovação dos mesmos representava o principal elemento democrático do processo político.

Pateman (1992, p. 9), em seu livro “Participação e teoria democrática”, aborda a questão da participação e da democracia, trazendo elementos de reflexão e apresentando desde argumentos sobre a necessidade de uma participação limitada para não provocar conflitos que pudessem colocar em risco a democracia política até a crítica à participação de massas que pudessem ser manipuladas e contribuir com governos totalitários. Fala, ainda, da apatia e falta de interesse da maioria da sociedade em participar e, “portanto, chega ao argumento de que essa participação que ocorre de fato é exatamente a participação necessária para um sistema de democracia estável”. Mais adiante, agrega que “a recente intensificação dos movimentos em prol de uma ‘participação’ maior coloca uma questão crucial para a teoriapolítica, qual o lugar da participação numa teoria da democracia moderna e viável”.

Pateman (1992) questiona, ainda, que na democracia contemporânea não se abordou de forma precisa e nem se aprofundou a questão da participação como elemento fundamental da democracia e nem mesmo buscou-se saber que elementos produziam a tal “apatia” e, menos ainda, a relação entre a participação direta do “povo” e a democracia. Resgata, ainda, que Rousseau (1968), no seu livro “O Contrato Social”, já colocava como central no debate sobre democracia, a participação.

Dahl (2001), cientista político e um estudioso da democracia, no livro “Sobre a Democracia”, observou que “não há uma teoria democrática – existem apenas teorias democráticas”.

Pressuponho que a democracia possa ser inventada e reinventada de maneira autônoma sempre que existirem as condições adequadas. Acredito que essas condições adequadas existiram em diferentes épocas e em lugares diferentes. Portanto, durante muitos milhares de anos, alguma forma primitiva da democracia pode muito bem ter sido o sistema político mais “natural”. (DAHL, 2001, p. 20).

Ao fazer essas reflexões, Dahl abordou a democracia ao longo da história da humanidade e destacou as diversas possibilidades de sua definição a partir do elemento da participação do “povo”, do “cidadão”, seus limites, seu contexto social e sua abordagem a partir da filosofia, e afirmou que só recentemente a democracia tem sido objeto de estudo da teoria política e das ciências sociais. Por fim, destacou que mesmo a democracia da sociedade moderna, até pouco tempo excluía a participação de metade das pessoas adultas – as mulheres:

Hoje, pressupõe-se que a democracia assegure virtualmente a todo cidadão adulto o direito de voto. No entanto, há cerca de quatro gerações – por volta de 1918, mais ou menos ao final da Primeira Guerra Mundial –, em todas as democracias ou repúblicas independentes que até então existiam, uma boa metade de toda a população adulta sempre estivera excluída do pleno direito de cidadania: a metade das mulheres. (DAHL, 2001, p. 13).

Held (1987) destaca que Mary Wollstonecraft, em seu livro “Vindication of the Rights of Woman” (1982), já apontava que a democracia estaria incompleta sem a participação das mulheres. Além da liberdade e da igualdade, abordou a questão do privado e do público, afirmando que as diferenças naturais entre homens e mulheres não eram razão para as desigualdades, mas, sim, os valores sociais e culturais historicamente impostos pela educação aos homens e às mulheres. E, a partir dessa compreensão, questionava o sistema representativo do poder político que delegava aos homens poder de decisão sobre as mulheres e suas vidas, impedindo-as de serem cidadãs, de participarem da vida pública. Essa não participação de metade da população colocava em questão a “democracia”, expressando seu limite participativo, mas, também, a impossibilidade de metade da população contribuir com o processo democrático da sociedade e suas instituições.

Vale destacar que, no Brasil, a luta das mulheres pelo direito ao sufrágio universal, pelo direito a votar e a ser votada, só foi conquistado em 24 de fevereiro de 1932, no governo de Getúlio Vargas, e que apenas a partir da Constituição Federal (1988) é que foram incluídos todos os maiores de 18 anos (voto obrigatório), sendo o voto facultativo para os analfabetos, maiores de 16 e menores de 18 anos e os maiores de 70 anos.

Considerando-se que o sufrágio universal, na teoria, estabelece a igualdade política de participação e a igualdade de oportunidades de acesso aos representantes eleitos, portanto aqueles que têm o poder de decidir, a democracia proporcionava uma igualdade nas decisões sobre a política. Entretanto, a realidade se apresenta de forma diversa, e, mesmo nas chamadas democracias mais “democráticas”, há um distanciamento entre representantes e representados, entre representação e participação. Esse distanciamento tem sido, ao longo da história, a razão de momentos de crises democráticas.

Para Dahl (2015), a democracia funciona como um sistema. Sendo assim, os países podem ser considerados mais ou menos democráticos dependendo de quão responsivos os governos são em relação às demandas dos cidadãos, ou seja, como o Estado e seus representantes políticos respondem às necessidades da população. Dahl apresenta um modelo de definição de sistemas representativos, que ele denomina *Poliarquia*. Esse modelo estabelece três requisitos ou premissas: (i) competição eleitoral em tempos regulares, permitindo a renovação; (ii) participação ampla da população no sufrágio eleitoral tendo

como limite apenas a idade; (iii) responsabilidade pública dos eleitos. E, ainda, define a participação como direito e como contestação, ou seja, prevê a possibilidade de se questionar os representantes eleitos, inclusive por seus “opositores”.

O distanciamento entre a representação (delegada pelo voto) e a participação efetiva do povo em decidir sobre políticas que incidam sobre suas vidas tem sido o ponto nevrálgico da crise da democracia representativa, desafiando, assim, os cidadãos a buscarem novos mecanismos de participação junto ao Estado. É nessa busca que surgem diferentes experiências e práticas de participação, promovendo a produção de teorias democráticas sobre participação no âmbito do Estado e da sociedade, e em seus fóruns de decisão.

Como afirmam Santos e Avritzer (2002, p.41), “daí que, no âmbito desse debate, se discutissem modelos de democracia alternativos ao modelo liberal: a democracia participativa, a democracia popular...”. Surgem, então, variações desse debate, que colocará no centro da cena sobre qual democracia é uma democracia, considerando a participação dos cidadãos na tomada de decisões políticas e administrativas junto ao Estado.

Dahl (2001, p. 13)), em seu livro “Sobre a Democracia” apresenta as seguintes questões: “Com referência à consolidação da democracia, o que exatamente é consolidado? E o que significa falar de aprofundar a democracia num país democrático? Se um país já é uma democracia, como ele poderá se tornar mais democrático?”.

A efervescência de todo esse debate traz à tona a crise da democracia representativa do modelo liberal democrático. E está associada, fortemente, ao sentimento de não participação/representação dos cidadãos pelos “seus representantes eleitos” e pela concentração do poder e decisão restrita a uma “sociedade política”.

Pateman (1992) destaca que a teoria contemporânea da democracia se concentra na competição, entre os líderes, pelos votos do povo, em eleições periódicas e livres, sendo as eleições a expressão da participação do povo. Esse limite da participação, e também das regras do sistema democrático de escolhas dos líderes, torna ainda mais grave a crise da democracia representativa.

Uma outra perspectiva surge, a concepção da democracia participativa, que propõe ampliar a tomada de decisão dos representantes eleitos por meio da participação social, pela inclusão de novos sujeitos políticos de movimentos sociais, para além dos representantes eleitos. Pateman (1992) aponta que, desde Rousseau, pode-se falar em uma teoria participativa da democracia.

Toda a teoria política de Rousseau apoia-se na participação individual de cada cidadão no processo político de tomada de decisões, e, em sua teoria, a participação

é bem mais do que um complemento protetor de uma série de arranjos institucionais: ela também provoca um efeito psicológico sobre os que participam, assegurando uma inter-relação contínua entre o funcionamento das instituições e as qualidades e as atitudes psicológicas dos indivíduos, que interagem dentro delas. (PATEMAN, 1992, p. 35).

Pateman destaca ainda que, para Rousseau, eram necessárias certas condições econômicas para estabelecer um sistema participativo democrático, conforme afirmava: “que nenhum cidadão fosse rico o bastante para comprar o outro e que nenhum fosse tão pobre que tivesse que se vender”. A partir dessa afirmação, desenvolve-se a compreensão de que a participação promove a igualdade política para a tomada de decisões, ainda que todos não sejam iguais social e economicamente, entretanto, é uma democracia limitada.

A concepção marxista de democracia (Pateman, 1992, e Held, 1987) questiona essa afirmação, a partir da seguinte questão: sem o enfrentamento das desigualdades sociais e da discussão da apropriação da produção no mundo do trabalho pelos trabalhadores não há efetivamente uma democracia, pois os indivíduos não são livres se não detêm o poder de decisão sobre suas vidas, visto que estão submetidos à ordem econômica da exploração (venda) da força de trabalho. A diferença pode ser vista a partir da definição de democracia enquanto essência de uma sociedade (valor) e da democracia como forma de governo (procedimento). Não se pretende abordar essa temática, e tampouco aprofundá-la; para desenvolver o estudo do objeto da tese, o foco da análise parte da democracia liberal representativa e da participação da sociedade nesse contexto e, dessa forma, o modelo analítico proposto considera os limites do Estado e da sua relação com a sociedade civil.

Uma outra questão importante a se destacar é a dimensão educativa da participação, considerando-se o termo em seu sentido mais amplo, desde o compromisso e responsabilidade individual, social e política como resultado de processos participativos e das estruturas coletivas participativas (Pateman, 1992). Esse caráter educativo da participação social e da inclusão de novos atores sociais no processo político de decisão é base fundamental da democracia participativa. Embora crítica em relação à atuação do Estado, por reconhecê-lo autoritário, e às formas de representação, pelos limites da participação direta, não se propõe a substituição da democracia representativa pela democracia participativa, mas reafirma-se a importância da autonomia da sociedade civil frente ao Estado e a necessidade de uma relação mais próxima entre participação e representação, na perspectiva de fortalecer a democracia representativa a partir do estabelecimento de mecanismos e instituições participativas, ou seja, o foco da democracia participativa é a participação pela inclusão de sujeitos sociais em espaços de decisão e de poder (Pateman, 1992).

A teoria da democracia participativa é construída em torno da afirmação central de que os indivíduos e suas instituições não podem ser considerados isoladamente. A existência de instituições representativas a nível nacional não basta para a democracia; pois o máximo de participação de todas as pessoas; a socialização ou o “treinamento social” precisa ocorrer em todas as esferas, de modo que as atitudes e qualidades psicológicas necessárias possam se desenvolver. Esse desenvolvimento ocorre por meio do próprio processo de participação. A principal função da participação na teoria da democracia participativa é, portanto, educativa. (PATEMAN, 1992, p. 61).

Por outro lado, há também a democracia deliberativa, que tem como ideia força, os argumentos e o diálogo em torno da ordem política e a possibilidade de promover uma decisão legitimada pelo intercâmbio desses argumentos, em um contexto em que os sujeitos políticos envolvidos atuem em condições de igualdade, podendo construir consensos ou deliberando, ou seja, o foco da democracia deliberativa é o processo de deliberação, a possibilidade de se estabelecer fóruns com representação que inclua atores da democracia representativa, do Estado e da sociedade. (Calhoun, 1996; Habermas, 1992).

Santos e Avritzer (2002) apontam que o processo de democratização das sociedades inseriu novos atores na cena política, redimensionando o significado da democracia. E, nesse cenário, destacaram três questões: i) a relação entre procedimento e participação societária; ii) a redefinição sobre escala e participação societária; iii) relação entre representação e diversidade cultural e social. É nesse cenário que o debate da democracia participativa surge com força, como complementar ou inclusiva à democracia representativa. Para o desenvolvimento do estudo do objeto dessa tese, adota-se a democracia participativa como referencial teórico importante para a proposta do modelo de análise da contribuição da participação na produção das políticas de saúde.

Santos (2007) destaca, ainda, que “na democracia representativa elegemos os que tomam decisões políticas; na democracia participativa, os cidadãos decidem, tomam as decisões”. Mais adiante, ele aponta que, na democracia representativa, tem participação pelo voto e, na democracia participativa, tem representação por delegação. Portanto, é preciso encontrar pontes de articulação entre os modelos para o fortalecimento da democracia, e essas pontes surgem a partir da inclusão de novas formas e mecanismos de participação e de representação.

Vejamos quais são as condições para poder efetuar essa complementariedade, que não é de nenhuma maneira fácil. Penso que ela inclui três problemas: a relação entre Estado e movimentos sociais; entre partidos e movimentos sociais; e dos movimentos sociais entre si. São as três vias nas quais se pode construir uma

articulação entre democracia representativa e democracia participativa que talvez constitua a criação de uma forma complementaridade. (SANTOS, 2007, p. 93).

Não se pretende aqui aprofundar sobre essas teorias, mas destacar que um dos elementos essenciais à democracia é a participação, que envolve debater e deliberar sobre questões coletivas que dizem respeito às vidas das pessoas, garantindo que esses sujeitos sociais estejam presentes nos espaços de decisão.

Considerando que a chamada “crise da democracia representativa” se dá especialmente em relação aos limites da participação direta e à tomada de decisões, novos arranjos de participação surgem como forma de ampliar a democracia, fortalecendo a participação no âmbito do Estado, ou seja, a participação “institucionalizada”. Nesse sentido, as dimensões de participação, representação e institucionalização são passíveis de serem analisadas por novos ângulos.

3.1 DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO

A participação deve ser vista como elemento essencial ao aprofundamento democrático do Estado. Entretanto, é importante destacar em que contexto político isso acontece, pois, como afirma Fonseca (2019):

O Estado é visto como campo de disputa, a institucionalização da participação e da deliberação tem o potencial de promover e fortalecer capacidades estatais, bem como de atuar na democratização das estruturas internas do Estado. (FONSECA, 2019, p. 63).

E ainda refletindo, a partir de Pateman (1992),

para que exista uma forma de governo democrática é necessária a existência de uma sociedade participativa, isto é, uma sociedade onde todos os sistemas políticos tenham sido democratizados e onde a socialização, por meio da participação, pode ocorrer em todas as áreas. (PATEMAN, 1992, p. 61).

Em sendo assim, o Estado e a sociedade civil podem protagonizar processos e espaços de participação que contribuam com a democratização estatal e fortaleçam o protagonismo social, construindo pontes entre a democracia representativa e democracia participativa.

Considerando a polissemia do termo participação, vale destacar alguns conceitos. Segundo Cortês (2009):

A noção de participação não apresenta um significado único. Ao contrário, sua polissemia tem provocado um intenso debate na literatura especializada em ciência política, em movimentos sociais, em desenvolvimento e em política de saúde. (CORTÊS, 2009, p.22).

Segundo Gohn (2019), “na sociologia, o tema da participação é encontrado como noção, categoria ou conceito, desde os primórdios de seu desenvolvimento”. Gohn destaca, ainda, que a participação pode ser compreendida a partir de duas vertentes: a primeira reconhecida como participação popular, expressa em diferentes formas de mobilizações sociais; e a segunda associada à exclusão social, na luta pela cidadania. Na ciência política, encontra-se o conceito de participação política como significado da participação das pessoas em espaços de decisões, e o voto seria sua expressão máxima – democracia representativa. Atualmente, já se reconhece também como participação política as diversas formas de participação pela cidadania, desde ocupação de espaços (como de terras, na luta pela reforma agrária) até a composição em espaços representativos de instituições sociais e/ou governamentais (conselhos de direitos, conferências etc.). Segundo Gohn (2019),

O pluralismo é a marca dessa concepção de participação. ... Por isso tem-se de aliar as análises da ciência política com as análises sociológicas para o entendimento da participação. Os entes principais que compõem os processos participativos são vistos como “sujeitos sociais”. ... A participação se articula, nessa concepção, como tema da cidadania. (GOHN, 2019, p. 67).

A participação dos sujeitos sociais nos espaços de decisão transforma-os em sujeitos políticos, e a representação social também ganha dimensão política. Além disso, ampliam-se também os espaços e formas de participação, social e política. Como se pode constatar, esses conceitos apresentam a relação entre participação e representação, Estado e sociedade civil, direito e cidadania. E, particularmente, apresentam-se como processo de democratização do Estado, e é nessa perspectiva que a democracia participativa ganha força e surgem diferentes experiências e práticas que se consolidam como inovações democráticas participativas.

Pode-se afirmar que a ideia da participação caminha lado a lado com a construção e o fortalecimento da democracia, com a inclusão de novos sujeitos sociais e suas agendas políticas no Estado, que ganham concretude, em especial, por meio da participação na

produção de políticas públicas. E é essa concepção de participação que se propõe abordar e aprofundar nesta tese, a participação como ator propositivo na relação com o Estado, na construção da democracia participativa.

Essa participação da sociedade nas políticas públicas apresenta-se como uma das inovações democráticas institucionais para a superação dos problemas e limites da chamada “crise da democracia representativa”, em especial para os que consideram que os principais dilemas desta crise não se resolvem apenas no campo das reformas eleitorais e administrativas, mas pela articulação destas com as inovações institucionais participativas.

Enunciado de forma ampla e conceitual, tal participação parece, de alguma forma, encontrar respaldo nos diferentes atores das diversas sociedades políticas que convivem com os dilemas e paradoxos da democracia. Contudo, quando as experiências institucionais são desenhadas e incorporam-se ao processo de tomada de decisões, as divergências multiplicam-se, tanto entre os que (a) contestam a participação da sociedade em relação ao Estado, sob argumentos da ameaça à autonomia dos movimentos sociais e possível cooptação dos sujeitos políticos sociais pela máquina estatal e por uma pseudo incapacidade dos cidadãos de entenderem a dinâmica técnica e política dos processos de tomada de decisão; quanto pelos que (b) concordam com a participação, mas discordam de sua institucionalização ou da forma como essa institucionalização se concretiza. Tais atores concentram suas críticas na cooptação dos participantes pela sociedade política, sobretudo pelos governantes, nos critérios que definem quem deve participar (representação ou escolha), na finalidade da participação (deliberativa ou consultiva) e nos procedimentos participativos (a busca de acordos possíveis, consensos ou a votação apriorística).

Essas divergências, em si, não representam um problema, desde que concebidas como parte de um processo democrático de aperfeiçoamento institucional cujos ritmos e dinâmicas estão relacionados aos processos históricos e políticos de cada sociedade no seu tempo e contexto político. Não seria, portanto, coerente, em termos democráticos, considerar que o sucesso de experiências institucionais em uma determinada sociedade seja garantia que a implantação dessas experiências em outras sociedades reproduza tal sucesso ou mesmo que este ocorra com os mesmos questionamentos e nos tempos em que se desenvolveram na sociedade original.

A despeito disso, a ausência de modelos de análise que permitam uma discussão objetiva da contribuição da participação da sociedade em relação às políticas públicas é, aqui, considerada como um problema. Mais especificamente, considera-se que o cerne desse problema é a imprecisão das categorias normalmente mobilizadas para tais análises, muitas das quais não são capazes de identificar suas peculiaridades e a relação destas com seus

critérios de inclusão e exclusão. Em decorrência, situações e fenômenos diferentes são englobados por uma mesma categoria, assim como o inverso, ou seja, situações e fenômenos semelhantes são incluídos em categorias diferentes; relações fundamentais são obscurecidas e relações coadjuvantes, hipervalorizadas; e as análises são proferidas a partir de propostas que se distanciam da real trajetória de cada política.

Os efeitos e impactos dessas situações concretizam-se na fragilidade da análise de políticas em prol da emissão de juízos de valor que se descolam da realidade ou focam apenas nos resultados finalísticos, refletindo as posições prévias (favoráveis ou desfavoráveis) à participação da sociedade nas políticas públicas. Considera-se que se os resultados de um determinado processo político são previamente conhecidos, eles tendem a ser deslegitimados, o que significa que, em determinados casos, a própria realidade, por metonímia, tende também a ser deslegitimada.

O presente estudo tem como objetivo discutir esse problema, aqui considerado como metodológico e político, apontando para um modelo que contribua com o debate para a superação das dificuldades. Para tanto, propõe-se a realizar uma reflexão sobre categorias e práticas e, a partir desta, formular uma proposta de modelo simples e aplicável que seja capaz de analisar uma determinada política pública em relação à participação da sociedade, valorizando o processo histórico dessa política. Vale destacar que já existem alguns estudos e modelos de análise sobre a contribuição das instâncias participativas e o papel de seus atores sociais na democratização do Estado. Entretanto, ainda não há um modelo de análise que enfatize a participação da sociedade na contribuição das políticas de saúde, considerando as instâncias e os mecanismos de participação, atores sociais e estatais, e o ciclo das políticas públicas.

Passo seguinte foi questionar que, se a participação tem, nas políticas públicas, a importância acima destacada, é essencial definir: Quem participa? Como participa? Em que momento(s) da política pública participa? Por meio de que instituições participa? Qual a relação sociedade-Estado que se estabelece? Quais espaços, em que instâncias de participação se encontram? Como participam na produção das políticas públicas?

Tais definições dependem das opções teóricas que se adote. Em outras palavras, é necessário que se tenham claras as categorias que devem orientar a elaboração do modelo teórico, seja para evitar que ele privilegie algumas, seja para permitir que tenha um caráter holístico e inclusivo. Nesta Tese, tais categorias são “participação social”, “controle social” e “gestão participativa”, aprofundadas no tópico a seguir.

3.2 “PARTICIPAÇÃO SOCIAL”, “CONTROLE SOCIAL” E “GESTÃO PARTICIPATIVA”

A partir da Constituição Federal de 1988, a participação foi sendo incorporada na relação entre Estado e sociedade civil, em especial por meio de mecanismos institucionais para a discussão das políticas públicas e seu financiamento, ganhando força com o processo de descentralização e regionalização da organização administrativa e política do Estado, que se intensificou nos anos 1990.

No setor da saúde, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, (que, junto com a Lei nº 8.080/90, compõem o que se convencionou chamar de “Leis de Criação do SUS”), regulamentou a participação, tornando obrigatórias a criação de Conselhos e Conferências de Saúde nas três esferas de gestão:

Art. 1º § 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes...

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros... (LEI Nº 8.142/1990).

Conselhos e conferências de saúde faziam parte do ideário do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e constavam da proposta de sistema de saúde expressa no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). Contudo, na 8ª, os Conselhos não tinham representantes da gestão nem do setor privado e não faziam parte das secretarias de saúde. Eram externos ao Estado e, sobre eles, deviam exercer um controle. Surge desta *práxis* marxista, na qual o Estado é o comitê decisório da classe dominante e, por isto, dever ser controlado pela sociedade organizada, o termo “controle social”.

Scorel e Moreira (2012) explicam que, do ponto de vista sociológico, esta era uma inovação da reforma sanitária, que invertia a concepção tradicional de “controle social”:

Controle social – Significa, na concepção da sociologia clássica, os mecanismos coercitivos que a sociedade e o Estado exercem sobre os indivíduos. De modo diferente, no processo de formalização da participação social no setor saúde no Brasil, “controle social” passou a expressar a possibilidade de a sociedade controlar o Estado por meio de instâncias participativas. (SCOREL e MOREIRA, 2012, p. 871).

Os mesmos autores destacam que, mesmo com a proposta do MRSB tendo sido consideravelmente modificada pela Lei nº 8.142/90, “controle social” continuou sendo o termo majoritariamente utilizado nas referências aos conselhos e conferências de saúde, passando por “uma nova inflexão, adquirindo também o caráter de fiscalização do manejo dos recursos públicos”.

Desde então, os termos “participação” e “controle social” passaram a ser usados de maneira intercambiável, referindo-se praticamente às mesmas realidades, sem que houvesse uma preocupação de se buscar as especificidades, articulações e contraposições:

... segundo Carvalho (1995), o controle social é entendido como uma tentativa de estabelecer uma nova relação entre o Estado e a sociedade, que implica uma abertura do Estado, para que a sociedade participe das suas decisões... Nesse espaço público democrático, situam-se os conselhos de saúde que, juntamente, com as conferências de saúde, propiciam o exercício do controle social no SUS, regulamentado pela Lei nº 8.142/90. (BASTOS, SANTOS e TOVO, 2009, p. 183).

O controle social tem sido o centro das discussões e práticas recentes de diversos segmentos sociais como sinônimo de participação social nas políticas públicas, em especial, na saúde. O conceito ganhou importância no Brasil a partir do processo de democratização, na década de 1980, e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988. (CRISTO, 2012, p. 94).

... a participação social no SUS foi concebida na perspectiva do controle social, visando os setores organizados na sociedade participarem das políticas públicas, desde suas formulações – planos, programas e projetos –, acompanhamento de suas execuções, até a definição de alocação dos recursos para que estas atendam os interesses da coletividade. (BRAVO e CORREIA, 2012, p. 131).

Há autores que buscam diferenciar “participação” e “controle social” e, neste esforço, consideram conselhos e conferências como “o” controle social e, portanto, a “participação da sociedade”, ao extrapolar os limites institucionalizados pela Lei nº 8.142/90, extrapola também o “controle social”:

o fato de a ideia de controle social ensejar necessariamente uma atuação por dentro das vias institucionais, eliminando outras possibilidades de luta ou pressão. A ideia de participação, ao contrário, guarda em si uma potência de atuação mais ampla que permite conciliar diferentes estratégias. Fundamentalmente, é preciso dizer, a participação é um ato político que olha para o futuro, e o controle social é um ato jurídico que olha para o passado. (ABRUNHOSA, MACHADO e PONTES, 2020, p. 10).

... participação da população é apresentada como sendo mais ampla do que o controle, na medida em que envolve todo o processo, a partir da formulação da intervenção no campo. Ou seja, com essa concepção de participação, a população adquire condição de sujeito da política de saúde, agente que a determina. O controle é apresentado como um de seus aspectos: ela vai da organização ao controle, passando pela gestão, não apenas das ações (o que poderia ser lido como diretrizes programáticas), mas também dos serviços de saúde, nos quais o direito e a política pública a ele relativa ganham materialidade ... A noção de participação evocada extrapola os limites e sentidos que vinham delimitando o controle social, sendo assumida como agente de construção e efetivação do SUS. ... O lugar conferido à participação não é, portanto, o lugar do controle social em estrito sentido. (GUIZARD *ET AL.*, 2004, p. 19 e 32).

Escorel e Moreira (2012) procuram relacionar de forma mais orgânica os dois conceitos e consideram que, nos conselhos de saúde, a participação ocorre por meio de representantes de entidades que, por sua vez, representam segmentos envolvidos com o SUS. Assim, enfocando-se o segmento dos “usuários do SUS”, é a sociedade civil organizada que participa, o que pode também ser utilizado para se pensar o segmento dos “trabalhadores e trabalhadoras da saúde”.

Neste sentido, pode-se compreender que “participação social” é a forma de participação de representantes da sociedade civil organizada em instituições – conselhos e conferências, no caso em tela – que devem atuar nas diferentes etapas do ciclo de políticas e, portanto, de seus processos decisórios.

Justamente por isto, a atuação da gestão pública é muito importante para impulsionar a participação social e legitimar o funcionamento das instituições participativas. Desponta, pois, a necessidade de uma “gestão participativa”:

No campo da política, como gestor de saúde, construímos governabilidade através de três estratégias principais: a) participação ativa nos fóruns regional e estadual do SUS; b) participação nos espaços políticos do município, como Orçamento Participativo; e c) democratização da gestão, com ampliação de espaço de discussão através das Conferências Municipais de Saúde, construção de colegiados de gestão e processos participativos de planejamento. ... Logo que o tema da gestão foi colocado surgiu a discussão sobre a proposta de gestão participativa, com a criação de espaços de problematização junto aos trabalhadores e aos usuários do SUS. (PIMENTA, 2012, p. 33).

O esforço de construção de uma gestão participativa pressupõe que o processo de formulação e implementação da política de saúde pelos gestores deva ser compartilhado com a sociedade e ... a necessidade de acúmulo de capital social, para propiciar um círculo virtuoso entre a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde, que rompa com os padrões tradicionais de comportamento político de nossa sociedade (clientelismo, patrimonialismo, personalismo) e com a corrupção institucionalizada. (NORONHA e COL., 2004, apud OLIVEIRA e ALMEIDA, 2009, p. 141-153).

Oliveira e Almeida (2009) pensam “gestão participativa” a partir da garantia dos espaços do “controle social” do SUS na organização da gestão:

O Controle Social em Saúde é uma estratégia para democratizar o poder, o espaço, o canal de manifestação da participação social regulada e institucionalizada normalmente no aparelho de Estado. O controle social torna-se ferramenta para a consecução da Gestão Participativa, que é o ato democrático de gerenciar as ações e práticas políticas do controle social pelo planejamento de programas e serviços de saúde. É a concretude da participação social institucionalizada e o canal para a efetivação do controle social. (OLIVEIRA e ALMEIDA, 2009, p. 43).

É com esta compreensão de gestão participativa – a de que a gestão pública deve ampliar e fortalecer a participação social e outras formas de participação – que, a partir de 2003, com a posse do governo Lula, ampliaram-se os espaços de participação social e o Estado brasileiro passou a integrar, em sua estrutura administrativa, espaços de gestão participativa.

No Ministério da Saúde foi criada, em 2003, a Secretaria de Gestão Participativa (SGP) – que teve como primeiro secretário Sérgio Arouca –, justamente com a missão de fortalecer a participação social no SUS.

Seu primeiro desafio foi a antecipação e organização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, cujo objetivo era resgatar os ideais da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), contribuindo para um processo de reflexão sobre os avanços e desafios no processo de implementação do SUS, e subsidiando a gestão federal para elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS). Não à toa, o tema central da conferência foi “Saúde, um direito de todos, um dever do Estado: a saúde que temos, o SUS que queremos”.

A SGP, ao longo dos anos, passou por mudanças, ampliando seu escopo e tornando-se, em 2007, uma “Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa” (SGEP), tendo como funções acolher as demandas dos movimentos sociais; apoiar e fortalecer o “controle social” no SUS (conselhos e conferências de saúde); contribuir com a formulação, implementação e monitoramento das políticas de promoção de equidade (saúde da população negra, saúde LGBT, saúde das populações do campo, floresta e águas, saúde da população em situação de rua e povos ciganos); estimular a educação popular em saúde; e implantar, ampliar e fortalecer as ouvidorias do SUS (BRASIL, 2003, 2005, 2007, 2010, 2011, 2012, 2017, 2019).

A gestão participativa se ancora na democracia participativa, e os espaços de diálogo e construção conjunta pressupõem a adoção de práticas e mecanismos que efetivem

a participação social, de usuários, de trabalhadores e de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, são criados os comitês de promoção de políticas de equidade, os grupos de trabalho e os conselhos gestores, e também é ampliado o papel da ouvidoria do SUS, nas três esferas de governo. (BORTOLI e KOVALESKI, 2019, p.1169).

A criação de comitês de políticas de promoção de equidade para debater a formulação, implementação e monitoramento das políticas de promoção de equidade, com a participação dos sujeitos sociais representativos de cada política de equidade, marca um novo desenho institucional da democracia participativa no Ministério da Saúde, portanto, da gestão participativa no SUS.

Os Comitês Técnicos para a Promoção da Equidade em Saúde são entendidos como propostas estratégicas de gestão participativa no SUS, e, dos seus modos de constituição e funcionamento, cabe destacar: (1) A promoção da interlocução governo/sociedade civil; (2) A provocação para dentro do próprio governo da necessidade de articulações intersetoriais, pelas especificidades dos determinantes multisetoriais das desigualdades; (3) A instituição de uma prática de ação transversal na formulação e implementação das respostas, o que requer um envolvimento de todos os órgãos e instituições do setor saúde em um novo movimento intrasetorial. (COSTA e LIONÇO, 2006, p. 53).

A participação de representantes sociais nos espaços dos comitês de equidade demonstrou o compromisso da gestão com a democracia participativa enquanto elemento estruturante da elaboração e do monitoramento referentes às ações das políticas de promoção de equidade em saúde. (SOUTO, SENA, PEREIRA e SANTOS, 2016, p. 61).

Em que pese as diversas instâncias de participação no SUS, com a criação da SGEP, ela se torna o *locus* de representação da gestão participativa do Ministério da Saúde, reconhecida interna e externamente, inclusive pelos gestores estaduais (CONASS) e gestores municipais (CONASEMS), além dos movimentos sociais, conselhos de saúde e outros conselhos de direitos. Esse processo, especialmente no seu nascedouro, teve atritos com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), na disputa do *locus* de representação institucional da participação social junto ao Estado – quem seriam os interlocutores da representação da sociedade civil com o Estado. A reestruturação da SGEP, em 2005, estabelecendo pontes de atuação com o “controle social do SUS” e o seu redimensionamento organizativo, ampliando suas funções para além do apoio e fortalecimento do controle social, contribuíram para o reconhecimento institucional de *locus* de gestão participativa, ao tempo que se estabeleceu os limites do papel da SGEP e do CNS.

Com isso, a gestão participativa passou a ser incluída nas ações e estratégias do SUS, a ser contemplada no Plano Nacional de Saúde (PNS) e nos Planos Plurianuais (PPA), com objetivos e metas e rubrica orçamentária ampliada. Nesse período, formulou-se a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS –, estratégia desenvolvida para promover a gestão participativa no SUS, cujo documento publicado (1ª edição em 2007 e 2ª edição em 2009) apresentava os princípios e diretrizes da Política, seus componentes, atribuições e ações. Entre esses princípios e diretrizes, destacam-se:

Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular; Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo; Ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde; Articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde; Fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas. (BRASIL, PARTICIPASUS, 2009, p. 13-14).

No âmbito da administração pública federal, pode-se citar o Decreto nº 8.243/2014, que instituiu a Política Nacional de Participação Social (PNPS) como “método de governo”. O processo de elaboração da PNPS, coordenado pela Secretaria Nacional de Articulação Social da Secretaria Geral da Presidência da República, envolveu atores da sociedade civil e do Estado, desde 2003 até sua publicação, em 2014. Esse processo participativo ofereceu diferentes caminhos para “análise” e para “arquitetura” da participação no país, em especial no Estado brasileiro. Visando à ampliação da participação social e da interação entre Estado e sociedade, destaca-se o artigo 6º, que definia as instâncias participativas:

Art. 6º São instâncias e mecanismos de participação social, sem prejuízo da criação e do reconhecimento de outras formas de diálogo entre administração pública federal e sociedade civil: I. Conselho de políticas públicas; II. Comissão de políticas públicas; III. Conferência Nacional; IV. Ouvidoria pública federal; V. Mesas de diálogos; VI. Fórum Interconselhos; VII. Audiência pública; VIII. Consulta pública; IX. Ambiente virtual de participação social. (ALMEIDA, 2017, p. 662).

Considerando essas diversas instâncias participativas, algumas já mencionadas acima, destaca-se também, para o ciclo de políticas de saúde, as ouvidorias, que também agregam importância ao modelo de análise proposto:

as ouvidorias públicas constituem um instrumento valioso para os gestores públicos, que têm à disposição uma ferramenta muito útil para saber de que maneira os programas governamentais chegam ao cidadão e como este enxerga as mais variadas prestações de serviços públicos. Trata-se de um elemento importante, pois permite incluir na necessária avaliação que finaliza o ciclo de toda política pública a opinião e a visão da população, que é a destinatária de todas as políticas públicas em um regime democrático. Somente por meio da participação é que a população se torna um conjunto de cidadãos. (COMPARATO, 2016, p. 51).

Em geral, as ouvidorias são vistas apenas como espaço de reclamações, demandas individuais, busca de informações sobre serviços e políticas. Entretanto, as ouvidorias podem contribuir para o monitoramento das políticas públicas subsidiando os gestores, e até mesmo os sujeitos sociais, com informações sobre o alcance dos resultados e dos processos de implementação de uma política e/ou de um serviço.

No SUS, com a implementação da ParticipaSUS, a ouvidoria ganhou espaço para contribuir com o ciclo das políticas de saúde, embora de forma tímida e dependendo muito da iniciativa dos gestores que estivessem à frente de sua direção em cada período. Em que pese esses limites e o desenho institucional diferente de participação, considerando os conselhos e conferências, por exemplo, a experiência dessa articulação no SUS, no monitoramento e avaliação das políticas de saúde, teve também sua importância como mecanismo de “controle social” e gestão participativa:

As ouvidorias públicas e os conselhos de políticas apresentam duas experiências, preservando-se todas as diferenças estruturais e normativas, que têm como objetivo a aproximação entre Estado e sociedade, através da institucionalização de formatos participativos que ensejam a cidadania ativa. São também modalidades de espaços públicos onde a sociedade pode exercer o controle social e participar da construção de políticas sociais, estabelecendo o seu lugar na política, ou, como ressaltado por Mouffe (2007), reestabelecendo o lugar do político na política. (NETO e DÚRAN, 2016, p. 72).

O Fórum Interconselhos também contribuiu para a articulação entre os representantes da sociedade civil e as agendas transversais das políticas públicas, entre as quais incluíam-se as políticas para as mulheres:

Mecanismo criado para garantir a participação da sociedade na elaboração e no monitoramento dos Planos Plurianuais. Reúne periodicamente representantes dos diversos conselhos nacionais e entidades representativas da sociedade para

colaborarem na elaboração e no monitoramento da execução dos Planos Plurianuais (PPA). (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 2018, p. 18).

De 2016 em diante, com o golpe que derrubou a presidenta Dilma Rousseff (SILVA, 2016, p.36) e a chegada ao poder de atores políticos que não valorizam a democracia e consideram a “participação”, o “controle social” e a “gestão participativa” como problemas, a SGEF/MS teve sua estrutura e função diminuídas (2017) até ser extinta pelo Decreto Presidencial nº 9.795, de 17 de maio de 2019. O Decreto nº 9.759/19 deu sequência ao desmonte institucional, fechando centenas de conselhos, comitês e instâncias participativas.

Por fim, e para objetivar a discussão teórica da Tese: considerando as categorias de “participação social”, “controle social” e “gestão participativa” aqui trabalhadas, compreende-se que (i) não são sinônimas nem intercambiáveis; (ii) devem estar articuladas; (iii) não excluem a dimensão da representação política; (iv) são fundamentais para o avanço de uma democracia participativa; (v) aperfeiçoam a interação Estado-sociedade civil; (vi) concretizam-se no ciclo das políticas públicas (agenda, formulação, implementação/execução e monitoramento e avaliação); e, portanto, (vii) são reconhecíveis e identificáveis nas trajetórias históricas de cada política.

Para o modelo de análise da participação da sociedade nas políticas públicas que será apresentado no Capítulo 4, identificar e estudar estas três categorias visando sua compreensão conjunta – conforme os seis pontos acima definidos – foi um passo fundamental. Embora se reconheça que tal tarefa teórico-prática pode e deve ser aperfeiçoada, considera-se que o que até aqui foi produzido atende às demandas postuladas nos objetivos da Tese e viabiliza o desenvolvimento do modelo proposto.

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS

O termo políticas públicas e seu campo de conhecimento surge na Europa como desdobramento de estudos sobre o papel do Estado e suas instituições, enquanto nos Estados Unidos se desenvolve no campo acadêmico e desdobra-se em estudos sobre os diferentes governos e seus programas. Segundo Souza (2007), considera-se como “pais” fundadores da área de políticas públicas: H. Laswell (1930), que introduz a expressão *policy analysis* (análise de políticas públicas); H. Simon (1957), que insere o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*); C. Lindblom (1959), que questiona ambos os anteriores e introduz outras variáveis, como relação de poder e integração entre as diferentes fases da política; e D. Easton (1965), que contribui definindo a política pública como um

sistema. Mais recentemente, autores como Mead (1995) e Lynn (1980) trazem outras contribuições, definindo como políticas públicas estudos que analisam a produção de políticas por governos e/ou conjunto de ações desenvolvidas por governos para atender demandas da sociedade e/ou de seus representantes.

Como se pode constatar, não existe apenas uma única definição de política pública, entretanto, a maioria enfatiza que as políticas públicas se propõem a resolver problemas e atender demandas sociais e políticas.

uma teoria geral da política pública implica a busca por sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. Políticas públicas repercutem na economia e na sociedade, daí porque qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, economia e sociedade. (SOUZA, 2007, p. 69).

Compreender a política pública como um campo holístico significa dizer que ela é multidisciplinar e abrange diferentes olhares e saberes, podendo ter vários referenciais teóricos e modelos de análise. E por isso, neste estudo, faz-se a escolha de analisar as políticas de saúde considerando o campo que aborda as políticas públicas na relação entre Estado e sociedade civil. Em especial, nas políticas sociais, entre as políticas públicas, elas surgem, muitas vezes, das demandas de segmentos sociais organizados que apresentam suas agendas políticas ao Estado e aos governos estabelecidos a fim de que os mesmos apresentem respostas e/ou assumam compromisso com suas agendas.

Souza (2007) destaca que Theodor Lowi desenvolveu a seguinte “máxima”: “a política pública faz a política”. Essa afirmação expressa a importância que a política pública ganha junto ao Estado e suas instituições, e como ela se materializa para o mundo político, o *locus* de poder e de decisão, como resposta política. Portanto, explicar as inter-relações entre Estado e sociedade, identificar os espaços e mecanismos constituídos para essa relação, o nível de decisão e de poder, os atores envolvidos e os resultados produzidos são etapas de um processo de formulação e incremento de uma política pública. Esse processo, denominado ciclo da política, é constituído de fases, como apresenta Souza (2007): “definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação”. Alguns focam mais no processo de formulação da política e outros, nos participantes do processo de decisão. Pode-se dizer que a agenda pode acontecer a partir de três pontos de partida: (i) o reconhecimento do problema e a decisão de buscar resolvê-lo; (ii) na política propriamente dita e na consciência coletiva de seus representantes; (iii) nos participantes da política (sujeitos visíveis e invisíveis).

Souza (2007) acrescenta que “existiriam três mecanismos para chamar atenção dos formuladores de políticas”: (i) indicadores que dão a dimensão do problema; (ii) eventos continuados do problema; (iii) *feedbacks* que mostram fragilidade ou resposta insuficiente do problema. Nessa perspectiva, os especialistas jogam papel importante na arena política para a produção de políticas. A pressão social ganha força quando apresenta alternativas para a solução do problema, estabelecendo, assim, discussão da agenda política. A etapa de discussão e definição da agenda política é fundamental para o ciclo da política pública, especialmente porque é nessa arena que entram os sujeitos sociais e a participação como elementos da democracia no processo de produção de políticas públicas.

Pode-se destacar, entre os diferentes modelos e definições de política pública, alguns elementos estruturantes e comuns: (i) a política pública envolve diversos sujeitos sociais e estatais e diferentes níveis de decisão; (ii) a política pública tem objetivos e resultados a atingir; (iii) a política pública envolve etapas além da agenda política, como a formulação, implementação, execução e monitoramento e avaliação; (iv) a política pública permite comparar entre o que o governo se propõe a fazer e o que de fato faz.

Nessa perspectiva, que o estudo desta tese buscou aprofundar, a contribuição da participação nos ciclos das políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT, desde a definição da agenda política até a avaliação da política, e como essa participação da sociedade aconteceu em cada etapa desse ciclo. Essa escolha vai ao encontro do que Souza (2007) coloca:

busca integrar quatro elementos: a própria política pública (*policy*), a sociedade política (*polity*) e as instituições que regem as decisões, os desenhos e a implementação das políticas públicas, focalizando nas etapas – a agenda política, a formulação, a implementação e o monitoramento/avaliação –, seus processos e seus resultados. (SOUZA, 2007, p. 83).

Outros teóricos, como John Kingdon (2003) e Frank Baumgartner e Brian Jones (1993), como destaca Capella (2007), apresentaram modelos de análise de políticas públicas considerando as agendas governamentais formuladas e todo o processo de sua formulação, atores envolvidos, contexto político e social e dinâmicas institucionais envolvidas. Capella (2007) apresenta esses dois modelos, suas variáveis, e compara-os, trazendo alguns elementos importantes para o debate sobre formulação de políticas públicas. Resumidamente, destacam-se como elementos estruturantes dos modelos: problemas e soluções; dinâmica institucional existente; atores (visíveis e invisíveis); mudanças na agenda política (contexto político).

Todos os modelos teóricos citados acima trazem elementos e variáveis importantes para análise da participação na produção das políticas públicas, embora não tenha sido objeto de análise desses modelos a contribuição da participação em todo o processo de elaboração das políticas públicas, algumas variáveis serão consideradas para o modelo analítico proposto nesta tese.

No Brasil, as inovações institucionais participativas têm sido estudadas como experiências que contribuem para a democracia participativa. A participação da sociedade na produção de políticas públicas se apresenta como um dos pilares estruturantes dessas inovações institucionais participativas. Esse processo participativo ganhou força no Brasil a partir da institucionalização da participação social com a Constituição Federal de 1988, em especial nos conselhos de políticas públicas, sobretudo nas políticas sociais.

E como as políticas de saúde se situam nas políticas públicas? No campo das políticas sociais, da proteção social, dos direitos de cidadania.

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Políticas de saúde abrangem questões relativas ao poder em saúde (*politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*policy*). ... enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação da condução, na implementação e na avaliação de políticas. (PAIM e TEIXEIRA, 2006, p. 74, apud FLEURY e OUVÉRY).

Pode-se afirmar, ainda, que as políticas de saúde expressam a caminhada histórica da saúde pública no Brasil, da concepção biológica do corpo e seus adoecimentos à determinação social do processo saúde-doença. Da ideia de cura dos agravos à promoção da saúde. Das diversas inter-relações com outras áreas do conhecimento e de outras políticas – a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Do direito à cidadania à disputa de mercado. Em todas as dimensões, a política de saúde se constrói a partir das demandas dos indivíduos por cuidado, para promoção do bem-estar individual e coletivo, para eliminação de enfermidades, para vigilância e prevenção de agravos e doenças e para cidadania. E a participação na e para a produção das políticas públicas, além do preceito constitucional – “Saúde direito de todos e dever do Estado” –, insere-se nas políticas de saúde como experiências de democracia participativa, ao garantir a participação social em diferentes mecanismos institucionais, como conselhos de políticas, conferências, comissões, comitês, ouvidoria, entre outros.

Portanto, considerando os conceitos de democracia, participação e políticas públicas para a construção do modelo de análise, compreende-se esses conceitos dentro de uma perspectiva da democracia participativa, na relação Estado e sociedade civil no ciclo das políticas públicas (agenda, formulação, implementação e monitoramento e avaliação).

Parte-se, então, nesta Tese, do pressuposto de que a participação da sociedade nas políticas públicas contribuiu efetivamente para que estas sejam, pelo menos, influenciadas e delineadas pelos interesses das pessoas que efetivamente receberão seus resultados, efeitos e impactos, e não somente pelos interesses dos sujeitos políticos estatais (ainda que estes estejam em harmonia com aquelas). Ressalta-se a participação de sujeitos sociais que se tornam sujeitos políticos no processo de produção das políticas, na relação estabelecida com o Estado e seus representantes.

Esta responsividade aos interesses do público-alvo de determinada política é capaz de, ao longo do processo histórico, transformá-los em sujeitos políticos ativos, superando práticas que os encaram como passivos e mero receptores das ações de governos. É, portanto, fundamental para o aperfeiçoamento da democracia e contribui para a superação de problemas visibilizados pela crise da democracia representativa, ainda que o preço por isto seja a ampliação dos custos de transação no processo decisório de determinada política. E essa participação da sociedade na relação com o Estado ganha dimensões diferenciadas que também exigem definições para que o modelo proposto possa identificar as diferentes contribuições da participação nos diversos espaços em que ela ocorre.

Nesta Tese, adota-se, para análise da contribuição da participação nos ciclos das políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT, as seguintes etapas: (i) agenda política; (ii) formulação; (iii) implementação; e (iv) monitoramento e avaliação.

A partir dessas etapas dos ciclos das políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT, identifica-se os espaços e mecanismos da participação (institucionalizados ou não); os sujeitos sociais e sujeitos estatais em cada etapa; instrumentos normativos em cada etapa; articulação interinstitucional e societária; consolidando-se, assim, a proposta do modelo analítico da contribuição da participação da sociedade na produção das políticas públicas de saúde. Em cada etapa, apresenta-se a participação da sociedade considerando as categorias de “participação social”, “controle social” e “gestão participativa”. Para tanto, foi necessário delimitar esses campos e conceitos, considerando o referencial teórico e prático a partir do setor saúde.

4. MODELO DE ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

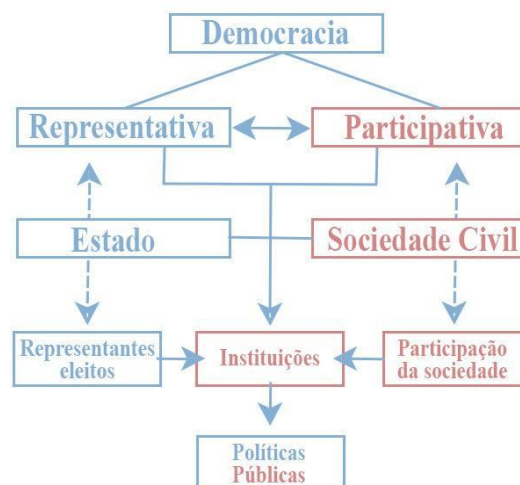
Existem dois tipos de políticos: os que lutam pela consolidação da distância entre governantes e governados, e os que lutam pela superação da distância.

Antonio Gramsci

Considerando os marcos teóricos e categorias apresentados no Capítulo 3 e o objeto de estudo desta tese – a contribuição da participação da sociedade no ciclo das políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT –, o modelo de análise que será trabalhado nesta Tese leva em conta: (i) como ocorreu essa participação em cada etapa dos ciclos de políticas (agenda/formulação/implementação/monitoramento e avaliação); (ii) as instâncias e os mecanismos onde aconteceram essas participações (correlacionando-as com as categorias de participação social, controle social e gestão participativa); (iii) a institucionalidade dessas instâncias; (iv) os sujeitos políticos que participaram; (v) o poder de decisão (caráter consultivo ou deliberativo); (vi) os resultados obtidos em cada etapa do ciclo de políticas públicas; e (vii) as normas e os procedimentos institucionais da produção das políticas.

A Figura 1 inicia, pois, a apresentação do modelo, proporcionando a visualização de como se preconiza a compreensão das relações entre “Democracia” (representativa e participativa), “Estado”, Sociedade Civil”, “Participação” e “Políticas Públicas”.

Figura 1 – Concepção trabalhada na Tese sobre relações entre democracia, participação e representação na produção de políticas públicas



Fonte: Elaboração da autora, 2022.

As conexões e inter-relações da Figura 1 demonstram que (a) a Democracia pode compreender uma articulação/relação da democracia representativa com a democracia participativa, que se retroalimentam e se complementam; (b) a Participação promove e intensifica as relações entre Estado e Sociedade Civil, legitimando a Democracia; (c) as “Instituições” (representativas e/ou participativas) são o *locus* por excelência em que essa Democracia vai ser exercida. Portanto, promover a participação da sociedade nas “Instituições” é fortalecer a relação e as conexões entre Estado e Sociedade Civil, entre democracia representativa e democracia participativa; e (d) as “Políticas Públicas” são o principal produto deste processo decisório democrático.

Sendo as “políticas públicas” o principal produto do processo decisório, o modelo preconizado nesta Tese adota a opção de analisá-las a partir de uma concepção adaptada de “ciclo de políticas”, composto por (i) agenda, (ii) formulação, (iii) implementação, e (iv) monitoramento e avaliação, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Concepção trabalhada nesta Tese sobre políticas públicas, seu ciclo de produção e participação da sociedade



Fonte: Elaboração da autora, 2022.

O “ciclo de políticas” trabalhado na Figura 2 é uma ferramenta metodológica que parte da ideia de que a produção das políticas ocorre por meio de etapas articuladas que, por formarem um ciclo, não necessariamente obrigam que uma etapa só se inicie ao fim da outra.

Observe-se que, neste modelo, a etapa da “execução”, tradicionalmente trabalhada quando se aborda o ciclo de políticas, não é representado, pois considera-se que esta é uma etapa que deve ser integralmente responsabilidade do Estado, e não da sociedade civil. Evitam-se, assim, concepções e práticas comuns na América Latina dos anos 1990, em que o

Banco Mundial condicionou empréstimos e apoio técnico às políticas sociais à redução do tamanho do Estado, o que, neste caso, representava uma absurda retirada da responsabilidade do poder público com a prestação dos serviços aos cidadãos, delegando-os a organizações não governamentais (ONG).

Constate-se, também, que as etapas da “agenda” e “formulação” possuem conexões muito próximas no processo de produção das políticas públicas, assim como as etapas de “implementação” e “monitoramento e avaliação”. Destaque-se, entretanto, que, embora tais etapas apresentem conexões preferenciais, todas têm seus aspectos de interação e retroalimentação.

Outro ponto a se ressaltar é que, nesta Tese, a participação da sociedade nas etapas de “agenda” e “formulação” são consideradas como fundamentais e decisivas: é na “agenda” que se incluem na prioridade dos governos (e, portanto, são inseridos no orçamento público) os problemas públicos enfrentados pela sociedade; e é na “formulação” que se define o conteúdo das políticas que vão lidar com esses problemas, o que permite aferir se, e em que medida, esta representa os interesses dos segmentos sociais atingidos – direta ou indiretamente – por tais problemas.

Para se estabelecer as conexões e inter-relações entre as etapas do ciclo das políticas e as instâncias participativas, foi necessário descrevê-las. Para tanto, o Quadro 3 sistematiza as instâncias participativas, definindo-as e relacionando-as às categorias de “participação social”, “controle social”, “gestão participativa”; à institucionalidade (sim ou não); aos sujeitos políticos (sociais e ou estatais) e ao poder de decisão (deliberativo ou consultivo):

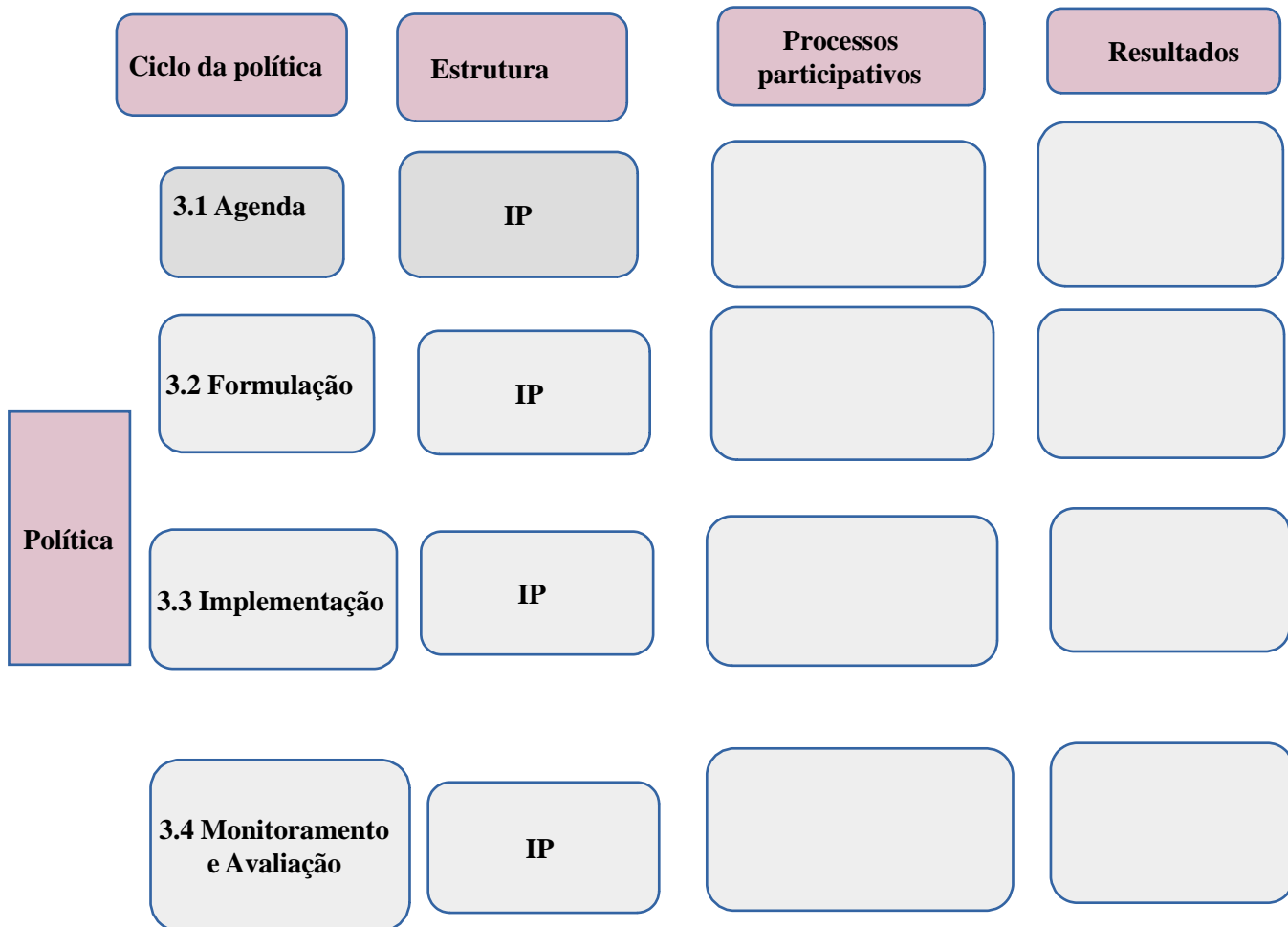
Quadro 3 – Instâncias participativas – definição, categoria, institucionalidade, sujeitos políticos e poder de decisão

Instâncias participativas	Definição	Categoria	Institucionalidade	Sujeitos políticos	Poder de decisão

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

Considerando o que foi posto até aqui, o modelo trabalhado parte das trajetórias de cada política, relacionando-a à tríade “estrutura-processo-resultado”, de Donabedian (1980b), conforme Figura 3, e preconiza a análise em cada etapa do ciclo de política.

Figura 3 – Matriz das etapas do ciclo das políticas relacionando-as à tríade “estrutura-processos participativos-resultados”



Fonte: Elaboração da autora, 2022.

Na Figura 3, considera-se como (i) “estrutura”: as instâncias participativas institucionais (IP) (conselhos, comitês, conferências, ouvidoria...); (ii) “processos participativos”: as atividades desenvolvidas em instâncias participativas em cada etapa do ciclo da política (reuniões, seminários, conferências, consulta pública...); e (iii) “resultados”: programas/ações das políticas produzidos em cada etapa (normas, portarias, documentos, relatórios...). Ao fazer essa ‘adaptação’ do modelo de Donabedian (1980b) e relacioná-lo a cada etapa do ciclo de políticas (agenda, formulação, implementação e monitoramento & avaliação), foi possível mensurar a participação da sociedade em cada etapa do ciclo da política (processo), a institucionalidade dos espaços dessa participação (estrutura) e a produção da política pública (resultados).

Num primeiro momento, a análise é realizada em cada etapa do ciclo de política a fim de, no momento posterior, ser articulada numa proposta integrativa e holística. Isto posto, faz-

se necessário identificar as duas dimensões a serem analisadas em cada etapa do ciclo das políticas.

A primeira dimensão é a da “Institucionalização” que, conforme explicitado na Figura 1 e amparado na teoria poliárquica de Dahl (2015), representa um dos eixos fundamentais da “Democracia”. Para estudá-la, serão trabalhadas as seguintes variáveis: (I1) “*Instâncias Participativas*” (IP), que são os *loci* do processo decisório que viabilizam a participação da sociedade; (I2) “*Tipo de IP*”, que identifica se uma determinada IP é do tipo “Participação Social” (PS), “Controle Social” (CS) ou “Gestão Participativa” (GP); (I3) “*Poder de Decisão*” (PD), que visa aferir se uma IP tem caráter “consultivo” ou “deliberativo”; e (I4) “*Legitimação das IP*” (LIP), que se refere ao arcabouço jurídico-legal que ampara uma IP (o que, depois do Decreto nº 9.759 de 11 de abril de 2019, mostra-se ainda mais importante), distribuído entre “formal para parte” e “formal para todas” (quando amparada por leis, decretos ou portarias) ou “não formal”.

A segunda dimensão é a da “Participação”, que, mantendo a proposta pluralista, incorpora o segundo eixo Dahlsiano, que estrutura a Democracia. As variáveis a serem estudadas são (P1) “*Sujeitos Políticos Sociais*” (SPS), que identificam os sujeitos políticos sociais: individuais (indicados ou convidados) e/ou coletivos (representação), e que participam do processo decisório; (P2) “*Processos Participativos*” (PPart), que envolvem atividades próprias e específicas (reuniões, seminários, plenárias de conferências, consultas públicas...), formais ou não formais, realizadas em cada IP, em cada etapa do “ciclo de políticas”; e (P3) “*Legitimação*”, que analisa se os “PPart” são instituídos “formalmente para todos” ou “formalmente para parte” dos processos participativos.

Como se constata, essas duas dimensões articulam sete variáveis que devem ser analisadas nas quatro etapas do “ciclo de políticas”. O Quadro 4 ilustra a operacionalização dessa análise, apresentando seus parâmetros e o gradiente de pontuação atribuído a cada variável.

Quadro 4 – Modelo analítico da participação da sociedade nas políticas públicas: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação

Variável	Parâmetros	Pontuação	Variação da Pontuação
Dimensão Institucionalização			
(I1) Instâncias Participativas (IP)	Se não houver: Se houver:	0 ponto 1 ponto	0 a 1
(I2) Tipo de IP	Se não houver: “Controle Social”: “Participação Social”: “Gestão Participativa”:	0 ponto 1 ponto 1 ponto 1 ponto	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I3) Poder Decisório da IP	Se não houver:	0 ponto	0 a 1 x nº de IP de Tipos

	Consultivo: Deliberativo:	0,5 ponto 1 ponto	diferentes
(I4) Legitimação da IP	Não formal: Formal para parte: Formal para todas:	0 ponto 0,5 ponto 1 ponto	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Dimensão Participação			
(P1) Sujeitos Políticos Sociais (SPS)	Se não houver: Se houver individual Se houver coletivo	0 ponto 0,5 ponto 1 ponto	0 a 1
(P2) Processos Participativos (PPart)	Se não houver: Se houver e não for formal: Se houver e for formal:	0 ponto 0,5 ponto 1 ponto	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(P3) Legitimação dos Processos Participativos	Se não houver: Formal para parte: Formal para todas:	0 ponto 0,5 ponto 1 ponto	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

A análise do Quadro 4 indica que a pontuação a ser atribuída às variáveis das duas dimensões guarda relação direta com o número e o tipo das Instituições Participativas (IP). Como estas podem variar (i) de política para política e (ii) numa mesma política, de etapa para etapa, o modelo precisa incorporar esta condicionante.

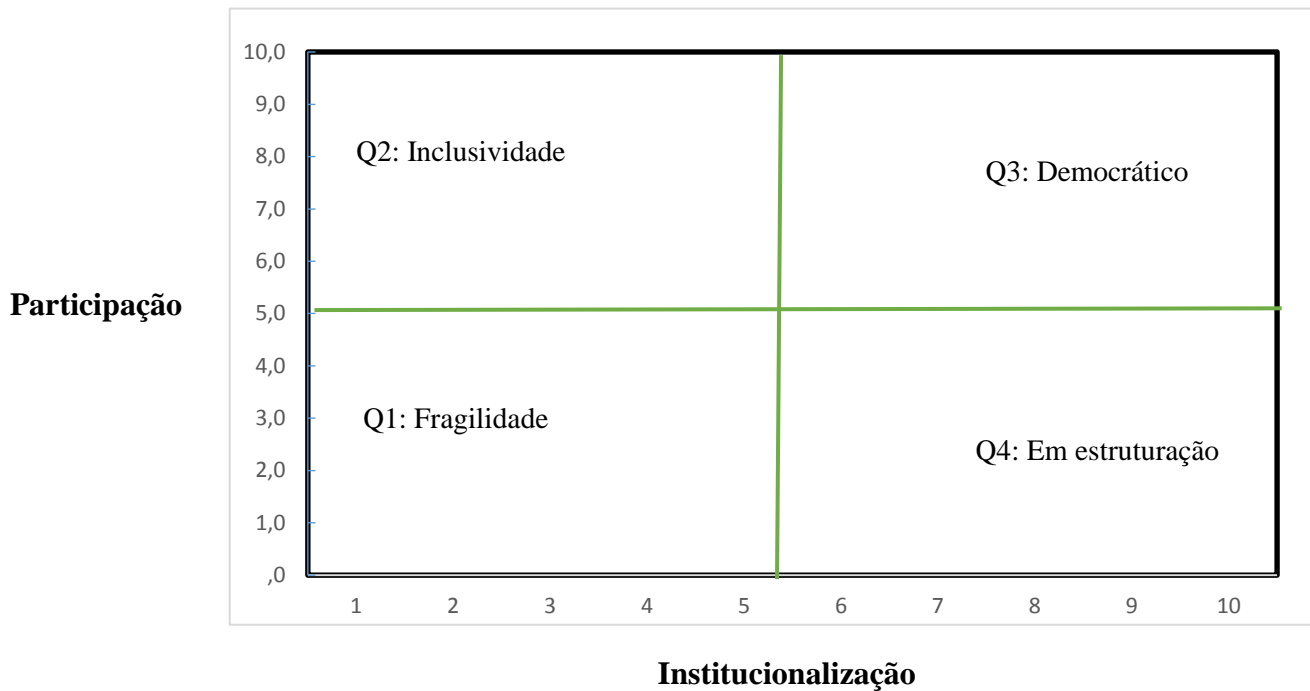
Mais à frente, quando se abordar cada uma das políticas analisadas nesta Tese, será possível identificar, na realidade aqui estudada, o número e o tipo de IP instituídas em cada política e em cada uma de suas respectivas etapas. Logicamente, este número irá variar de acordo com as políticas que se tornem foco do modelo de análise.

A despeito disto, para continuar avançando na explicação do modelo analítico, o próximo passo adotará como premissa que uma política será mais participativa quando, em uma determinada política, há três IP instituídas em cada etapa do ciclo, sendo cada uma de um tipo diferente.

Neste contexto, a dimensão “Institucionalização” terá uma “variação de pontos” entre 0 e 10: I1, variará entre 0 e 1; I2, entre 0 e 3; I3, entre 0 e 3; e I4, entre 0 e 3. Assim, o mínimo de pontos somados destas quatro variáveis é 0 (zero) e o máximo, 10 (1+3+3+3). Raciocínio análogo deve ser aplicado para as três variáveis da dimensão “Participação”, que terá uma “variação de pontos” entre 0 e 7: P1, variará entre 0 e 1; P2, entre 0 e 3; P3, entre 0 e 3; chegando-se, assim, ao mínimo de 0 (zero) e o máximo de 07 (1+3+3).

O Gráfico 1 trabalha as dimensões “Institucionalização” e “Participação”, respectivamente, como os eixos das abscissas e ordenadas, distribuindo a pontuação obtida por suas variáveis.

Gráfico 1 – Modelo de análise da participação da sociedade nas políticas públicas: distribuição da pontuação das dimensões “institucionalização” x “participação” por cada etapa do ciclo de políticas



Fonte: Elaboração da autora, 2022.

Como definido, o Gráfico 1 foi elaborado para ser aplicado a cada etapa de cada política. Seu Quadrante (Q1) delimita a etapa que apresenta baixa “institucionalização” e baixa “participação”, representando uma “Fragilidade”. Etapas das políticas localizadas neste Quadrante não recebem pontuação.

O Q2 conjuga alta “participação” e baixa “institucionalização”, sendo por isso denominado como “Inclusividade”. Neste Quadrante, a pontuação atribuída é de “1”.

O Q3 articula alta “participação” e alta “institucionalização”, representando o Quadrante denominado de “Democrático”. Neste Quadrante, a pontuação atribuída é de “2”.

Por fim, o Q4 apresenta alta “institucionalização”, mas baixa “participação”, o que o classifica como “Em estruturação”. Neste Quadrante, a pontuação atribuída é de “1”.

Como se constata, a posição em cada um dos Quadrantes gera um gradiente de pontuação. O Quadro 5 ilustra a distribuição dessa pontuação pelas etapas do ciclo de políticas, ponderando-as a partir da concepção já explicitada de que a participação da sociedade nas etapas de “agenda” e “formulação” é, no modelo aqui trabalhado, considerada como fundamental e decisiva em relação às etapas de “implementação” e “monitoramento e avaliação”. Por isso, as duas primeiras etapas recebem peso “2”, enquanto as duas últimas, peso “1”.

Quadro 5 – Etapas do ciclo de políticas, posição nos quadrantes do gráfico “institucionalização” x “participação”, pontuação e pesos atribuídos

Etapa do ciclo de política	Gradiente relacionado aos quadrantes	Peso (ponderação)	Pontuação
Agenda	0 a 2	2	0 a 4
Formulação	0 a 2	2	0 a 4
Implementação	0 a 2	1	0 a 2
Monitoramento e Avaliação	0 a 2	1	0 a 2

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

Como as etapas do ciclo de políticas são aqui consideradas articuladas e inter-relacionadas, a pontuação total de uma determinada política é obtida por meio da média ponderada da pontuação de suas etapas:

$$\text{Pontuação da Política} = \frac{\sum \text{Pontos de cada Etapa da Política}}{\sum \text{Pesos atribuídos a cada Etapa da Política}}$$

Desta forma, levando-se em conta o modelo adotado, uma determinada política analisada pode variar em um eixo cujo polo “não-participativa” refere-se à pontuação “0”, enquanto o polo “participativa” refere-se ao à pontuação “2” (ambas as pontuações são os limites da média ponderada acima explicada). Por sua vez, as políticas que transitarem pelas zonas entre polos serão analisadas a partir do polo de que mais se aproximam, sendo que, nas zonas intermediárias, serão classificadas como “Em disputa”. A Figura 4 ilustra esse eixo e suas classificações.

Figura 4 – Modelo de Análise da Participação da Sociedade nas Políticas Públicas: classificação a partir da pontuação obtida e posição no eixo analítico

Política Não-Participativa
(0 pontos)

Política Participativa
(2 pontos)

Política em Disputa
(+ ou - 1 ponto)

Portanto, pelo modelo de análise trabalhado nesta Tese, uma política pública pode ser classificada como “não-participativa”, “em disputa” ou “participativa”.

O modelo de análise da participação da sociedade nas políticas públicas aqui desenvolvido toma como hipótese que, quanto mais uma política se aproximar do eixo “participativa”, mas será capaz de produzir resultados que atendam às demandas dos sujeitos sociais que dela participaram.

Se isto não é suficiente para garantir que a política produzida seja melhor do que uma política “não-participativa”, pelo menos garante que sujeitos políticos sociais historicamente alijados do processo decisório das políticas públicas tenham tido a oportunidade de fazer valer seus direitos políticos e que estes produzissem, ao menos em parte, seus direitos sociais e humanos. Tal relação é essencial para o aperfeiçoamento democrático e para o enfrentamento das posturas antidemocráticas, cujo flerte com o neofascismo assusta o Brasil e várias outras sociedades (<https://www.ufrgs.br/odela/o-neofascismo-brasileiro-um-debate-sobre-a-sua-possibilidade-historica>).

Assim, o próximo passo do modelo é analisar as conexões entre a participação da sociedade e os resultados das políticas, em cada etapa do ciclo de políticas, a fim de identificar se e como as demandas dos atores sociais que participaram das etapas do ciclo de políticas tiveram suas demandas incorporadas pela política.

Para fazer isto, é necessário resgatar, descrever e analisar a trajetória de cada política, buscando identificar justamente os elementos aqui apresentados, e após aplicar o modelo, relacioná-los aos resultados da política. Para trabalhar a dimensão da “Contribuição”, serão trabalhadas duas variáveis: (C1) a “Correlação” que identifica se as demandas sociais foram incorporadas nos resultados das políticas públicas produzidas e em que medida (parcial ou totalmente), em cada etapa do ciclo da política; (C2) a “Legitimação” que identifica a institucionalidade desses resultados (normas, documentos, portarias) em cada etapa do ciclo da política.

Quadro 6 – Dimensão da contribuição da participação na produção de políticas públicas nas etapas do ciclo de políticas

Variável	Parâmetros	Pontuação	Variação da pontuação
Dimensão da Contribuição da Participação			
(C1) Correlação	Se não houver: Se houver parcialmente: Se houver totalmente:	0 ponto 0,5 ponto 1 ponto	0 a 1 em cada etapa do ciclo de política
(C2) Legitimação	Se não houver: Se houver:	0 ponto 1 ponto	0 a 1 em cada etapa do ciclo de política

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

É este movimento que se inicia no próximo Capítulo 5 – Trajetórias das Políticas de Saúde, e se conclui no Capítulo 6 – Da Aplicação do Modelo de Análise da Contribuição da Participação da Sociedade nas Políticas de Saúde das Mulheres, do Homem e LGBT.

Por fim, ressalte-se, ainda, que o setor saúde é o que está nas origens do modelo proposto, o que significa que a análise da contribuição da participação das políticas deste setor são as que inspiraram sua formulação, embora não sejam as únicas, pois apresenta também interfaces com outros setores sociais.

Um risco que se corre na elaboração de modelos como o que aqui se propõe é o da ambição da totalidade, cujo maior prejuízo é o de inibir a abertura de possibilidades para que as lacunas que sua aplicação possa vir a demonstrar sejam viabilizadoras de seu aperfeiçoamento.

Uma das formas de superar esse risco é considerar que o modelo deve ser capaz de explicar políticas reais, analisando-as a partir de sua trajetória. Não se pretende jamais que o modelo supra a realidade, apenas que a expresse. E, neste momento, depara-se com uma questão da prática, qual seja a de que as políticas públicas são setoriais e que sua intersectorialidade ainda é minoritária, ao menos no Brasil. Daí, analistas de políticas ligados aos diferentes setores levam em consideração as especificidades de tais setores, muitas vezes em detrimento das dos demais setores. Embora busque-se neste estudo lidar com isto e formular um modelo que seja abrangente, considerando, inclusive, articulações intersectoriais nas trajetórias das políticas, não se considera que se está completamente livre de tal proceder, entendendo-o como um dos limites do modelo.

5. TRAJETÓRIAS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida.

Simone de Beauvoir

5.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER – PNAISM¹

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), ainda em vigor no País, é responsável, ao longo de sua trajetória, por instaurar uma práxis capaz de superar as políticas que compreendiam a saúde da mulher exclusivamente a partir de seu papel de mãe (reprodutora e cuidadora de filhos) e que, por isso, organizavam o sistema de saúde de maneira excludente e medicalizadora. Seu caráter “integral” diz respeito a uma forma emancipadora de compreender as mulheres e sua saúde, um cuidar que vai além do período reprodutivo e que as compreende como cidadãs, diversas e plenas de direito. Isso demanda um sistema de saúde organizado por meio de linhas de cuidado e redes de serviços que atendam às mulheres em seus diferentes ciclos de vida, articulando-os, e que não invisibilize determinadas mulheres nem determinadas necessidades de saúde.

Os primeiros passos institucionais dessa trajetória de quatro décadas começaram, simbolicamente, em 1983, com a normatização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que rompe com o termo “materno-infantil” – até então orientador das ações de saúde da mulher – e passa a usar o termo “integralidade”. Institucionalmente, modificou-se também a estrutura do Ministério da Saúde, em que a “área técnica materno- infantil” tornou-se “área técnica de saúde da mulher”. O PAISM significou, também, um rompimento com uma abordagem controlista (controle demográfico a partir do controle da reprodução humana pelo Estado), que culpabilizava os corpos grávidos das mulheres pobres pelo aumento da pobreza. Em resposta, o programa passou a trabalhar os direitos reprodutivos, o direito à concepção e à contracepção com assistência, segurança e autonomia, como decisão da mulher sobre quando, como e quantos filhos deseja ou não ter.

Anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS), o PAISM conseguiu se consolidar, em grande parte, graças ao fortalecimento do movimento feminista brasileiro, que, nos anos 1980, imprimiu um caráter político às suas demandas, estabelecendo espaços de diálogo com o

¹Artigo publicado em SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 45, N. 130, P. 832-846, JUL-SET 2021. Atualizado e adaptado para capítulo da tese.

Estado e com a sociedade, em especial, após o fim da ditadura militar e o início do processo de redemocratização do País.

Nesse momento histórico, as lutas feministas orientaram-se também por igualdade nas leis e por políticas públicas que contemplassem as relações de gênero, as desigualdades nas relações de trabalho e o direito à saúde. O movimento foi protagonista na implantação do PAISM, tanto em sua formulação quanto na sua reorganização institucional e implementação, com várias de suas integrantes assumindo a área técnica de saúde da mulher no Ministério da Saúde e em diversas secretarias estaduais, em um processo decisivo também para a formação de profissionais e gestores de saúde.

Essas lutas ambientaram e foram ambientadas em outro importante processo de lutas políticas e sociais, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Articulando o enfrentamento à ditadura militar com o projeto socialista de um sistema de saúde único, universal, gratuito, de qualidade, com participação e controle social, esse movimento congregou profissionais de saúde, gestores, lideranças políticas e movimentos sociais em torno da construção de um sistema único de saúde, garantido na Constituição Cidadã de 1988.

Desde esse início, que representa um momento de articulação e confluência de lutas sociais, até os momentos atuais – do PAISM à PNAISM, do MRSB ao SUS –, a participação do movimento feminista e de lideranças femininas protagonizou a elaboração, a implementação e o desenvolvimento de políticas referentes à saúde das mulheres, bem como o enfrentamento de grupos e iniciativas que buscam retirar direitos duramente conquistados.

Essa participação longa e vigorosa, algo incomum no Brasil, não foi monolítica nem estacionária, variando nos diferentes momentos históricos, seguindo as lógicas das lutas cotidianas que levaram o movimento feminista a integrar espaços de gestão institucional; a atuar como movimento social dialogando diretamente com o Estado; a participar de espaços institucionais, como conselhos e conferências de saúde e de direitos das mulheres; a buscar espaço nos partidos políticos; e a ir às ruas, no enfrentamento dos momentos mais críticos.

Nesse resgate, objetiva-se analisar e sistematizar essa trajetória de luta, construção e implementação da PNAISM, tendo como foco a participação social, em todo o processo. Pretende-se, assim, evidenciar como a participação social aconteceu no ciclo da política: agenda/(re)formulação, implementação/execução e monitoramento e avaliação.

5.1.1 Movimento feminista, participação, gênero e saúde

No século XIX, há uma efervescência de valores e de reorganização social no mundo político e do trabalho, especialmente na Europa. É um marco de transição para o chamado “mundo moderno”, que traz também um novo patamar da participação das mulheres na

sociedade – mediado por sua entrada no mercado de trabalho formal –, rompendo os limites entre o espaço privado e público. A inserção da mulher nesse novo mundo contemporâneo, a partir da industrialização e do desenvolvimento do capitalismo, repercute nos arranjos familiares, na reprodução, na visibilidade da opressão da mulher, nas desigualdades sociais, nos valores culturais.

O feminismo vem se reafirmando como um dos movimentos sociais que se situam no campo emancipatório desde sua primeira expressão, na França, em 1789, quando as mulheres organizadas lançaram em praça pública seus reclames e desafiaram a história e a si próprias ao questionarem a ordem estabelecida reivindicando a igualdade e ao afirmarem a liberdade (CISNE e GURGEL, 2008, p.70).

Esse período, no Brasil, considerando o feminismo como ação política pela emancipação feminina nos diversos espaços da sociedade, nos remete a reconhecer como conquistas das mulheres, ainda que não houvesse movimento organizado que se intitulasse como movimento feminista. Durante o Império (1822-1889), foi reconhecido o direito à educação da mulher quando Nísia Floresta (1819-1885), grande ativista pela emancipação feminina no Brasil, fundou a primeira escola para meninas, no Rio de Janeiro, em 1838; e posteriormente, em 1879, as mulheres conquistam o direito ao acesso ao ensino universitário.

Dialeticamente, a opressão imposta às mulheres exige delas a luta pela defesa dos seus direitos e contra as diferentes formas de exploração a que eram submetidas, a busca pela igualdade social, pelos direitos sexuais e reprodutivos, pelos direitos civis e trabalhistas. Nesse processo, ousaram reivindicar por espaços e direitos em um mundo culturalmente pertencente aos homens. Conquistaram o direito ao voto, direitos sexuais e direitos reprodutivos – viver a sexualidade sem a obrigatoriedade da reprodução. Todas essas conquistas tiveram grande participação e mobilização social das mulheres, ganhando visibilidade e força do e no movimento feminista.

Questionamentos e importantes temas de debate do feminismo foram: a ordem sexual dominante e a opressão de gênero sobre as mulheres na vida pessoal e social, sobre o privado e o público, sobre como são definidos os espaços de vivência do masculino e do feminino, na vida familiar, no trabalho, na sociedade. As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por lutas femininas em diferentes espaços e setores, desde a reivindicação de direitos trabalhistas, o direito ao livre exercício da sexualidade, até a produção de conhecimento sobre o conceito de gênero, promovendo debates profundos sobre corpo e epistemologia no âmbito das ciências humanas, sociais e da saúde. O ano de 1975 foi definido como “ano da mulher”, quando foi lançada, pela Organização das Nações Unidas (ONU), a década das mulheres, instituindo o

dia 8 de março como Dia Internacional da Mulher, marcando um período de visibilidade internacional da luta feminista em todo o mundo.

A década de 1990, de acordo com Pitanguy (1999), foi marcada como a década das conferências mundiais, que incluíram nas suas agendas a temática da luta das mulheres: i) 1992 – Conferência Rio-92 sobre o meio ambiente debateu o ecofeminismo e ampliou os espaços de participação social, como a Tenda Planeta Fêmea; ii) 1993 – Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, em Viena, reconheceu os direitos das mulheres como direitos humanos; iii) 1994 – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento da ONU, no Cairo, debateu direitos sexuais, direitos reprodutivos e enfrentamento à violência de gênero; iv) 1995 – IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing/China, marcou a importância da participação feminina em todos os espaços de poder, o papel do Estado e das políticas públicas para as mulheres, reafirmando a luta pela igualdade de gênero.

No Brasil, houve repercussões desses movimentos e eventos das décadas de 1970 a 1990, refletidas nas diferentes formas de militância das mulheres, desde a luta pela redemocratização do País e pelo fim da ditadura militar – Comitês Femininos Pela Anistia – à proliferação e fortalecimento de organizações não governamentais de cunho feminista, passando pela inserção da participação feminina em diversos movimentos sociais, entre eles, o MRSB, até a luta pelo PAISM e pela criação de mecanismos institucionais de políticas públicas no Estado, como conselhos de direitos e delegacias especializadas de mulheres. A década de 1970 no Brasil foi o ponto de partida para a formulação de questões essenciais no campo das transformações culturais e políticas no âmbito dos direitos das mulheres. *Slogans* como “nosso corpo nos pertence” e o “pessoal é político” passaram a ser insígnias que legitimaram as reivindicações das mulheres, traduzindo-se no Brasil, ao longo dos anos seguintes, em transformações no âmbito das leis e das políticas públicas.

A crescente presença das mulheres na esfera pública, nos espaços de debates institucionais e na vida política e social apresentando suas demandas, dando visibilidade a sua condição feminina na sociedade, questionando as desigualdades e reivindicando direitos, é elemento de um processo histórico que ganhou força no cenário mundial e nacional. O movimento feminista fortaleceu-se como movimento social que questionava a organização da sociedade a partir da desigualdade de gênero em todos os espaços da vida humana, na família, no trabalho, na política, no direito, na religião, nas relações sociais e pessoais.

A participação das mulheres inaugurou também uma nova forma de atuação política, na qual os movimentos feministas ganharam força e extrapolaram as reivindicações no campos dos direitos e da melhoria de condições de vida ou de trabalho, questionando as relações de poder não apenas a partir do conceito de classe, mas também de gênero. Além disso, ao

questionar, o movimento colocou em cena o debate sobre poder e como este se constitui nos diferentes cenários sociais e políticos ao longo da história.

Ao mesmo tempo que crescia a organização e mobilização feminina como movimento social e de participação política, aprofundava-se o debate sobre o conceito de gênero. As discussões giravam em torno de sua abordagem histórica para compreensão do mundo, das relações de poder, das relações entre o masculino e o feminino, das relações no âmbito do privado e do público, dos impactos na saúde das mulheres a partir do questionamento sobre o controle do corpo feminino, utilizando-se das diferenças biológicas para construção das desigualdades de gênero, em especial, o papel de reprodução e maternidade como sendo a “missão feminina natural” na sociedade. Esse movimento denunciou a violência doméstica e sexual contra a mulher, trazendo o privado para o público e reivindicando políticas públicas que garantissem a vida e a saúde das mulheres.

Para as mulheres organizadas em movimentos, grupos, ONGs, a democracia não se refere apenas ao exercício da cidadania plena na esfera pública, mas também às relações na vida cotidiana, no trabalho, na família, na saúde, na educação (PITANGUY, 1999, p.21).

A abordagem de gênero tem sido importante para questionar valores e poder a partir da desigualdade entre os gêneros, oriunda de uma construção social, política, cultural e histórica, e não como uma naturalização biológica da diferença entre homens e mulheres. Os papéis femininos e masculinos são construídos historicamente a partir desse lugar, em que as diferenças biológicas foram e são usadas para a construção das desigualdades, em especial, os corpos femininos no cuidado à saúde, destacadamente em relação à reprodução, sendo visto como um lugar de justificativa da desigualdade de gênero. Vale citar um *slogan* forte do movimento feminista: “diferentes, mas não desiguais”.

Marx e Engels (1975) já traziam em suas abordagens as desigualdades entre homens e mulheres nas relações de poder e apontaram que a primeira opressão se expressou na divisão sexual do trabalho. Foucault (2007) destaca essa desigualdade em seu livro “História da sexualidade, 3”, no campo da saúde, de como o controle dos corpos são espaços de dominação e reforçam desigualdades, apontando as relações desiguais entre os corpos femininos e masculinos, seus significados simbólicos, biológico e social. Entretanto, o conceito de gênero ganha dimensão de análise sociológica com Joan Scott (1990), que afirma que gênero é uma construção social e relacional e expressa as relações de poder entre os gêneros.

Essas abordagens sobre gênero e saúde da mulher, como categoria relacional, contribuíram para a compreensão de integralidade.

Categoria relacional, como observa Joan Scott, encontrou campo extremamente favorável, num momento de grande mudança das referências teóricas vigentes nas ciências humanas, e em que a dimensão da cultura passava a ser privilegiada sobre as determinações da sociedade. Assim como outras correntes de pensamento, a teoria feminista propunha que se pensasse a construção cultural das diferenças sexuais, negando radicalmente o determinismo natural e biológico (RAGO, 1998, p.15).

A articulação entre a contribuição teórica da categoria de gênero, a mobilização social do movimento feminista por políticas públicas para mulheres e a luta pela democratização do Estado foi decisiva no processo de formulação, implementação e monitoramento da PNAISM, como se pode constatar na sua trajetória.

5.1.2 Do materno-infantil à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A trajetória de elaboração do PAISM e da PNAISM teve processos e espaços de participação diversos que se fortaleciam de forma integrada para elaborar, implementar e monitorar as políticas, suas metas e estratégias estabelecidas. A definição de acordos e compromissos internacionais, de articulação intra e intersetoriais, a participação em instâncias institucionais, integrando grupos de trabalho, comissões e conselhos de direitos (de saúde – CNS; e de políticas para as mulheres – Conselho Nacional de Direitos da Mulher – CNDM), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) foram fundamentais para os avanços conquistados no campo da saúde das mulheres no Brasil.

O período de 1980 foi marcado pela força do movimento feminista na proposta de elaboração de uma política para saúde da mulher e sua institucionalização enquanto programa de saúde. Em abril de 1983, o Ministério da Saúde instituiu uma comissão para escrever um documento que fundamentaria as bases de ação programática, que se tornou o PAISM e que contou com a contribuição de profissionais de saúde, gestores e feministas. Rompia-se, assim, com o termo materno-infantil, introduzindo-se a “integralidade” para a atenção à saúde da mulher sob a perspectiva de gênero, refletindo o debate teórico de intersecção de ambos os conceitos no corpo e no cuidado à saúde das mulheres.

A sua relevância fica clara ao se evidenciar o seu significado social, destacando-se a sua singularidade enquanto uma proposta de mudança na maneira como até então a

saúde das mulheres era tratada, bem como a incorporação em seu conteúdo dos princípios de integralidade e universalidade da atenção à saúde (OSIS, 1998, p.31).

Em 1984, o Ministério da Saúde publicou e divulgou oficialmente o documento que consolidava as bases do PAISM. Com a intenção de materializar o programa e dar direção às propostas, mais de 70 grupos de mulheres de 19 estados brasileiros, trabalhadoras de serviços de saúde, incluindo muitas feministas, reuniram-se em outubro desse mesmo ano no I Encontro de Saúde da Mulher e construíram a “Carta de Itapecerica”. Nessa carta, estavam contidos os conceitos de integralidade, equidade e participação social que, em 1988, viriam a se tornar bases constitucionais do SUS.

Costa e Aquino, sobre esse período, ponderam que:

A década de oitenta, época das construções e da efervescência criativa para a saúde, propiciou o aumento da participação das mulheres nas esferas de decisão na gestão da saúde. Esse processo, de repercussão na ação política das mulheres, foi responsável, em parte, pelo recuo temporário na intervenção do movimento feminista nas práticas de controle social (COSTA e AQUINO, 2000, p.181).

No processo de mobilização e construção da VIII Conferência Nacional de Saúde, destacaram-se o reconhecimento e a importância do papel e da participação das mulheres, conforme apontam Costa, Bahia e Conte:

A marcante participação das mulheres nos debates sobre a Reforma Sanitária, e o amplo reconhecimento sobre as especificidades do tema saúde da mulher viabilizaram a aprovação, entre as resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde, da convocação da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (COSTA, BAHIA e CONTE, 2007, p. 17).

Outro importante espaço da participação das mulheres, decisivo na organização e mobilização da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, em 1986, e na Constituinte, em 1988, foi o CNDM, criado em 1985, fruto de articulação de grupos feministas que defendiam a importância de ocupar espaços institucionais como forma de implementar políticas públicas com perspectiva de gênero.

Elaborado desde 1983, o PAISM corria o risco de “ficar no papel”, seguindo o destino de outros programas. Sua regulamentação transforma-se, então, em um dos principais objetivos do CNDM, agindo em consonância com o movimento de mulheres (OSIS, 1998, p. 28).

Essa parceria configurou-se como o espaço de discussão da implementação do PAISM e das ações prioritárias de saúde das mulheres, como a redução da mortalidade materna, os direitos reprodutivos e sexuais e a formação de profissionais e de serviços de saúde que se organizassem a partir da atenção à integralidade da saúde das mulheres, e não apenas para as mulheres no seu período gravídico. Nessa época, a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos destacava-se como a principal organização do movimento feminista no campo da saúde da mulher e representava o pensamento e a luta feminista pela saúde integradora universal, com autonomia e respeito à diversidade das mulheres; e agregava, na sua composição, a pluralidade de diversos movimentos de mulheres.

Entre 1983 e 1987, à frente da área técnica de saúde da mulher, estiveram feministas e profissionais de saúde que deram início à implantação do PAISM, com apoio de algumas secretarias estaduais de saúde que também tinham gestoras que buscavam implementar a atenção integral à saúde das mulheres, reorganizando os serviços de assistência nessa dimensão. Entre 1987 e 1997, passaram pela coordenação da saúde da mulher gestores que não tinham diálogo com o movimento de mulheres, e as feministas ficaram afastadas desse espaço de gestão por dez anos.

Com a Constituição de 1988 e a implantação do SUS em 1990, os movimentos de mulheres, tanto do feminismo quanto de outras áreas, como sindicalismo, ONGs e entidades de profissionais de saúde, passaram a desenvolver ações integradas para exigir a implementação do PAISM. A partir das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, que definem a organização dos serviços de saúde e estabelecem o controle social no SUS, e sob o protagonismo dos secretários estaduais de saúde (CONASS) e secretários municipais (CONASEMS), ganharam importância a organização da rede de saúde e os conselhos de saúde nas três esferas de gestão. A criação da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU) no âmbito do CNS (instituída pela Resolução CNS nº 39, de 4 de fevereiro de 1993), que desde sua reorganização foi coordenada por feministas da saúde, teve papel importante no processo de implementação e monitoramento do PAISM, em ação articulada com as feministas que atuavam no CNDM. Em 1989, a desestruturação do CNDM também afetou a articulação nacional no campo das políticas públicas; entretanto, a agenda feminista na esfera governamental foi mantida pela criação e atuação do Fórum Nacional de Conselhos Estaduais de Direitos da Mulher, que se organizou como instância de articulação e coordenação nacional até 1995, quando se retomou a participação do movimento feminista e suas representações no CNDM.

A CISMU constituiu-se, portanto, em um fórum privilegiado de participação social do movimento de mulheres, composto por representantes de diversos segmentos do movimento

feminista, ampliando, assim, sua influência na articulação de ações para a saúde das mulheres. A Rede Feminista de Saúde definiu como ação prioritária de sua atuação o controle social e, para tanto, produziu e divulgou amplamente a cartilha “Controle social, uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres” (primeira edição em 1999 e segunda edição em 2000). A cartilha explicava o que é controle social, como participar dos conselhos de saúde, leis do SUS, entre outros, e estimulou a participação de representantes do movimento de mulheres nos conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais.

A Comissão Interinstitucional de Saúde da Mulher (CISMU), instância de assessoramento ao pleno do CNS, tem ampla presença de setores representados e mantém uma regularidade de debates e de contribuições (COSTA e GUIMARÃES, 2002).

No balanço institucional da “Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes” (BRASIL, 2011), correspondente ao período de 1998 a 2002, constatou-se a priorização da saúde reprodutiva, em especial, as ações para redução da mortalidade materna, em que constassem como princípio e diretriz a atenção integral à saúde da mulher e o desenvolvimento de ações para a implantação de serviços de assistência às mulheres vítimas de violência.

A Rede Feminista de Saúde coordenou a CISMU de 1998 até 2015, com destacado papel de articulação com o Estado, com CNS e CNDM para priorização de agendas referentes à saúde das mulheres em suas instâncias deliberativas. Desde 2016, a coordenação da CISMU é da União Brasileira de Mulheres, entidade feminista que também integra a Rede Feminista de Saúde.

Apesar dessa participação e do protagonismo no campo do controle social e da saúde pública, a representação das mulheres no pleno do CNS enquanto movimento de mulheres possuía, no início, apenas uma representação; e, mais recentemente, são duas representações titulares, em um total de 48 cadeiras: uma do movimento de mulheres e outra do movimento de mulheres negras. Considerando que as mulheres são a maioria das usuárias do SUS e de profissionais de saúde, constata-se uma sub-representação institucional na maior instância de controle social do SUS, o CNS.

Em que pese esses limites, as mulheres têm afirmado sua participação nesse espaço de controle social do SUS com firmeza e buscado estar presente nos espaços de decisão. Em dezembro de 2012, foi eleita a primeira mulher presidenta do Conselho Nacional de Saúde, representante da Confederação Nacional de Trabalhadores da Agricultura (CONTAG), para o mandato de 2012-2015.

A conselheira Maria do Socorro de Souza foi eleita presidente do Conselho Nacional de Saúde, durante a realização da 50ª reunião extraordinária do CNS. O resultado representa dois fatos históricos: pela primeira vez uma representante dos usuários e mulher estará à frente da maior instância do controle social na área da Saúde. “Sou mulher, negra, mãe, avó trabalhadora rural e usuária do Sistema Único de Saúde. Estamos vivendo um intenso e histórico momento no CNS de possibilidade realizar outra democracia dentro do espaço formal que é o Conselho. (www.conselho.gov.br)

Na diretoria do CNS, no triênio 2018-2021, a representante das mulheres no segmento de usuários(as) e coordenadora da CISMU\CNS (representante da União Brasileira de Mulheres), pioneiramente, integrou a Mesa Diretora. Em novembro de 2021, foi eleita a nova diretoria do CNS para o triênio de 2021-2024 e, pela primeira vez na história do Conselho, a Mesa Diretora é composta por maioria de mulheres. Do total de oito membros, cinco são mulheres, sendo três representantes do segmento de usuárias (duas são representantes de entidades do movimento negro e uma do movimento sindical) e duas do segmento de trabalhadoras (uma da enfermagem e uma da psicologia).

Outro importante espaço de participação social das mulheres foram as Conferências Nacionais de Saúde, onde aprovaram ações de implementação do PAISM. O primeiro relatório a citar a saúde da mulher foi o da V Conferência Nacional de Saúde (1975), que, em suas propostas, destacou como prioridade a saúde materno-infantil.

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada a proposta de uma política nacional de atenção à saúde da mulher e a realização de uma conferência temática no mesmo ano: Conferência de Direitos e Saúde da Mulher.

Foram identificadas propostas aprovadas sobre saúde da mulher e conferência de saúde da mulher nos relatórios das seguintes Conferências Nacionais de Saúde: IX (1992) – “... que sejam realizadas conferências sobre temáticas específicas ... saúde da mulher”; X (1996) – “Saúde da Mulher. 317. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde devem implantar efetiva e imediatamente o PAISM. 318. O Ministério da Saúde deve realizar a II Conferência Nacional de Saúde da Mulher; XI (2000) – Políticas Específicas – Saúde da Mulher. 108. O conjunto de propostas voltadas para a Atenção Integral à Saúde da Mulher reafirma ... a política de assistência integral; XII (2003) – Eixo temático V – Organização da Atenção à Saúde. Diretriz: Saúde e Gênero. 55: Avançar na implementação da atenção integral à saúde da mulher (PAISM) no Brasil; XIII (2007) – Eixo I. 44. Cumprir as ações de atenção integral à saúde da mulher, respeitando todas as especificidades; XIV (2011) – Diretriz 10.17. Fortalecer a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher com ênfase nos direitos reprodutivos 20. Propostas sobre saúde da mulher

foram citadas também na carta da XIV Conferência Nacional de Saúde à população brasileira²¹; e na XVI (2019) – Introdução ... inclui como parte integrante a II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres – Integralidade com Equidade. Eixo: Direito à Saúde, 14. Reafirmar, implantar e garantir as políticas públicas de saúde direcionadas à população ... de mulheres²².

Nesses relatórios, as propostas aprovadas sobre saúde da mulher refletem também a mobilização do movimento de mulheres nas conferências estaduais e a participação nos conselhos estaduais de saúde e na CISMU.

A CISMU foi o espaço prioritário de elaboração da PNAISM e contribuiu com o debate sobre transformar o PAISM em PNAISM, ou seja, passar de programa à política. O documento que consolida os princípios, as diretrizes, as estratégias e as ações da PNAISM foi apresentado e discutido em reuniões da CISMU no ano de 2003 e lançado pelo Ministério da Saúde em maio de 2004, na gestão do ministro Humberto Costa, que, em seu discurso de posse (2003), destacou como prioridade a saúde da mulher e da criança e assumiu o compromisso de participar de todas as reuniões do Conselho Nacional de Saúde, valorizando o espaço de controle social do SUS.

O documento da PNAISM contou com o apoio do movimento feminista, representantes da CISMU e do CNDM. Entretanto, em que pese todo o esforço da conselheira de saúde, coordenadora da CISMU à época, para que esse documento fosse apreciado e aprovado pelo CNS antes do seu lançamento, a PNAISM só foi pautada e aprovada no CNS em 2006. Apesar disso, não há instrução normativa ou resolução institucionalizando a política; consta apenas da ata da 163ª reunião do CNS, quando se aprovou o documento com os princípios e diretrizes da PNAISM. Ressalte-se que, apesar de não pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), como outras políticas, passou a constar do Plano Nacional de Saúde e do Plano Plurianual, possui rubrica própria para desenvolver suas ações, estratégias e programas específicos, em especial, em relação aos serviços de saúde para as mulheres na rede de atenção do SUS.

Ao mesmo tempo que avançou o processo de elaboração e construção da PNAISM no SUS, em 2003, com a ampliação dos espaços de participação social no governo Lula, a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e a convocação de Conferências para Políticas para Mulheres surgem como novos espaços de participação social das mulheres, o que contribuiu também com os processos de elaboração e monitoramento da PNAISM.

A I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), realizada em 2004, teve como tema “Políticas para as Mulheres: um desafio para a igualdade numa perspectiva de gênero”. Seu objetivo central foi propor diretrizes e propostas para a fundamentação do I

Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (I PNPM), que representou o primeiro conjunto de políticas públicas articuladas em um plano, estruturado em cinco eixos temáticos: i) autonomia e igualdade no mundo do trabalho; ii) educação inclusiva, não sexista, não racista, não homofóbica e não lesbofóbica; iii) saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos (“efetivar o cumprimento do PAISM, segundo os princípios do SUS” foi uma das propostas aprovadas); iv) enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres; e v) participação das mulheres nos espaços de poder e decisão.

Em 2007, realizou-se a II CNPM, com o tema “Desafios para a construção da igualdade na perspectiva da implementação do II PNPM e avaliação das ações e políticas propostas no I PNPM”. Em ambos os planos, o capítulo sobre saúde das mulheres expressava as ações e as estratégias estabelecidas pelo movimento feminista e tinha como articulação intersetorial a participação da Cismu/CNS no processo de definição das prioridades, além de representantes do Ministério da Saúde, que, em 2003, passou a ter novamente à frente da área técnica de saúde da mulher gestoras indicadas pelo movimento feminista. Conforme documento do II PNPM (2008), consta na introdução do capítulo da saúde, no relatório para avaliação:

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, construída a partir da proposição do SUS, respeitando as características da nova política de saúde, em estreita parceria com outros órgãos de governo, marcadamente, a SPM e a Seppir, e com a participação do movimento de mulheres, de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, entidades de classe, pesquisadores e estudiosos da área (BRASIL, 2008, p.75).

E mais adiante, afirma:

No período 2004-2007, o desenvolvimento das ações previstas no capítulo da Saúde do I Plano Nacional de Políticas para Mulheres aponta avanços no sentido de alcançar a integralidade, na promoção de mudanças de paradigmas e de institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2008, p. 77).

Foi criado o Comitê de Articulação e Monitoramento do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres da Secretaria Políticas para as Mulheres (SPM), com representantes dos ministérios (2005), posteriormente reorganizado, ampliando a composição de representantes de ministérios e incluindo a representação de organismos internacionais, representação interfederativa e representantes conselheiras do CNDM do segmento da sociedade civil (2008 e 2013).

Em 2011, o tema da III CNPM foi “Autonomia e igualdade para as mulheres”, e teve como objetivo central discutir e elaborar políticas públicas voltadas à construção da igualdade, tendo como perspectiva o fortalecimento da autonomia econômica, social, cultural e política das mulheres, contribuindo para a erradicação da extrema pobreza e para o exercício pleno da cidadania das mulheres. Definiu-se pela não elaboração de novo plano e, sim, de ações e estratégias, mantendo-se o Comitê de Monitoramento. Em 2016, a IV CNPM, com o tema “Mais direitos, participação e poder para as mulheres”, cujo objetivo central era discutir estratégias de fortalecimento das políticas para as mulheres e a democratização da participação das mulheres nas diversas esferas institucionais e federativas, acabou sendo atropelada pelo momento político conturbado, pois aconteceu entre 10 e 13 de maio de 2016, data em que ocorreu o afastamento da presidenta Dilma Rousseff, o que fez insurgir como lema, na abertura da IV CNPM, a frase “Não permitir retrocessos”.

Após as mudanças no governo federal, parte do movimento de mulheres se posicionou por sair do CNDM e outra parte, por se manter, compreendendo que o Conselho é um espaço de resistência e de controle social para lutar contra os retrocessos e pela manutenção de políticas públicas e as conquistas inscritas no campo institucional.

Em março de 2016, 30 anos depois da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (outubro de 1986), foi convocada a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ª CNSMu), pelo pleno do CNS, com o *slogan* “Saúde das mulheres: integralidade com equidade”. Foram realizadas conferências municipais ou macrorregionais, estaduais e do Distrito Federal, e conferências livres, que mobilizaram mais de 70 mil pessoas, notadamente mulheres. A etapa nacional aconteceu em Brasília, de 17 a 20 de agosto de 2017, e teve a participação de 1.778 pessoas, sendo 1.205 delegadas/os, que debateram 324 propostas nos quatro eixos temáticos: I – O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres; II – O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres; III – Vulnerabilidades e equidade na vida e na saúde das mulheres; IV – Políticas públicas para as mulheres e a participação social. O Relatório Final Consolidado da 2ª CNSMu (Resolução CNS 561, de 6/10/2017) consta de 285 deliberações e 24 moções aprovadas.

Desde o início, o processo de mobilização e organização da 2ª CNSMu buscou ampliar a participação social para além das integrantes da CISMU\CNS e da Comissão Nacional Organizadora, em todas as suas etapas – desde a definição da agenda política temática, passando pelo processo mobilizador das conferências nos municípios, estados e nacional até o monitoramento das deliberações aprovadas. Para tanto, realizou-se, nos dias 4 e 5 de novembro de 2016, o I Seminário Nacional de Saúde da Mulher – “Histórias e lutas inscritas

em nossos corpos e expressas em nossa saúde: nenhum direito a menos”, com a participação de 200 mulheres representantes de movimentos sociais de todo Brasil, com o objetivo de discutir os temas e as demandas sociais para a 2ª CNSMu. Posteriormente à etapa nacional, a CISMU\CNS realizou o II Seminário Nacional de Saúde das Mulheres – 2ª Conferência Nacional da Saúde das Mulheres – “Fortalecimento do controle social no SUS”, em 29 e 30 de novembro e 1 de dezembro de 2018, como um dos resultados e desdobramentos da 2ª CNSMu, com o objetivo de fomentar a formação das CISMU nos conselhos estaduais e municipais de saúde e elaboração da cartilha “Fortalecer a defesa do SUS com a participação e a força das mulheres”, que orienta como formar a CISMU nos conselhos estaduais e municipais de saúde.

Em 2021, entre 24 de setembro e 25 de novembro, considerando a importância do monitoramento e avaliação da implementação das deliberações da 2ª CNSMu, a CISMU\CNS realizou o III Seminário Nacional de Saúde das Mulheres – “Monitoramento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres e das Deliberações da 2ª CNSMu”. Face à pandemia de Covid-19, todas as etapas regionais (5) e nacionais (2) deste III Seminário foram realizadas em ambiente virtual, contando com a participação direta, nas salas virtuais, de 803 mulheres de todas as 27 unidades da federação e 4.193 visualizações nas etapas regionais e nacionais pelo Youtube, considerando acesso na data de 30 de novembro de 2021.

A 2ª CNSMu consagrou-se como um marco na saúde das mulheres brasileiras por dar visibilidade às diversidades e pluralidades das expressões do feminino: mulheres brancas, negras, quilombolas, de matriz africana, indígenas, ciganas, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais, mulheres com deficiência, mulheres vivendo com HIV e Aids, mulheres escarpeladas, mulheres privadas de liberdade, mulheres em situação de rua, mulheres ribeirinhas, pescadoras, marisqueiras, mulheres trabalhadoras, mulheres jovens, mulheres idosas, profissionais do sexo etc. Reafirmou-se a importância da participação social como processo de mobilização para garantia das conquistas; e, entre as resoluções aprovadas, constam: i) a realização de conferências municipais, estaduais e nacional de saúde das mulheres a cada quatro anos; ii) pela implantação de Comissões Intersetoriais de Saúde da Mulher nos conselhos estaduais e municipais de saúde; iii) a revisão da PNAISM.

Para melhor visualização da trajetória da política de saúde, sistematizou-se numa “Matriz da Trajetória da Política de Saúde”, identificando o “cenário político, os sujeitos políticos, os resultados e o período”, o que permitiu visualizar a linha do tempo, facilitando, posteriormente, a aplicação do modelo de análise da contribuição da participação da sociedade na produção das políticas.

Apresenta-se, portanto, de forma resumida e consolidada, no Quadro 7, trajetória da construção do PAISM e, no Quadro 8, a construção da PNAISM, traçando uma linha do tempo da participação:

Quadro 7 – Trajetória do PAISM – Cenário político, sujeitos políticos e resultados – 1983-2000

Cenário político	Sujeitos políticos	Resultados	Ano
Redemocratização do país Movimentos sociais de mulheres	Lideranças do movimento feminista e Lideranças do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na Saúde	Rompimento da concepção materno-infantil e elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher	1983
Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (Década de 80) Conselhos estaduais da condição feminina (MG e SP) (1983)	Lideranças feministas e da saúde	Publicação do Documento de Diretrizes e Princípios do PAISM – MS	1984
Criação do CNDM (1985) VIII Conferência Nacional de Saúde/ Conferência Nacional de Saúde e Direitos das Mulheres	Feministas no CNDM e na VIII Conferência Nacional de Saúde e 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos das Mulheres Profissionais e gestoras de saúde no MS	Implantação do PAISM nos estados e municípios Relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos das Mulheres	1983/1986
Constituinte – Carta Magna 1988 Leis nº 8.080 e nº 8.142/1990 do SUS	Movimento feminista Encontro de Itapeverica Representantes sociais do CNDM	Carta das Mulheres aos Constituintes.	1988/1990
Conferências Internacionais de Cairo – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (1994); e Políticas para Mulheres (Beijing – 1995)	Rede Feminista de Saúde e Direitos Sexuais CISMU/CNS (1993) Conselhos estaduais de saúde. Fórum de Conselhos Estaduais da Mulher. Lideranças sociais das IX, X e XI Conferências Nacionais de Saúde.	Cartilhas sobre Controle Social no SUS (Rede Feminista) Criação da CISMU/CNS (1993) Assinatura de Tratados Internacionais sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos pelo Brasil Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (1992,1996,2000).	1993/2000

Fonte: Ministério da Saúde e Documentos Movimento Feminista.

Quadro 8 – Trajetória da PNAISM – Cenário político, sujeitos políticos e resultados – 2000-2021

Cenário político	Sujeitos políticos	Resultados	Ano
Sistema Único de Saúde – SUS em implementação e PAISM	CISMU/CNS	PAISM	2000
Governo Lula – ampliação da participação social no Estado brasileiro (2003)	CNDM Lideranças sociais da 12ª Conferência Nacional de Saúde	GT/MS para elaboração da PNAISM	2003
Criação da SPM (2003)			
Fortalecimento do CNDM	Lideranças feministas da 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres	Documento de Princípios e Diretrizes da PNAISM I Plano de Políticas para as Mulheres	2004
Fortalecimento da CISMU/CNS (2006)	CISMU\CNS e CNDM Lideranças sociais da 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007)	Implantação de Programas e Ações de Políticas para as mulheres II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – PNPM	2006-2010
Eleição Presidência CNS (2006)	Participantes da II Conferências de Políticas Públicas para Mulheres (2007)	Relatórios de Conferências de Saúde e de Políticas para as Mulheres	
Criação do Comitê de Articulação e Monitoramento do I PNPM			
Eleição 1ª Presidenta do Brasil (2011)	CISMU\CNS	Implantação de Programas e Ações de Políticas para as mulheres nos estados e municípios	2011-2016
Eleição 1ª Presidenta do Conselho Nacional de Saúde (2012)	CNDM Lideranças sociais 14ª e 15ª Conferência Nacional de Saúde (2011 e 2015)		
Ampliação da participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher no SUS	Participantes das III e IV Conferências de Políticas Públicas para Mulheres (2011 e 2016)	II e III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	
Impeachment da Presidenta Dilma Rousseff (2016)	Comitê de Articulação e Monitoramento do PNPM		
Desmonte de Conselhos e Comitês Nacionais de Participação Social (2019)	CISMU\CNS Lideranças sociais do CNDM	Relatório da 2ª CNSMu	2017-2021
Extinção da SPM e reestruturação ministerial (2019)	Participantes da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (CNSMu) (2017): I, II e II Seminários (2016, 2017 e 2021)	Relatório da 16ª CNS	
Pandemia Covid-19 (2020)	Lideranças sociais da 16ª Conferência Nacional de Saúde (2019)		

Fonte: Ministério da Saúde e Documentos Movimento Feminista.

No período de 1983 a 2000, destacou-se no processo uma participação social direta do movimento feminista com o Estado e sua inserção na gestão para a construção do PAISM,

fortalecida pelo período de democratização e mobilização social no país, em especial no período Constituinte. A participação em instância do controle social institucionalizado tem força maior pelo CNDM e Conferências Nacionais de Saúde.

No processo de articulação para a elaboração da PNAISM, que teve seu marco institucional a partir de 2004, a ampliação e o fortalecimento dos espaços de participação institucionalizada (CNDM e CNS) e a articulação gestora intersetorial (SPM e Ministério da Saúde) foram fundamentais para a priorização da saúde da mulher na agenda governamental. Constatou-se, ainda, uma forte participação feminista nas conferências de políticas para as mulheres, articulada com protagonismo da CISMU/CNS e Conferências Nacionais de Saúde. Em entrevista à Revista do CNS, o ministro da Secretaria Geral da Presidência da República, Gilberto Carvalho, fez um balanço do período de 2003 a 2011, destacando que:

A grande transformação provocada pelas conferências e conselhos é o reconhecimento de que a participação em fóruns e espaços públicos é um processo de construção democrática. [...] Cada conferência é única: reflete de maneira representativa as posições e demandas da sociedade em um certo momento, [...] uma certa conjuntura histórica (BRASIL, 2011, p. 4).

Ao longo desse período – do PAISM à PNAISM e da RSB ao SUS –, o movimento feminista teve uma trajetória de participação social que vai das ruas às conferências internacionais, à gestão, ao controle social institucionalizado (conselhos de saúde e de direitos das mulheres) até as conferências de saúde e de políticas para as mulheres, buscando ampliar direitos e implantar políticas públicas voltadas para as mulheres.

Essa trajetória da participação social dos movimentos de mulheres na luta pela saúde das mulheres demonstra um processo com forte protagonismo da mobilização social autônoma e da participação institucionalizada por dentro do Estado.

Esse protagonismo do movimento feminista na saúde das mulheres, suas conquistas e suas contradições no âmbito da institucionalidade do Estado, tanto na gestão quanto nos conselhos de direitos e conselhos de saúde, ganha maior expressão nos momentos de enfrentamento com o Estado, tanto no período do final dos anos 1980 quanto no momento mais recente, com a retomada de manifestações de rua e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2017), apesar das adversidades para a mobilização social e dos retrocessos políticos no país, entre os quais o desmonte do SUS e a retirada de direitos dos(as) trabalhadores(as) e o contexto da pandemia de Covid-19.

Entretanto, vale destacar que a participação social nos espaços institucionalizados, como os conselhos de direitos das mulheres e conselhos de saúde, mostraram-se como *locus* importante para o monitoramento da implementação da política, bem como desempenham

papel preponderante e decisivo no ciclo da política – na agenda/formulação, na implementação e no monitoramento e avaliação.

A trajetória da PNAISM se mistura e se fortalece também com o processo de construção do SUS, de consolidação da saúde como direito de todos e dever do Estado e coma caminhada do Movimento Sanitário Brasileiro, desde a Reforma Sanitária Brasileira até o SUS, e com a institucionalização da participação após a Constituição Federal de 1988.

A agenda do movimento feminista apresentada ao longo desse período de construção e implementação da PNAISM (2004) desde o PAISM (1983), expressou-se também como exemplo pioneiro de inscrição de marco teórico referencial, trazido pela sociedade civil ao Estado, como a integralidade da atenção à saúde, o conceito de gênero e o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos.

5.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM – PNAISH

Os primeiros estudos sobre a saúde dos homens surgiram no final dos anos 70, nos Estados Unidos (Schraiber *et al.*, 2005, e Gomes, 2011). Nos anos 90, cresceu o interesse e o debate sobre saúde dos homens, em especial, a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Plataforma de Cairo, 1994, que incluiu sobre a participação do homem, em seu Relatório, no Capítulo 4 – Igualdade dos Sexos, Equidade e Empoderamento da Mulher, contribuindo, assim, para que a discussão sobre a saúde dos homens começasse a abordar as responsabilidades masculinas na saúde sexual e saúde reprodutiva, no cuidado com os filhos numa perspectiva relacional de gênero:

Responsabilidades e participação do homem: É imprescindível a melhoria da comunicação entre homens e mulheres sobre questões de sexualidade e de saúde reprodutiva e da compreensão de suas responsabilidades conjuntas, de modo que homens e mulheres sejam parceiros iguais na vida pública e privada.

Objetivo.4.27 Esforços especiais devem ser envidados para enfatizar a responsabilidade partilhada do homem e promover seu ativo envolvimento na paternidade responsável, no comportamento sexual e reprodutivo, inclusive o planejamento familiar; em cuidados pré-natais, maternos e infantis; na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV; na prevenção de gravidezes não desejadas e de alto risco; na contribuição partilhada para a renda familiar e seu controle; na educação, saúde e alimentação dos filhos e no reconhecimento e promoção de igual valor de filhos de ambos os sexos. As responsabilidades masculinas na vida de família devem ser incluídas na educação dos filhos desde a infância. Ênfase especial deve ser posta na prevenção da violência com mulheres e crianças. (RELATÓRIO PLATAFORMA DE CAIRO, 1994, p. 53-54).

Em 2000 e 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou duas publicações específicas sobre a saúde masculina, destacando os diferentes agravos sobre a saúde masculina considerando uma abordagem relacional de gênero (Gomes e Nascimento, 2006). Nesse mesmo período, a criação de uma sociedade internacional (International Society for Men's Health and Gender) e de um periódico específico, o *Journal of Men's Health and Gender* (2004), demonstravam também o crescimento do interesse sobre a temática de saúde masculina no cenário internacional.

No Brasil, em 1998, a publicação do livro “Homens e Masculinidades: outras palavras” colocou em pauta o debate sobre as masculinidades a partir de uma perspectiva de gênero, incluindo os homens como sujeitos nas pesquisas e estudos e, para além das estatísticas epidemiológicas de adoecimento numa visão apenas biológica dos corpos, apontando que era necessária uma abordagem da construção social das masculinidades, em sua diversidade e de forma relacional ao feminino, como destaca Couto (1998):

Esta que se constitui na primeira coletânea brasileira sobre homens e masculinidades, com enfoque especial no campo da sexualidade e reprodução, integra artigos de diferentes autores, sobre diferentes temas, mas com base numa mesma perspectiva: o caráter construtivista e relacional das identidades sexuais e das relações assimétricas entre os gêneros. (COUTO, 1998, p. 2)

Os textos abordam temáticas relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva, prevenção das IST e HIV/Aids, paternidade, violência e sua relação com a construção social das masculinidades e as desigualdades entre os gêneros, apontando, ainda, a necessidade de que os homens sejam sujeitos de suas pesquisas e das ações e políticas sobre seus corpos e sua saúde.

Ao resgatar-se o processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem, Carrara e colaboradores (2009) destacam o papel da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) que, desde 2004, desenvolvia ações sobre saúde do homem e mobilizava-se junto a setores do governo, parlamentares e outras sociedades médicas em prol de uma política de saúde específica para os homens. Para esses autores, o interesse da SBU era, sobretudo, a perspectiva da inserção dos médicos urologistas no Sistema Único de Saúde (SUS) e o aumento dos procedimentos e atendimentos urológicos oferecidos no sistema de saúde.

A SBU, a partir de 2004, desenvolveu diferentes atividades com foco na saúde do homem, entre as quais a criação do Dia Nacional de Combate ao Câncer de Próstata (17/11) e o “Projeto Saúde do Homem”, em parceria com o Ministério da Saúde. Participou ativamente do II e III Fórum de Políticas Públicas em Saúde do Homem (2005 e 2006), realizados pela

Comissão de Seguridade e Família da Câmara dos Deputados, quando debateram com representantes do governo as ações necessárias para melhoria do SUS no atendimento aos homens, e a proposição de uma política de saúde específica para a população masculina. Nesse mesmo período, realizou a “Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Próstata” em mais de 20 estádios de futebol, durante o Campeonato Brasileiro (1ª e 2ª divisão), e a “Campanha Nacional de Esclarecimento sobre Incontinência Urinária”, promovendo ações em shoppings de todas as capitais. Realizou, ainda, o “Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil” (<https://portaldaurologia.org.br>).

Essas ações “credenciaram” a SBU junto ao Ministério da Saúde no protagonismo para a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Como destacam Carrara e colaboradores (2009), “é o tipo de pressão que vem dos especialistas”, e não do movimento social ou de seus representantes, como ocorreu com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Ressalte-se que não existe, no Brasil, um movimento social organizado pelos homens. Eles participam de diversos movimentos sociais, em especial do movimento sindical, mas na condição e sob a perspectiva de trabalhadores, e não da condição de “ser homem” ou da discussão da(s) masculinidade(s). Existem organizações não governamentais que debatem temáticas de saúde do homem (paternidade, saúde sexual, saúde reprodutiva, violência de gênero e masculinidades).

Em 2005, é publicado um número específico da Revista Ciência & Saúde Coletiva sobre a saúde masculina, com artigos que abordam, sob diferentes ângulos, a saúde dos homens, desde a perspectiva de gênero, dados epidemiológicos e a importância desse debate sob a perspectiva da saúde coletiva e da saúde pública.

Em 2006, o então Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, José Gomes Temporão, em parceria com a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), contratou consultoria com experiência em grupos de homens, que teve como missão “mapear as diversas instituições do país, públicas ou privadas, que desenvolviam ações de saúde dirigidas à população masculina; ... e realizar um levantamento da produção bibliográfica em saúde da população masculina” (Hemini *et al*, 2020, p.12). Essa consultoria foi um primeiro movimento institucional na discussão da política e a semente para a criação da área técnica de saúde do homem, que ainda não existia na estrutura organizacional do Ministério da Saúde.

Em 2007, José Gomes Temporão foi nomeado ministro da Saúde e, em seu discurso de posse, em 19 de março, entre as 22 propostas para sua gestão, apresentou “Instituir a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem”, assumindo, assim, o desafio de formular e implementar uma política específica para a saúde masculina. Nesse mesmo ano, foi criada a Área Técnica da Saúde do Homem no Departamento de Ações e Políticas Estratégicas

(ATSH/DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), e nomeado médico ginecologista, reconhecido como um dos fundadores da moderna sexologia brasileira, que convidou para compor a equipe médico especialista em Saúde Pública e manteve a consultoria anterior (psicólogo). Esse perfil da composição da equipe da ATSH acenava com a ampliação do debate sobre a política da saúde masculina a partir da saúde coletiva e da saúde pública, e não apenas com foco nas especialidades médicas (Hemini *et al*, 2020).

Em novembro de 2007, realizou-se a 13ª Conferência Nacional de Saúde e, entre suas deliberações, destaca-se “criar o programa saúde do homem nas três esferas de governo de forma articulada com outras políticas, com financiamento tripartite, para a realização de exames preventivos, incluindo aqueles para detecção de câncer de próstata”. (BRASIL, RELATÓRIO FINAL DA 13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2009, p. 107).

Em 2008, diversas atividades foram realizadas buscando ampliar o debate sobre a formulação da política. Foram organizados seminários com especialistas, reuniões com representantes de entidades, articulação com CONASS e CONASEMS, parceria com organismos internacionais, ampliando a escuta sobre a saúde dos homens e inserindo novos atores no debate.

A SBU, com sua agenda de pressão e articulação, protagonizou reuniões com a Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Associação Brasileira de Psiquiatria para discutir os principais problemas a serem incorporados à política com objetivo de promover a atenção à saúde dos homens no SUS, inserir os urologistas nas equipes da atenção primária, ampliar os atendimentos e procedimentos e capacitar os profissionais de saúde para o atendimento dos homens. O foco da abordagem se dava na saúde sexual (disfunção erétil, câncer de próstata, câncer de pênis), nos agravos cardiovasculares e no uso abusivo de álcool e outras drogas, numa abordagem que trazia os dados epidemiológicos dessas situações de adoecimento como relevantes para assistência à saúde masculina, reforçando uma visão do corpo biológico e da masculinidade “viril”. A inclusão de outros atores sociais que traziam uma abordagem relacional de gênero e o reconhecimento dos determinantes sociais no processo saúde-doença dos homens contribuiu para um olhar de integralidade da saúde masculina. Esses atores sociais também apresentavam os marcadores epidemiológicos, destacando que as violências e acidentes despontavam como as principais causas de mortalidade e morbidade masculina. Portanto, a política deveria incluir uma perspectiva de integralidade e universalidade – princípios do SUS – e apresentar ações de promoção e prevenção da saúde, definindo estratégias e ações que incidissem sobre as causas, e não apenas sobre as consequências dos processos saúde-doença – agravos e adoecimentos –, focando apenas em ações de assistência e recuperação da saúde. Entre esses atores sociais, destacavam-se o Instituto Papai (ONG),

com expertise nas temáticas de paternidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos; Promundo (ONG), com atuação junto à temática de violências de gênero e masculinidades (homens autores e vítimas de violências); e ABGLT (Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transexuais), que trazia o debate sobre as diversas masculinidades e a prevenção das IST/HIV/Aids. A contribuição do CONASS e CONASEMS teve como ponto importante a inserção da atenção à saúde dos homens na atenção primária, a necessidade da articulação interfederativa, os desafios para a organização dos serviços e formação dos profissionais de saúde para o atendimento aos homens no SUS numa perspectiva da integralidade e universalidade do cuidado, considerando as realidades locais e regionais nos respectivos territórios. Para tanto, a inserção da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) foi fundamental para aproximação do debate da política com a atenção básica e para refletir sobre a importância de ações de promoção e prevenção à saúde masculina.

Entre abril e junho de 2008, conforme consta no Documento de Princípios e Diretrizes da PNAISH (BRASIL, 2009), foram realizados cinco seminários com sociedades médicas (Urologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Pneumologia, Saúde da Família), profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do CONASS e CONASEMS e de entidades civis organizadas para discutir os principais problemas de saúde que acometem os homens. O resultado desse processo de debate produziu o documento da política que foi submetido à consulta pública, pelo prazo de 20 dias, na perspectiva de ouvir amplamente a sociedade em geral. As contribuições recebidas foram consolidadas pela área técnica, cabendo à gestão sua inclusão ou exclusão no texto.

Hemini *et al* afirmam que:

A escuta de especialistas tinha um duplo objetivo: reconhecer como as diferentes especialidades entendiam o perfil de morbimortalidade dos homens e identificar o que julgavam ser as dificuldades dos homens para frequentar os serviços de saúde e realizar ações de prevenção. Desse modo, a estratégia de promover a participação tinha como foco central absorver o conhecimento dos especialistas para definir um projeto de ação política. (HEMINI *ET AL.*, 2020, p. 16).

Em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e, em seguida, instituída pela Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, inscrita no Anexo XII da Portaria de Consolidação nº 2/2017. Todo o processo de debate e participação foi destacado na apresentação do Documento de Princípios

e Diretrizes da PNAISH (BRASIL, 2009), assinado pelo então ministro José Gomes Temporão:

Elaborada por meio de um minucioso processo de análises e discussões com o CONASS, o CONASEMS, a universidade, as organizações profissionais como as de cardiologia, urologia, gastroenterologia, psiquiatria, pneumologia, medicina da saúde da família e comunidade, as entidades da sociedade civil organizada para questões de gênero e para outros grupos populacionais, após ser submetida à consulta pública, a Política foi consagrada pelo Conselho Nacional de Saúde em decisão unânime e pela Comissão Intergestores Tripartite, que a aprovou no mérito. Conforme já citado, o foco da área de atenção à saúde masculina é o grupo de 20 a 59 anos, o que permite uma ampla área de contato, especialmente com as faixas etárias limítrofes (adolescentes, idosos) e com a população feminina. Ênfase predominante está reservada para o trabalho de prevenção, promoção e proteção básica à saúde, com fundamento no conceito mestre de que cada homem pode manter-se saudável em qualquer idade. (BRASIL, 2009, p. 11).

O documento (2009) destaca, ainda, a importância da troca de conhecimento e experiência com técnicos e gestores de outras áreas do Departamento (DAPES) que também estavam discutindo a elaboração de outras políticas no mesmo período (saúde do adolescente e jovem e saúde do idoso), contribuindo, assim, para um desenho institucional que buscava articular as políticas setoriais com a PNAISH.

Em que pese a riqueza do debate e participação, diferente da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM – BRASIL, 2004), que contou com o protagonismo do movimento feminista e de movimentos sociais de mulheres, representando uma demanda social das mulheres, a PNAISH não nasce da “demanda social” dos homens, mas, sim, de especialistas e estudiosos da temática, que colocam na agenda governamental a necessidade e a importância dessa política pública, ainda que com opiniões diferentes e até conflituosas. O próprio documento da política destacou a importância e necessidade de se mobilizar os homens para o reconhecimento e para a implementação da política. Como afirma Couto e Gomes (2012):

No Brasil, a instituição da política de saúde do homem ocorreu em 2009, e ao contrário das políticas de saúde da mulher (PAISM e PNAISM), que são resultado de um protagonismo histórico das mulheres feministas e dos grupos gay e lésbico, se processou a partir de uma decisão política a nível governamental. (COUTO E GOMES, 2012, p. 2576).

Essa afirmação vem ao encontro da entrevista dada pelo ex-ministro José Gomes Temporão, em 2016, para *Interface, comunicação, saúde e educação*, em que ele responde a indagação sobre a decisão da política em sua gestão quando afirma que:

Primeiro, era um tema que sempre me interessou. Eu conversava com várias pessoas, como o professor Paulo Buss da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e, em minhas próprias reflexões, sempre me pareceu que era uma questão relevante e que não encontrava um espaço institucional no sentido de você ter uma política formatada com clareza. Mas na minha experiência de gestor e dirigente nos níveis municipal, estadual e federal, de uma certa forma, essa questão sempre aparecia e eupensava: que bom, mas onde é que eu vou colocar isso? Quer dizer, não tenho espaço, não tenho locus institucional, não tenho política. E, quando eu estava preparando e sistematizando os temas que eu levaria para o Governo Federal e que estão no meu discurso de posse, essa foi uma questão que eu já havia decidido enfrentar. (<https://doi.org/10.1590/Interface.180628>).

Uma outra abordagem sobre esse processo na formulação da PNAISH, que traz um outro olhar sobre participação, é destacado por Hemini *et al.* (2020):

Por fim, discutiremos a forma de participação na construção da PNAISH a partir das tipologias de participação, conforme proposto por Dean (2016). Esse autor afirma que participação pode envolver dimensões de sociabilidade e negociação. A dimensão sociabilidade leva em consideração que pode haver um conflito ou cooperação no espaço em que acontecem as práticas participativas. ... A dimensão de negociação compreende a participação como prescrita ou negociada. No caso do espaço participativo prescrita, quem participa e sobre o que participa é algo definido em um espaço externo e imposto aos participantes. Segundo Dean (2016), tanto sociabilidade quanto negociação são dimensões importantes para pensarmos participação nas decisões políticas e essas aparecem, de alguma forma, nas teorias sobre democracia e administração pública, influenciando os rumos da participação em diferentes espaços em que ela acontece. (HEMINI *ET AL.*, 2020, p. 5).

Em que pese a ampliação do debate e dos atores sociais, o foco da política acabou privilegiando uma visão centrada no aparelho geniturinário e nas doenças, o que leva a “questionar” o “consenso” construído, que pode ser interpretado como a mediação/negociação possível na conjuntura da época, em que a participação dos especialistas teve um peso maior em todo o processo de construção da política, e considerando que não existe um “movimento social dos homens” mobilizado e, sim, atores sociais da academia e de ONGs que contribuíram com sua expertise e seu ativismo para inserir a temática de gênero e masculinidades numa abordagem de saúde coletiva, de integralidade da atenção e do cuidado à saúde. Ou, em outras palavras, considerando a “dimensão de negociação” e da

“sociabilidade” da participação negociada ou prescrita na formulação da política, o processo de construção da PNAISH se deu com uma mediação entre as “sociedades médicas” e a “saúde coletiva” conduzido pela área técnica e que se consolidou no documento de princípios e diretrizes da PNAISH (BRASIL, 2009).

Essas divergências de abordagem não tiveram um espaço coletivo para trocas e debates das ideias, os seminários desenvolvidos foram definidos e aconteceram com a participação de representantes de suas especialidades (urologia, cardiologia, gastroenterologiaetc.), apenas o seminário de saúde mental contou com a participação de outros atores sociais, além dos especialistas (psiquiatria e psicologia), como as ONGs (Instituto Papai, Promundo, ABGLT) e a SBMFC. Segundo Hemini *et al* (2020):

O próprio arranjo de participação proposto pelos gestores não permitiu que os agentes sociais tivessem uma interlocução e conhecimento de quem estava ali participando da construção da política. O que se chamou de consenso na construção dessa política parece ter sido a mediação e conciliação de propostas feitas, posteriormente aos seminários, pelos gestores da ATSH. Coube aos gestores a mediação do conflito e a escolha por uma direcionalidade. (HEMINI *ET AL.*, 2020, p. 22).

O Plano de Ação Nacional da PNAISH (2009-2011) marcou o início da implantação da política, orientando a formulação de Planos de Ação Estaduais e Municipais, e definindo as ações prioritárias a serem desenvolvidas. Foram 26 “projetos-pilotos” que previram ações de formação de gestores e profissionais de saúde para a organização dos serviços de saúde para o acolhimento e atendimentos dos homens no SUS.

Os eixos orientadores do Plano Nacional: Eixo I: Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Eixo II: Promoção da saúde; Eixo III: Informação e comunicação; Eixo IV: Participação, relações institucionais e controle social; Eixo V: Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem; Eixo VI: Qualificação de profissionais da saúde; Eixo VII: Insumos, equipamentos e recursos humanos; Eixo VIII: Sistemas de informação; Eixo IX: Avaliação do projeto-piloto. Todos os eixos previam ações articuladas com as secretarias (SAS, SVS, SGEP, SCTIE, SGTES) do Ministério da Saúde e foram pactuados com CONASS e CONASEMS.

Foram publicadas portarias orientadoras e definidoras dos repasses financeiros e das ações a serem desenvolvidas no Plano Nacional (Portaria nº 1.945, de 27 de agosto de 2009: Altera, atualiza, e recompõe a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS; Portaria nº 1.946, de 27 de agosto de 2009: Estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados e

Municípios; Portaria nº 3.209 de 18 de dezembro de 2009: Apoiar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro; Portaria nº 1.008, de 4 de maio de 2010: Expansão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de incentivo financeiro; Portaria nº 2.708, de 17 de novembro de 2011: Apoiar a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse financeiro único).

No período de 2010 a 2012, foi realizada pesquisa intitulada “Avaliação das Ações Iniciais da Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”, em parceria com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), cujo relatório final foi publicado e entregue à área técnica de saúde do homem (Relatório Final – Saúde do Homem, Rio de Janeiro: IFF, 2012). Foram analisados os 26 Planos de Ação (2009-2010) que se constituíram em projetos-piloto e, a partir de critérios estabelecidos pelos pesquisadores, foram selecionadas cinco localidades, uma em cada região do país, para a realização da coleta de dados primários: Goiânia (GO), Petrolina (PE), Rio Branco (AC), Rio de Janeiro (RJ) e Joinville (SC). Conforme Leal *et al*, destacam-se os seguintes achados:

O não reconhecimento da diversidade de homens – em termos de faixa etária, ciclo de vida, raça/etnia, condição socioeconômica, religião, práticas sexuais – implica o não reconhecimento de que grupos diferentes de homens têm acesso (e controle) também diferenciado a recursos e exercem diferentes relações de poder. ... Os gestores não mapearam a realidade onde a política seria implementada, tampouco se acionou o mapeamento territorial das equipes de ESF, implicando no desconhecimento de serviços, entidades e organizações, públicas ou da sociedade civil, que poderiam atuar em parceria com o setor saúde. ... Não se produzem dados

... que tornem objetiva a diferença entre homens e mulheres quanto ao acesso e ao uso destes serviços de saúde; mais do que isso, as disparidades acabam sendo interpretadas em termos de diferenças genéricas de ordem cultural entre homens e mulheres, que se centra na ideia de que os homens resistem a buscar cuidados, especialmente de prevenção, numa versão simplista e simplificada das relações de gênero. (LEAL ET AL., 2012, p. 9).

Os achados do estudo destacaram a importância da abordagem de gênero sob a perspectiva das masculinidades, identificando a construção social e cultural de como os homens foram educados, desde a infância até a vida adulta, reforçando hábitos, valores e crenças baseados no poder, no risco, como expressões de masculinidade, fatores esses que representavam uma barreira cultural importante para a prevenção e a promoção da saúde. Entretanto, esse aspecto cultural que distancia os homens dos serviços de saúde não poderia, por si só, explicar a ausência dos homens nos serviços de saúde, inclusive do ponto de vista de uma abordagem relacional de gênero na sociedade. Fazia-se necessário analisar como esses

fatores se expressavam no cotidiano do cuidado da sua saúde também sob a perspectiva da organização da rede de atenção à saúde (ambiência para acolher os homens) e da formação dos profissionais de saúde para o atendimento.

Em 2010, realizou-se o “Seminário Internacional – Saúde do Homem nas Américas”, nos dias 13 e 14 de setembro, no Palácio do Itamaraty, em Brasília, que contou com a participação de representantes dos países Brasil, Bolívia, Canadá, Costa Rica, Chile, Equador, Guatemala, México, Paraguai, Peru e Uruguai. Esse seminário teve como objetivo “compartilhar as experiências de promoção à saúde masculina analisando estratégias e ações desenvolvidas nos países. Nesses dois dias, foram apresentadas as ações desenvolvidas para saúde dos homens em cada país. O Brasil destacou-se apresentando o processo de formulação da PNAISH (BRASIL, 2009) e os desafios para implementação do Plano Nacional (2009-2011). Ressaltou a importância dos parceiros envolvidos em todo o processo, garantindo sua participação ativa no evento, que contou, além dos representantes do Ministério das Relações Exteriores e do Ministério da Saúde (diretor do DAPES, coordenador e equipe da área técnica de saúde do homem), com representantes de secretarias estaduais e municipais de saúde, Instituto Papai, OPAS Brasil, UNAIDS Brasil, UNDCP Brasil, SBU, Sociedade de Cardiologia, Sociedade de Pneumonia e Tisio, Sociedade de Gastroenterologia, Associação Brasileira de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Conass e Conselho Nacional de Saúde.

Em 2011, a publicação da coletânea “Saúde do Homem em Debate” pela Editora Fiocruz demonstrava a expansão do debate sobre saúde masculina na saúde coletiva, como destacado na apresentação:

Procura-se situar o debate no âmbito das questões culturais que potencializam ou limitam os cuidados em saúde a serem assumidos por homens. Para isso, utiliza-se a perspectiva relacional de gênero, ancorada principalmente em uma base socioantropológica, procurando trazer contribuições para as ações de prevenção e promoção da saúde de homens, que integram o campo saúde coletiva. (GOMES, 2011, p.14).

Em 2012, desenvolveu-se o “Projeto de Fortalecimento e Disseminação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”, em parceria com IFF/Fiocruz e Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS), que teve como objetivo geral avaliar o impacto da intervenção das equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na implementação das ações de atenção à saúde do homem no SUS. Foram publicados dois relatórios pelo IFF/Fiocruz, em 2013: (i) Perfil da Situação do Homem no

Brasil – diagnóstico nacional; (ii) Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) – compromisso *versus* ação na atenção básica. O projeto desenvolveu, também, capacitação de gestores e profissionais de saúde do SUS nas 27 unidades federativas e produziu duas publicações: Caderno de Atenção Básica sobre Saúde do Homem (não publicado) e o número Homens, Saúde e Políticas Públicas, da Revista Ciência & Saúde Coletiva (vol. 17, n. 10, outubro de 2012).

A PNAISH, para desenvolver suas ações e estratégias de cuidados à saúde dos homens, consolidou cinco eixos prioritários que orientaram sua implementação em âmbito nacional, nos estados e municípios: (i) acesso e acolhimento do público masculino nos serviços de saúde; (ii) saúde sexual e reprodutiva; (iii) paternidade e cuidado; (iv) prevenção de violências e acidentes; e (v) doenças prevalentes na população masculina. Os eixos de (ii) saúde sexual e reprodutiva e (iii) paternidade e cuidado tiveram maior adesão e ações desenvolvidas, como a inserção do Programa Pré-natal do Pai Parceiro na Agenda da Gestante e nos procedimentos do pré-natal, e articulação com a Ouvidoria do SUS para o monitoramento das ações desenvolvidas no eixo de “paternidade e cuidado”, gerando relatórios (nacional e estaduais).

Autores como Andrade e Monteiro (2012) destacaram que a confluência de alguns fatores foi determinante para a implantação da PNAISH no Brasil: (i) o perfil de morbimortalidade masculina; (ii) o paradigma sobre saúde; (iii) o SUS; (iv) o capitalismo globalizado; e (v) a concepção masculina sobre saúde. Em seu artigo, a análise desenvolvida pelos autores argumenta que a confluência desses fatores foi determinante para a decisão e definição da política. Os dados epidemiológicos apontavam a necessidade de desenvolver ações de saúde para uma população economicamente ativa e que estava adoecendo ou tendo sequelas que atingiam sua saúde e seu desempenho funcional/profissional no período “mais produtivo” da vida – 20 a 59 anos –, e ainda oneravam o sistema de saúde por chegarem ao mesmo tardiamente com doenças instaladas em situação de gravidade. Como afirmaram no artigo:

Assim, ao se descortinar as intenções capitalistas na formulação de políticas, vê-se claramente a importância da PNAISH neste contexto por alguns pontos: 1) cuida de uma parcela que representa metade da força de trabalho do País; 2) tem o objetivo de reduzir o número de óbitos masculinos na faixa etária de maior produtividade no mercado de trabalho, que é de 20 a 59 anos; 3) objetiva reduzir gastos no setor saúde, na medida em que se sabe que os homens procuram os serviços de saúde quando já se encontram com a doença já instalada, necessitando de serviços mais complexos e mais caros; 4) incita o cuidado e, com isso, o consumo de produtos da indústria da saúde e do bem-estar. (ANDRADE e MONTEIRO, 2012, p. 80).

As iniciativas de avaliação da implementação da PNAISH partiram da gestão e foram desenvolvidas com parceiros por meio de projetos financiados (IFF/Fiocruz – 2010/2012) com o objetivo de avaliar o processo de implantação da política nos estados e municípios, identificando os desafios e barreiras encontrados para possíveis ajustes na condução da política.

Os resultados apresentados nos relatórios desses estudos apontaram a necessidade de fortalecer a organização dos serviços de saúde, capacitar os profissionais e gestores para uma melhor abordagem do cuidado considerando a integralidade da atenção, a necessidade de ações intersetoriais para promoção e prevenção da saúde e a articulação com organizações da sociedade civil para mobilização dos homens em sua diversidade e pluralidade, em seus ambientes de convivência e de trabalho.

Nesse sentido, uma das prioridades definidas para o período seguinte (2013-2016) foi promover a articulação com outras áreas do Ministério da Saúde buscando desenvolver ações conjuntas integradas, em especial com Departamento de Saúde do Trabalhador(a) e Departamento de IST/HIV/Aids da Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Atenção Básica (ESF e Sistema Prisional) e Departamento de Alta Complexidade e Hospitalar da Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Com a SGEP, o objetivo visava ampliar e fortalecer a articulação com o controle social do SUS (conselhos de saúde) e intrasetorial com as políticas de promoção da equidade (saúde LGBT, saúde da população negra, saúde das populações do campo, floresta e águas e saúde da população em situação de rua).

Essas articulações e estudos também contribuíram para colocar em debate a necessidade de revisão da PNAISH, apontando a necessidade de ampliar o escopo da política na perspectiva da integralidade da atenção à saúde masculina e a inclusão da participação social na implementação e monitoramento da política.

Entre 2013 e 2016, foram realizados Termos de Cooperação com a OPAS e UNA-SUS (UFSC) para produção de materiais educativos e cursos em EAD para profissionais de saúde da atenção primária sobre a PNAISH. Foi realizado o “I Simpósio de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina” (2016), em parceria com OPAS, CONASS e CNS.

Em 2017, foi publicada a Portaria nº 1.474, de 8 de setembro, que inclui na tabela de procedimentos, medicamentos, próteses e órteses a consulta de pré-natal do parceiro (teste rápido para HIV e para sífilis), e estabelecido Termo de Cooperação para o Projeto de Avaliação da Implementação da PNAISH, em parceria com UFPE (2017-2020).

Em 2018, foi realizado o “II Simpósio de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina”, em parceria com SESC, SENAR, Promundo, Instituto Lado a Lado, Instituto Papai, SBU e OPAS.

Em 2020, foram repassados recursos financeiros para o desenvolvimento de ações para prevenção do câncer de pênis e próstata no âmbito da atenção primária à saúde. Também foi lançado o “Cartão do Caminhoneiro”, em parceria com o SEST/SENAT, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde dessa população masculina. Abaixo, apresenta-se, de forma consolidada, no Quadro 9, a trajetória da elaboração, implementação e monitoramento da PNAISH, no período de 2004 a 2018.

Quadro 9 – Trajetória da PNAISH – Cenário político, sujeitos políticos e resultados – 2004-2018

Cenário político	Sujeitos políticos	Resultados	Ano
Posse Governo Lula (2003) Reestruturação do Ministério da Saúde (2003)	SBU Comissão de Seguridade Social e Saúde da Câmara dos Deputados	Relatórios dos I e II Fóruns sobre Políticas Públicas e Saúde do Homem	2004
I e II Fóruns sobre políticas públicas e saúde do homem (2004 e 2005)			
Campanhas de Prevenção do Câncer de Próstata (2004-2007)	SBU	Projeto Saúde do Homem – parceria SBU e Ministério da Saúde	2004 a 2007
Ampliação do debate sobre saúde do homem na saúde pública	IFF/Fiocruz e Abrasco	Lançamento número temático sobre saúde do homem – Revista de Ciência & Saúde Coletiva	2005
Compromisso do Ministro da Saúde para implantar a Política Nacional de Saúde do Homem	Ministério da Saúde	Criação área técnica de saúde do homem na Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (2007)	2007
Ampliação do debate sobre saúde do homem com entidades médicas e de ONG e CNS	Participantes dos seminários específicos de especialidades médicas (SBU, sociedades médicas de cardiologia, gastroenterologia, psiquiatria, medicina da família e comunidade)	GT/ATSH para elaboração de documento e portaria para Política Nacional de Saúde do Homem	2008

	Reuniões com lideranças de ONGs (Instituto Papai, Promundo, ABGLT), CNS, CONASS e CONASEMS (2008)		
Apresentação da proposta de Portaria da PNAISH no CNS	Ministério da Saúde CONASS, CONASEMS, CNS	Publicação da Portaria e Documento da PNAISH no SUS	2009
Implantação e implementação da PNAISH no SUS (2009-2011)	Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS	Plano Nacional da PNAISH – 2009/2011	2009 a 2011
Implementação da PNAISH no SUS (2011-2018)	Ministério da Saúde e IFF/ Fiocruz Participantes dos seminários Saúde do homem, envolvendo entidades do movimento social e CNS	Estudos e pesquisas para avaliação inicial da PNAISH (2010-2018) Relatórios de seminários nacionais (2016 e 2018)	2010 a 2018

Fonte: Ministério da Saúde e Relatórios das pesquisas (2010 e 2013) IFF/Fiocruz.

5.2.1 Revisão da PNAISH – na turbulência da democracia e da pandemia

De 2009 até 2021, ou seja, 12 anos da instituição normativa, da implantação e implementação da PNAISH, considerando-se três estudos de avaliação ao longo desse período, monitoramento (pela área técnica de saúde do homem – ATSH), debates com parceiros (reuniões, encontros e seminários), concluiu-se pela necessidade de revisão da política. Nesse sentido, a ATSH, a partir de observações e críticas no período de implantação e implementação da PNAISH, definiu por trabalhar uma proposta de revisão da Política.

Em 2018, a área técnica de saúde do homem (ATSH) realizou reuniões internas da equipe e destacou responsável na equipe para realizar levantamento bibliográfico, consolidar material sobre a implementação da ATSH e apresentar proposta de revisão da PNAISH, com roteiro e cronograma para discussão com outras áreas do Ministério da Saúde, com parceiros do SUS (CNS, CONASS, CONASEMS) e parceiros da sociedade civil para, então, deflagrar o processo institucional de revisão dessa Política.

Entre as críticas e observações de diferentes setores consolidadas pela ATSH, destacavam-se: (i) o texto da política estava focado nas doenças e centrado no aparelho geniturinário; (ii) uma frágil abordagem de gênero que não incluía as masculinidades na sua dimensão de construção sociocultural e suas intersecções com processo saúde-doença masculina; (iii) o recorte da faixa etária (20 a 59 anos) reforçava o foco a partir da prevalência das doenças, com base nas enfermidades; (iv) a ausência da abordagem das causas externas

(acidentes, violências e homicídio/suicídio) e sua relação numa perspectiva relacional de gênero e de determinantes sociais da saúde, considerando os indicadores epidemiológicos relacionados a morbimortalidade, não apresentava estratégias para superar as causas, nem articulação intersetorial para desenvolver ações prevenção e promoção da saúde; (v) ausência de inclusão da participação social/controle social no âmbito do SUS.

Essas reflexões apontavam a necessidade de revisão da PNAISH para que se pudesse superar os limites normativos vigentes e buscar ampliar sua abrangência e transversalidade com outras políticas de saúde e articulação intersetorial, a fim de estabelecer estratégias que incluíssem ações de prevenção e promoção da saúde considerando as vulnerabilidades e riscos para a saúde masculina, a partir da dimensão das diversas masculinidades e dos determinantes sociais da saúde. Algumas lacunas e necessidades de aperfeiçoamento foram identificadas, em especial no que se refere a promoção e prevenção da saúde: (i) o SUS ampliou a atenção primária e implementou novas políticas de saúde (saúde das populações do campo, da floresta e águas; saúde LGBT, entre outras) que necessitavam transversalizar com a PNAISH; (ii) a mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população, caracterizado pelo aumento progressivo da prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis, como diabetes, doenças coronarianas, entre outros; (iii) o aumento da mortalidade masculina por causas externas, entre as quais destacavam-se acidentes, homicídios e suicídios; (iv) o conceito de gênero necessitava ser revisto numa perspectiva relacional; (v) a inclusão da diversidade e pluralidade das masculinidades; (vi) a inclusão do controle social (conselhos de saúde) no ciclo da política (formulação, implementação, monitoramento e avaliação); (vii) a qualificação dos profissionais e gestores de saúde para o atendimento específico da população masculina considerando a articulação intra e intersetorial de políticas públicas que considerassem as necessidades e demandas da população masculina nos seus territórios; (viii) a ampliação de parcerias governamentais e não governamentais; (ix) a sustentabilidade da política, com o estabelecimento de repasse de recursos financeiros de forma sistemática, constando dos Planos de Ações, com metas específicas definidas nos Planos Plurianuais Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde.

Ainda em 2018, a ATSH consolidou uma proposta de revisão da Portaria que instituiu a PNAISH e apresentou-a em reuniões e oficinas para discussão: (i) reunião/oficina – debates livres – Revisão da PNAISH – no dia 1º de março de 2018, durante a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde do Conselho Nacional de Saúde, em Brasília, que contou com a participação de cerca de 60 pessoas, entre conselheiros delegados e convidados, representantes de ONGs, CONASS e CONASEMS (Relatório da 1ª CNVS, 2018); (ii) reunião grupo focal com áreas técnicas do Ministério da Saúde no dia 9 de março de 2018.

Foram enviadas a todas as áreas a Portaria que instituiu a PNAISH (2009) e a proposta de revisão para subsidiar o debate. Participaram cerca de 20 pessoas das seguintes áreas: saúde do adolescente e jovem; saúde da pessoa idosa; saúde da criança; saúde da mulher, saúde da pessoa com deficiência (DAPES/SAS); coordenação da política de humanização (DAB/SAS); Departamento de IST/HIV/Aids (SVS); Departamento de Apoio à Gestão Participativa; Departamento de Ouvidoria do SUS (SGEP); (iii) reunião dos coordenadores estaduais de saúde do homem, realizada durante o “II Seminário de Saúde Sexual e Reprodutiva Masculina”, em novembro de 2018, e parceiros convidados (Instituto Papai, Instituto Lado a Lado, SBU, Reprolatina, CNS, SENAR), quando foi apresentada e debatida a proposta de revisão da PNAISH; (iv) reunião ordinária do Pleno do Conselho Nacional de Saúde, dia 12 de dezembro de 2018 (conforme consta da ata da 312ª reunião ordinária do CNS). Pauta da reunião: Item 5) Apresentar, debater e deliberar sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Deliberação: o Pleno decidiu: enviar a apresentação do Coordenador Nacional de Saúde do Homem – CNSH/DAPES/SAS/MS aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde solicitando que o tema fosse debatido de forma transversal; e estabelecer estratégia para garantir a participação do CNS, por meio da Comissão de Ciclos de Vida, no processo de revisão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (não houve acompanhamento desse processo).

A proposta da revisão da PNAISH visava ampliar sua abrangência e redimensionar suas ações e estratégias. Os encaminhamentos para a revisão da PNAISH foram retomados em 2021. Considerou-se o percurso até então realizado, para a revisão da PNAISH, como as discussões em reuniões e grupos focais (2018), junto a gestores, coordenadores estaduais e representantes do CONASS, CONASEMS e parceiros. Foi, ainda, apresentado, no processo de revisão da PNAISH, o relatório preliminar de avaliação da PNAISH desenvolvido pelo Termo de Cooperação com UFPE (2017). Por fim, apresentou-se a proposta de revisão em reunião do Grupo de Trabalho sobre Atenção Primária à Saúde (GT/APS), em 19 de outubro de 2021, que contou com a participação de representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, consolidando/arbitrando o texto da revisão da PNAISH com as sugestões das três instâncias de gestão do SUS.

A partir daí, tramitou-se o processo administrativo institucional, finalizado com a publicação de nova portaria da PNAISH no Diário Oficial da União (DOU) de 15 de dezembro de 2021 – Portaria GM/MS nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021: Altera o Anexo XII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A assinatura da portaria

aconteceu no dia 12 de dezembro, pelo ministro da Saúde, na abertura do 38º Congresso Brasileiro de Urologia, em Brasília, quando ressaltou-se que a atualização teve o objetivo de ampliar o acesso aos homens dos serviços de atenção primária à saúde no SUS.

O Quadro 10 apresenta, de forma consolidada, o processo de revisão da PNAISH.

Quadro 10 – Trajetória de revisão da PNAISH – Cenário político, sujeitos políticos e resultados – 2018-2021

Cenário político	Sujeitos políticos	Resultados	Ano
Recomposição da equipe da CNSH (2017)	CNSH/DAPES/SAS	Documento contendo proposta de revisão da PNAISH elaborada pela ATSH/DAPES	2018
Reestruturação do Ministério da Saúde (2019)	Lideranças sociais e gestores participantes de reuniões, oficinas, seminário e grupos focais sobre revisão da PNAISH com parceiros da sociedade civil, CNS, CONASS e CONASEMS		
Avaliação da implementação da PNAISH no SUS	Ministério da Saúde e UFPE	Assinatura de Termo de Cooperação para avaliação da PNAISH no SUS (2017)	2017-2021
Decisão política da gestão para revisão da PNAISH (2021)	Ministério da Saúde, CNS, CONASS e CONASEMS	Publicação da Portaria de revisão da PNAISH	2021
Lançamento da Portaria de revisão no Congresso da SBU (dezembro de 2021)			

Fonte: Ministério da Saúde e CNS.

A trajetória da PNAISH apresenta a participação social como resultado da articulação da gestão em envolver sujeitos sociais de entidades médicas e ONG buscando sua contribuição a partir da expertise, e respeitando o processo deliberativo do SUS, passou pela aprovação no CNS e constou das deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde.

5.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS – PNSILGBT

O movimento LGBT, no mundo, considera a Revolta de Stonewall como o marco da sua luta, quando, em 1969, em Nova York, frequentadores do Bar Stonewall Inn revoltaram-se

contra as violências policiais contra os gays. Surgia, então, o “Gay Pride” e outras manifestações em diversos países.

No Brasil, em meados da década de 1970, na efervescência de outros movimentos sociais, como movimento feminista, movimento negro e movimento pela redemocratização do país, surgia também o movimento homossexual.

Na década de 80, com o surgimento da Aids, o movimento gay, em parceria com o Estado, destacou-se na luta contra a epidemia de Aids, contra a discriminação da população gay, em defesa da vida e da saúde. Nesse período, o movimento se fortaleceu e houve um crescimento de associações e grupos gays no Brasil. A luta contra a epidemia possibilitou que o movimento homossexual ganhasse visibilidade, favorecendo o debate sobre homossexualidade, sobre direitos LGBT e sobre saúde.

O protagonismo do movimento homossexual, em parceria com o Estado brasileiro, no enfrentamento da epidemia de Aids destacou-se e foi reconhecido como um exemplo internacional, a participação social junto ao Programa Nacional de DST/Aids. Reconhecido como um programa de governo que contava com o ativismo do movimento social, contribuiu para a organização de diversas entidades da sociedade civil, ao longo de sua trajetória, como o movimento de travestis e transexuais, de prostitutas e profissionais do sexo, das pessoas vivendo com HIV/Aids e usuários de drogas.

Em 1990, em 17 de maio, a Organização Mundial da Saúde (OMS) deixou de considerar a homossexualidade como doença, retirando-a da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID). Marco histórico importante na luta pelo respeito e pela cidadania LGBT. Apesar desse avanço, de acordo com a Associação Internacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Trans e Intersexuais (ILGA), a homossexualidade ainda é criminalizada em cerca de 70 países, com prisão e até pena de morte. Entretanto, destaque-se que a transexualidade só deixou de ser considerada doença pela OMS em 2018.

Segundo relatório de 2021 da Transgender Europe (TGEU), que monitora dados levantados por instituições e ONGs trans e LGBTQIA+, o Brasil é o país que mais mata transexuais no mundo, apesar de a transfobia ser considerada crime no Brasil desde 2019. Considere-se que esses números devem ser maiores, face a casos não reportados e registrados como pessoas trans, muitas vezes motivados pela transfobia ainda presente nos sistemas de informação governamental no país, em especial no setor de segurança pública.

Em 1996, no governo Fernando Henrique Cardoso, foi criado o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), que incluiu em seu texto a proteção aos direitos humanos das

peças homossexuais, uma resposta às demandas do movimento homossexual brasileiro contra as discriminações e violências que a comunidade gay sofria na sociedade.

Em 1997, na Avenida Paulista, em São Paulo, aconteceu a 1ª Parada Gay, que reuniu cerca de 2 mil pessoas, com o lema “Somos muitos, estamos em várias profissões”. Em 1999, alterou-se o nome para Parada do Orgulho GLBT (gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transgêneros). Em 2008, alterou-se o nome para Parada do Orgulho LGBT, como já ocorria em vários outros países, unificando o nome de protesto internacionalmente. Atualmente, a manifestação brasileira é considerada uma das maiores do mundo e reconhecida como uma expressão da luta pelos direitos da população LGBTQIA+. Embora este movimento contasse com a participação majoritária de homossexuais masculinos, somavam-se também às articulações do movimento as lésbicas, travestis e transexuais, construindo e fortalecendo um movimento nacional LGBT.

Ao tempo que a luta pelos direitos LGBT se expressava em diferentes frentes e setores da sociedade, na saúde, as bases do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e as conquistas sociais e democráticas inscritas na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080/90 e na Lei nº 8.142/90, em especial, os princípios do SUS – integralidade, universalidade, equidade e participação da comunidade – contribuíram para a normatização de um modelo de atenção à saúde fundamentado nas necessidades e demandas da população, com respeito à diversidade, embora ainda haja nas práticas de saúde – de acolhimento e cuidado – preconceito e discriminação à população LGBT no SUS.

Em 2001 foi criado o Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNDC), em que foi incluído o debate sobre os direitos LGBT. Em 2002, o governo FHC lançou o II Plano Nacional de Direitos Humanos, no qual foi incorporado um capítulo sobre os direitos da população LGBT, que já apontava a necessidade de legislar sobre a cirurgia transexualizadora e o nome civil para pessoas transexuais.

A partir de 2003, com o governo Lula e a ampliação e o fortalecimento dos espaços de participação social junto ao Estado, como os conselhos de direitos e conferências temáticas de políticas públicas, a comunidade LGBT se organizou e pautou a necessidade da criação de marcos regulatórios pelos seus direitos e cidadania, incluindo o setor saúde.

Nesse mesmo ano, foi criada no Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão Participativa (SGP), que teve como um dos primeiros desafios a antecipação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, para que a mesma pudesse contribuir com o Plano Nacional de Saúde. Essa conferência ampliou a participação social e, em suas deliberações, aprovou a inclusão de orientação sexual em suas políticas de saúde, em especial saúde da mulher e saúdedo adolescente e jovem. Um destaque importante foi o debate sobre gestão participativa e

ampliação dos espaços de participação no Estado, como formação de comissões, comitês e fóruns com a participação de representantes da sociedade civil. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) passou por discussões sobre a ampliação de suas representações nos segmentos de usuários(as) e trabalhadores(as) e a aprovação de que o presidente do CNS deveria ser eleito por seus conselheiros, deixando de ser, o ministro da Saúde, presidente nato.

Em 2004, é lançado e reconhecido como um marco histórico e compromisso do Governo Lula com a população LGBT o “Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLTB) e de Promoção da Cidadania Homossexual”, mais conhecido como “Programa Brasil Sem Homofobia”, dando início às políticas públicas para a população LGBT no país. Contou com a participação de 11 ministérios, que assumiram compromissos em suas pastas. No Capítulo 6 – Direito à Saúde: consolidando um atendimento e tratamentos igualitários, destacava-se: (i) Formalizar o Comitê Técnico “Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais” do Ministério da Saúde, que tem como objetivo a estruturação de uma Política Nacional de Saúde para essa população (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CNDC, 2004).

A partir da mobilização de representantes do movimento LGBT junto ao Ministério da Saúde, foi publicada, ainda em 2004, a portaria que criou o comitê técnico com o objetivo de formular uma proposta de Política Nacional de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), com caráter consultivo e compondo a gestão participativa (Portaria MS nº 880, de 13 de maio de 2004). Essa portaria previa, na composição do comitê, apenas representantes governamentais das diversas secretarias do Ministério da Saúde. Diante da mobilização de lideranças do movimento LGBT reivindicando integrar o comitê, em outubro do mesmo ano foi publicada nova portaria, que revogou a anterior (Portaria MS nº 2.227, de 14 de outubro de 2004) e redefiniu a composição dos membros do comitê técnico, incluindo representantes dos segmentos LGBT. O comitê estava vinculado à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Em 2005, o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT migrou da Secretaria Executiva para a Secretaria de Gestão Participativa (SGP) do Ministério da Saúde. A SGP passava, então, a acolher as demandas da sociedade civil enquanto representante do governo, e consolidou-se como *locus* de diálogo da gestão junto às diversas organizações dos movimentos sociais.

Em 2006, a Secretaria de Gestão Participativa foi reestruturada pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, e passou a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, passando o Departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária a ser nominado de Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Nesse mesmo ano, o Conselho

Nacional de Saúde sofreu mudanças em sua composição, ampliando a participação dos movimentos sociais, e o movimento LGBT passou a ter assento titular no pleno do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado novo regimento do CNS, que previa eleições para a presidência do Conselho, conforme publicação do Decreto Presidencial nº 5.839, de 11 de julho de 2006, que “dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde”. (www.conselho.gov.saude).

O Comitê Técnico de Saúde da População LGBT tinha como missão a elaboração de proposta da Política Nacional de Saúde da População LGBT no âmbito do SUS. Entre as importantes ações desenvolvidas pelo comitê, destacam-se: inclusão do respeito à orientação sexual e identidade de gênero na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2009); inclusão de demandas das lésbicas e mulheres bissexuais na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM); e a realização do “Seminário Nacional de Saúde da População LGBT” na Construção do SUS, realizado entre os dias 15 a 17 de agosto de 2007, quando foram avaliadas as ações e o papel desenvolvido pelo comitê no período 2004-2007 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Foi, também, o momento para o levantamento das demandas de saúde da população LGBT, contribuindo, assim, para a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. (SENA e SOUTO, 2017).

Em novembro de 2007, aconteceu a “Oficina sobre o Processo Transexualizador no SUS”, que contribuiu com a implantação de serviços especializados para o atendimento de mulheres transexuais no SUS, regulamentados pela Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que instituiu o Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e pela Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008, que regulamentou o Processo Transexualizador no SUS.

Ainda em novembro de 2007, realizou-se a 13ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, RELATÓRIO FINAL, 2009) presidida pelo primeiro presidente eleito do CNS, representante do segmento de trabalhadores. Entre as propostas constantes do Relatório Final, destaca-se a inclusão da orientação sexual e a identidade de gênero como determinação social da saúde, em várias deliberações, e a inclusão da população LGBT: “Assegurar a gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (GLBTT) o acesso equânime, respeitoso e de qualidade aos cuidados e serviços de saúde nas três esferas de governo ...”; “Pactuar e implementar, nos três níveis de gestão, as políticas nacionais de saúde integral da população LGBT e de comunidades tradicionais (negros, indígenas, camponeses, quilombolas, ribeirinhos etc.), garantindo a capacitação dos(as) profissionais de saúde, gestores(as), bem como desenvolver ações de enfrentamento ao racismo e todas as formas de discriminação”.

Em 2008, durante a “I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – Direitos Humanos e Políticas Públicas: o Caminho para Garantir a Cidadania de LGBT”, realizada em junho, em Brasília, gestores do Departamento de Apoio à Gestão Participativa da SGEF representaram o Ministério da Saúde. Essa conferência foi considerada um marco histórico para a democracia participativa e para as políticas públicas. Convocada por decreto presidencial, contou com a presença do presidente Lula em sua abertura, que destacou em seu discurso:

Meus companheiros, eu quero agradecer a vocês por estar vivendo este dia. Não é fácil para um presidente da República, nem aqui no Brasil e nem em outro país do mundo, participar de eventos que envolvam um segmento tão grande, tão heterogêneo e tão motivo de preconceitos como vocês. Não é fácil... Então, quando o Tony Reis fala que nunca antes na história do planeta um presidente convocou uma conferência como esta, eu fico orgulhoso porque nós estamos vivendo no Brasil um momento de reparação. Porque quando se trata de preconceito, eu o conheço nas minhas entranhas, eu sei o que é preconceito. Talvez seja a doença mais perversa impregnada na cabeça do ser humano. É uma doença que a gente não combate apenas com leis. A lei ajuda, a Constituição ajuda, montar conselhos ajuda... tudo ajuda, mas é um processo cultural. É um processo que passa por uma revolução cultural de as pessoas irem compreendendo que precisamos nos gostar do jeito que somos, que não precisamos querer que ninguém seja igual. (BRASIL, ANAIS DA I CONFERÊNCIA NACIONAL DE GAYS, LÉSBICAS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS – LGBT, 2008, p. 248).

Nessa Conferência, foram aprovadas 599 deliberações nos dez eixos temáticos e, destas, 167 foram do eixo da saúde, o maior número de propostas por eixo. Entre elas, destacam-se o fortalecimento da participação social de LGBT nos conselhos e conferências de saúde; a capacitação de profissionais de saúde para o acolhimento e atendimento da população LGBT sem preconceito e discriminação no SUS; a inserção da orientação sexual e identidade de gênero nos sistemas de informação do SUS; a ampliação dos serviços do processo transexualizador; a ampliação das ações de prevenção às IST/HIV/Aids voltadas para LGBT; e a formação de um comitê técnico multidisciplinar de especialidades médicas para definição de protocolos e atenção à saúde de LGBT. Nessa conferência, aprovou-se a mudança da sigla de GLBT para LGBT, num reconhecimento ao protagonismo das mulheres lésbicas no movimento social, e o Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNDC) passou a ser nominado Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção de Direitos LGBT (CNDC/LGBT). (COSTA e LIMA, 2021).

Em 2009, as deliberações dessa I Conferência LGBT foram a base para elaboração do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays,

Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNPCDH-LGBT), embora o mesmo não tenha sido institucionalizado.

Nesse mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) instituiu a Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT, por meio da Resolução CNS nº 410, de 12 de fevereiro; aprovou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que incluiu a orientação sexual e a identidade de gênero, e o respeito ao uso do nome social no SUS (Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009); e, em novembro, aprovou a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, em sua 203ª Reunião Ordinária.

Em 2010, foi criado Grupo de Trabalho de Saúde Integral LGBT do Ministério da Saúde, sob a coordenação do Departamento de Apoio à Gestão Participativa, para elaboração do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Esse GT/LGBT/MS tinha como objetivo propor ações e estratégias para implementação da política no SUS. Entretanto, a política não foi aprovada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nesse período, inviabilizando a implementação do Plano.

Ainda em 2010, o Ministério da Saúde passou a compor o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de LGBT (CNCD/LGBT), conforme Decreto nº 7.388, de 9 de dezembro. O Ministério da Saúde lançou, nesse ano de 2010, o Caderno da Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, incluindo, na sua abordagem, orientação sexual e identidade de gênero, voltado para os profissionais de saúde do SUS, em especial os da atenção primária.

Apenas em 2011, com a recomposição do Comitê Técnico de Saúde LGBT e articulação com CONASS e CONASEMS, a política foi finalmente aprovada na CIT. Sua portaria foi assinada e lançada oficialmente durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde, na Tenda Paulo Freire, com a presença do então ministro da Saúde e presidente do Conselho Nacional de Saúde, Alexandre Padilha, do presidente do CONASEMS, Antônio Carlos Nardi, da presidenta do CONASS, Beatriz Dobashi, e da representante do movimento LGBT no CNS, Maria de Lourdes Rodrigues (*in memoriam*). Nesse dia, a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT é instituída no SUS pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais é redefinido pela Portaria nº 2.837, da mesma data, como espaço consultivo da gestão participativa, e ampliada a composição da participação social com representantes sociais LGBT, do CNS, do CNCD/LGBT, além dos representantes governamentais do Ministério da Saúde e outros ministérios, tendo, entre suas atribuições, o monitoramento da implementação da política e a contribuição para a definição das ações e estratégias do Plano Operativo da PNSILGBT (2012-2015), conforme publicado na Resolução CIT nº 2, em 6 de

dezembro de 2011. Posteriormente, o Comitê Técnico LGBT aprovou seu Regimento Interno, publicado na Portaria nº 598, de 21 de maio de 2015.

Em dezembro de 2011, realizou-se a 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos de LGBT, que teve como tema “Por um país livre da pobreza e da discriminação: promovendo a cidadania de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais”. A mesa de “políticas públicas e direitos da população LGBT” contou com a participação da representante do Ministério da Saúde, que apresentou um resgate das ações de saúde no SUS e a PNSILGBT que tinha sido aprovada e publicada no início do mês em curso. Nessa conferência, cada eixo temático aprovava cinco diretrizes que orientariam as referidas políticas públicas. Na saúde, foram: (1) atenção integral e equânime no SUS para população LGBT; (2) inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero na Política de Educação Permanente e na Política para o Controle Social; (3) fomento à produção, difusão de conhecimento, informação, pesquisa e estudos sobre população LGBT; (4) fortalecimento e garantia dos espaços de controle social no âmbito do SUS e reconhecimento da participação LGBT na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde; e (5) articulação das políticas de saúde com outras políticas públicas para promoção dos direitos humanos, cidadania e inclusão da população LGBT (BRASIL, ANAIS DA 2ª. CONFERÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS HUMANOS LGBT, 2011).

A PNSILGBT representa um marco importante para as políticas públicas de saúde no Brasil, pois expressa o reconhecimento da orientação sexual e da identidade de gênero como marcadores das vulnerabilidades sociais e como determinantes sociais da saúde. O reconhecimento de singularidades e subjetividades humanas, como a sexualidade, são expressões de direitos e de cidadania, de saúde e de defesa da vida.

Ignora-se, assim, a subjetividade social desta comunidade e a cultura marginalizada, muitas vezes imposta pela sociedade heteronormativa, onde as normas de convívio social são ditadas pelo estereótipo heterossexual de homem e de mulher, e de seus respectivos papéis na sociedade, o que acaba por invisibilizar os riscos e agravos aos quais as pessoas LGBT estão submetidas e que são potencializados por suas práticas sociais e sexuais, onde o gueto é visto por estes como o espaço de seu pertencimento, mas que para as políticas de saúde esteve fora de sua abrangência de atuação. (DISSERTAÇÃO LAURENTINO, ESJV, 2015, p. 35).

A PNSILGBT expressa também a articulação entre as resoluções do “Programa Brasil Sem Homofobia”, as deliberações da I Conferência Nacional de Políticas Públicas e DH para LGBT e o I Plano Nacional de Políticas Públicas LGBT, e a articulação entre o Comitê Nacional de Saúde LGBT do Ministério da Saúde, a Comissão Intersetorial LGBT do CNS e

o CNDC/LGBT, com grande protagonismo das lideranças sociais LGBT e articulação intersetorial dos gestores do Ministério da Saúde e da Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República.

A institucionalização da Política de Saúde LGBT e da participação social no Comitê Técnico LGBT favoreceu o planejamento participativo das ações e estratégias que foram desenvolvidas para a população LGBT no âmbito do SUS, como: (i) inclusão na Ficha de Notificação, Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências, integrante do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) dos campos de orientação sexual e identidade de gênero (2011); (ii) inclusão do Nome Social no Cartão SUS (2012); (iii) lançamento da Campanha do Nome Social no SUS, com cartazes para todas as Unidades Básicas de Saúde, no dia da Visibilidade Trans (29 de janeiro de 2012); (iv) disponibilização de conteúdo para o Banco de Informações Técnicas (BITS) sobre saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Sistema OuvidorSUS (2012); (v) realização do “Seminário do Processo Transexualizador no SUS”, para avaliação dos serviços e revisão da Portaria nº 457, de 2008 (2012); (vi) formação do GT com representantes de pessoas trans (travesti, mulher trans e homem trans) para elaboração da nova portaria do Processo Transexualizador (2012); (vii) aprovação da Nota Técnica nº 2.365, de 22 de novembro de 2012, que incorporava novos procedimentos relativos ao Processo Transexualizador no âmbito do SUS, na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC); (viii) aprovação e publicação da nova Portaria GM nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde – SUS; (ix) realização do “I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT”, para avaliar o processo de implantação da PNSILGBT e do Plano Operativo da Política no SUS (2013); (x) realização do “Seminário sobre Transexualidade e Travestilidade no SUS: Avanços e Desafios” (2014); (xi) realização de “Cursos de Formação de Lideranças e Ativistas LGBT: a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e o Controle Social no SUS” (2013 e 2014); (xii) realização de campanhas em redes sociais, cartazes, cartilhas voltadas para toda a população LGBT (mulheres lésbicas e bissexuais; homens gays e bissexuais; pessoas transexuais – travestis, mulheres trans e homens trans) (2013-2016); (xiii) ampliação dos serviços de referência do processo transexualizador (2013-2017); (xiv) criação e implantação de comitês estaduais de saúde LGBT (2012-2016); (xv) realização de “Oficina de Atenção à Saúde Integral de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, em parceria com a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), e “Seminário Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, em parceria com CNS, CNDC/LGBT, CNDM, CONASS, CONASEMS, SPM e MS (2014); (xvi) realização de “Oficina sobre Saúde de Gays e Bissexuais”, em parceria com o

movimento social, Comitê Técnico de Saúde LGBT, Secretaria Nacional de Direitos Humanos/PR, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial/PR, Secretaria Nacional da Juventude e Ministério da Saúde (2015); (xvii) realização do “II Seminário de Avaliação da Formação na Política Nacional de Saúde Integral LGBT e o Controle Social do SUS” (2015); (xviii) realização da pesquisa “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS” e do “Observatório da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no SUS”, em parceria o Núcleo de Estudos em Saúde Públicas da UnB (NESP/UnB) (2013-2017).

Em abril de 2016, realizou-se a 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de LGBT, com o tema “Por um Brasil que criminalize a violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais” (CADERNO DE PROPOSTAS DA 3ª. CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE DIREITOS HUMANOS LGBT, 2016).

Em 29 de abril, dia da abertura da Conferência, foi publicado no Diário Oficial da União o Decreto nº 8.727/2016, que autorizava o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal. Ainda nesse dia, durante a Conferência, foram lançadas a campanha e a cartilha “Homens Gays e Bissexuais – Direitos, Saúde e Participação Social” pelo Ministério da Saúde, elaborada com a participação de representantes sociais do movimento gay e bissexual masculino, do Comitê de Saúde LGBT, CNDC/LGBT e CNS. As ações de saúde constavam das propostas do capítulo de políticas intersetoriais e transversais, destacando a importância das articulações entre as políticas.

Os avanços conquistados pela população trans na área da saúde, principalmente através dos movimentos organizados LGBT, vêm ocorrendo por meio de suas demandas apresentadas nos espaços de controle social, como nas Conferências de Políticas Públicas para LGBT e nos Conselhos de Saúde. (POPADIUK, OLIVEIRA e SIGNORELLI, 2017, p. 1.511).

Em 2017, o Comitê Nacional de Saúde LGBT é reorganizado, diminuindo sua composição e indicação de representação social. Entretanto, não houve publicação de portaria para recomposição. As ações de monitoramento da PNSILGBT ficaram no âmbito de grupo de trabalho, composto por técnicos das diversas secretarias do Ministério sem a representação da sociedade civil. Realizou-se o “Seminário de Avaliação do Processo Transexualizador – João Nery”, em homenagem ao primeiro homem trans do Brasil, com convidados(as) representantes do movimento LGBT, especialistas, CONASS e CONASEMS. Ainda nesse

ano, foi aprovada e publicada Resolução CIT nº 26, de 28 de setembro de 2017, que dispôs sobre o “II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no âmbito do SUS”.

Em 2019, face à reestruturação do novo governo federal, acontece a extinção e reorganização de diversos conselhos de direitos, comitês e comissões, conforme Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que extinguiu e estabeleceu novas diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal, entre eles, o Conselho Nacional de Combate à Discriminação LGBT e o Comitê Nacional de Saúde LGBT do Ministério da Saúde.

É (re)criado o Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNDC), pelo Decreto nº 9.833, de 27 de junho de 2019, “órgão colegiado de consulta, assessoramento, estudo, articulação e colaboração do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos” nas questões relativas à proteção dos direitos de indivíduos e grupos sociais por discriminação e intolerância, onde fica a representação LGBT. Sua estrutura é enxuta, tendo em sua composição, na representação governamental, a Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres e a Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, e, na representação da sociedade civil, três entidades/articulações nacionais – titular e suplente (seis representantes, no total), sendo presidido pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Como se constata, é reduzida a participação social e a articulação/representação da gestão.

No Quadro 11, apresenta-se a trajetória da PNSILGBT:

Quadro 11 – Trajetória da PNSILGBT– Cenário político, sujeitos políticos e resultados – 2004-2019

Cenário político	Sujeitos políticos	Resultados	Ano
Enfrentamento da epidemia de Aids no Brasil	Ministério da Saúde, epidemiologistas, representantes do movimento homossexual masculino	Primeiro Programa de DST/Aids no Brasil (SP)	1980
Homossexualidade deixa de ser considerada doença (CID) pela OMS e instituição do SUS (1990)	OMS, Movimentos internacionais LGBT, ONG Aids e ONG Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	I Plano Nacional de DH	1996
		1ª Parada Gay no Brasil	1997
		Criação do CNDC	2001
Posse do Governo Lula (2003)	Movimento LGBT Governo brasileiro – Secretaria Nacional de Direitos Humanos	Políticas Públicas para população LGBT	2003
Ampliação dos espaços de participação no Estado brasileiro (2003)		Criação do Comitê Nacional de Saúde LGBT/MS	2004
		Aprovação do Programa Brasil sem Homofobia – Governo brasileiro	

Repreentação LGBT no CNS (2006)	Movimento LGBT no Plenodo Conselho Nacional de Saúde (CNS)	Relatório da 13a Conferência Nacional de Saúde	2006
	13a Conferência Nacional de Saúde (2007)		2007
I a Conferência Nacional de Políticas Públicas e DH LGBT (2008)	Movimentos sociais LGBT Comitê Nacional de Saúde LGBT	Plano Nacional de Políticas Públicas para LGBT	2008
Criação da Comissão Intersetorial LGBT no CNS (2009)	Representantes LGBT no CNS/CNDC/LGBT	Criação e instalação da Comissão Intersetorial LGBT no CNS	2009
Reestruturação do CNDC – CNDC/LGBT (2009)		Aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT no CNS	
14a Conferência Nacional de Saúde (2011)	Comitê Nacional Saúde LGBT – MS	Aprovação e publicação da Portaria da PNSILGBT no SUS	
II Conferência Nacional de Políticas Públicas para LGBT (2011)	Comissão Intersetorial de Saúde LGBT-CNS Pleno do CNS CIT	Publicação da Portaria do Plano Operativo da PNSILGBT	2011
Recomposição do Comitê Nacional de Saúde (2011)	14a Conferência Nacional de Saúde LGBT		
Instituição da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no SUS (2011)	II Conferência Nacional de Políticas Públicas e DH Integral LGBT		
	Comitê Nacional Saúde LGBT – MS	Resolução CIT do I Plano Operativo PNSILGBT – 2012-2015	2012
Impeachment presidenta Dilma (2016)	Comissão Intersetorial de Saúde LGBT-CNS	Relatório do I Seminário Nacional da PNSILGBT	2015
Reestruturação ministerial (Saúde e SDH) (2019)	Seminários Nacionais de Monitoramento da PNSILGBT (2012-2015)	Relatórios da 13a Conferência Nacional de Saúde e III Conferência Nacional de Políticas Públicas LGBT e DH	2016
Extinção do CNDC/LGBT e (re)criação do CNDC (2019)	15a Conferência Nacional de Saúde (2015)		
		Recomposição do CNDC (2019)	2019
	III Conferência Nacional de Políticas Públicas e DH LGBT (2016)		

Fonte: Ministério da Saúde, SDH, CNS e CNDC/LGBT.

A trajetória da PNSILGBT destaca-se pelo protagonismo societário articulado, em diferentes instâncias participativas, e pela garantia do reconhecimento da discriminação e do preconceito em relação à orientação sexual e identidade de gênero como fatores de determinação social do adoecimento, como consta no texto da Política.

Evidencia-se nas três trajetórias das políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúdeLGBT, uma linha temporal que tem início em 2003\2004 com a eleição do Presidente Lula e a definição e decisão de seu governo de adotar e implementar a participação social como ‘método de ‘governo’ (BRASIL, Ministério das Relações Exteriores, 2012), ampliando os espaços e instâncias de participação da sociedade (conferências, conselhos, comitês, fóruns, ouvidorias, consulta pública, etc.). Sendo que os movimentos feminista e LGBT trazem uma construção histórica social que se reporta às décadas de 80 e 90 como processos mobilizadores e reivindicatórios de seus direitos e luta contra violências que atingiam seus sujeitos sociais de diferentes formas.

Pode-se identificar ‘ciclos temporais’ das trajetórias das políticas; (i) período de 2003 a2008\2010, correspondendo ao período de apresentação, discussão e elaboração das pautas sociais em agenda e formulação das políticas e ampliação das instâncias participativas (conferências, conselhos, comitês); (ii) o período de 2010 a 2016, como período de consolidação e ampliação das diversas instâncias participativas e articulação intersetorial e societária nos processos participativos, correspondendo aos ciclos de implementação, monitoramento e avaliação das políticas; (iii) o período de 2017 a 2019\2021, como o período de desmonte de instâncias participativas (BRASIL, Decreto 9.759 de 11\04\2019) e redução das ações e programas das políticas de saúde.

6. APLICAÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DAS MULHERES, DO HOMEM E LGBT

A dialética é o pensamento crítico que se propõe a compreender a coisa em si e sistematicamente se pergunta como é possível chegar à compreensão da realidade. Por isso, é o oposto da sistematização doutrinária ou da romantização das representações comuns.

Karel Kosik

Neste capítulo apresenta-se a aplicação do modelo proposto em cada política (saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT) considerando cada etapa do ciclo, a partir das trajetórias das políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT e aplicando o modelo de análise, considerando o modelo Donabedian(1980b) e os ciclos da política (Anexos II, III e IV).

Para facilitar a compreensão, inicia-se esse capítulo a partir da “pontuação” da análise consolidada das três políticas, indicando, quando necessário, os quadros, figuras e gráficos ao longo do texto, e considerando os anexos: (i) Anexo I (Categorização das instâncias participativas); (ii) Anexos II, III e IV (Figuras das trajetórias das políticas).

Figura 5 – Comparativo da análise da participação da sociedade nas políticas PNAISM, PNAISH e PNSILGBT: classificação a partir da pontuação obtida e posição no eixo analítico

**Política Não-
Participativa**
PNAISH

Política Participativa
PNSILGBT

Política em Disputa
PNAISM

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

Essa Figura 5 representa o “lugar da política” a partir da “participação da sociedade” na produção das políticas de saúde das mulheres (Política em Disputa – PNAISM), de saúde do homem (Política Não Participativa – PNAISH) e saúde LGBT (Política Participativa – PNSILGBT), considerando suas trajetórias aplicadas ao modelo proposto nessa Tese.

Para entender essas “posições” das políticas na Figura 5, faz-se necessário resgatar as trajetórias das três políticas. Em todas elas, identifica-se o mesmo marco temporal (2003- 2004) na etapa da agenda do ciclo das políticas, o início do governo Lula, que ampliou e fortaleceu as instâncias de participação da sociedade no Estado (conselhos, conferências, comitês etc.) e reestruturou a administração federal criando espaços para o diálogo com a sociedade civil, acenando, assim, com a inclusão das demandas sociais de segmentos populacionais, normalmente excluídos ou à margem das políticas públicas na agenda governamental.

Essa esperança de inclusão das demandas sociais nas políticas públicas pode ser constatada, por exemplo, no Documento “Pauta de Reivindicações da Marcha das Margaridas – 2003 Razões para Marchar”, conforme consta na sua introdução:

A sociedade brasileira, e precisamente as mulheres que compõem a maioria do eleitorado brasileiro, virou uma página da história do nosso país. Elegemos um trabalhador à presidência da República. Mas não nos basta esta vitória política, se as mulheres trabalhadoras desse país não estejam com suas demandas históricas contempladas ou pautadas por esse governo. (DOCUMENTO MARCHA DAS MARGARIDAS, 2003, p. 4).

Esse novo desenho institucional favoreceu a participação da sociedade e sua relação com o Estado, em especial nas instâncias participativas (conselhos, conferências, comitês...), e, em que pese as três políticas partirem do mesmo marco político temporal, percorreram caminhos diferentes. Quando se aplica o modelo de análise proposto nessa Tese em cada uma das políticas, identificam-se as diferenças e as similaridades.

Na PNAISM, os Quadros 12 a 15 e respectivos Gráficos 2 a 5, visualiza-se a “participação” e a “institucionalidade”, em cada etapa do ciclo da política, conforme demonstrado abaixo:

Quadro 12.: Etapa Agenda – Participação da Sociedade na PNAISM: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação.

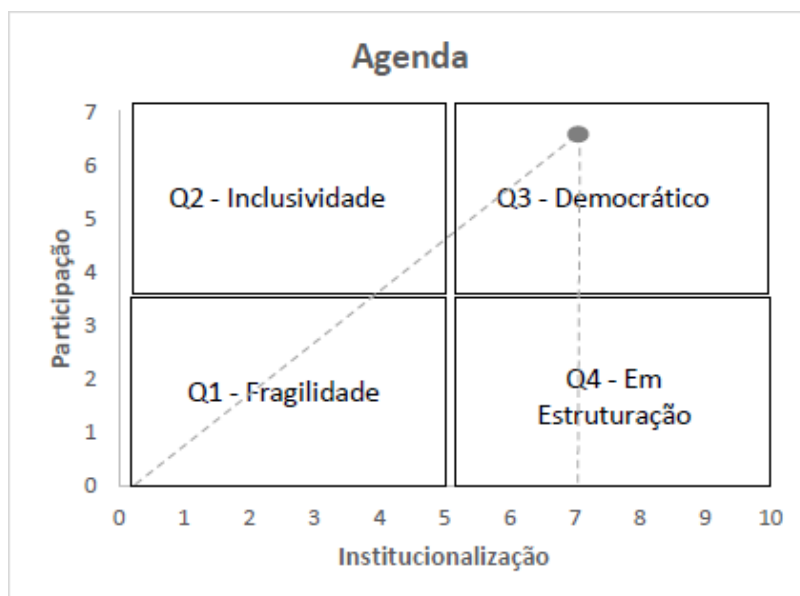
VARIÁVEL	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO
Dimensão Institucionalização			
(I1) Instâncias Participativas (IP)	CISMU e CNDM	1	0 a 1
(I2) Tipo de IP	‘Controle Social’ – CISMU e CNDM ‘Participação Social’ - Conferência	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I3) Poder Decisório da IP	Consultivo Deliberativo	3	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I4) Legitimação da IP	Formal para todas IP	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		7	

Dimensão Participação			
(P1) Sujeitos Políticos Sociais (SPS)	Movimento Feminista e de Mulheres	1	0 a 1
(P2) Processos Participativos (PPart)	Reuniões CISMU Reunião CNS Reunião CNDM Conferência	3	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(P3) Legitimação da IP	Formal para todas as IP	3	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		7	

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O Quadro 12 apresenta a pontuação das variáveis ‘institucionalização’ e ‘participação’ da etapa de agenda para consolidar no **Gráfico 2**, abaixo:

Gráfico 2. PNAISM – Agenda: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’.



Fonte: Elaboração da Autora (2022)

Quadro 13.: Etapa Formulação – Participação da Sociedade na PNAISM: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação

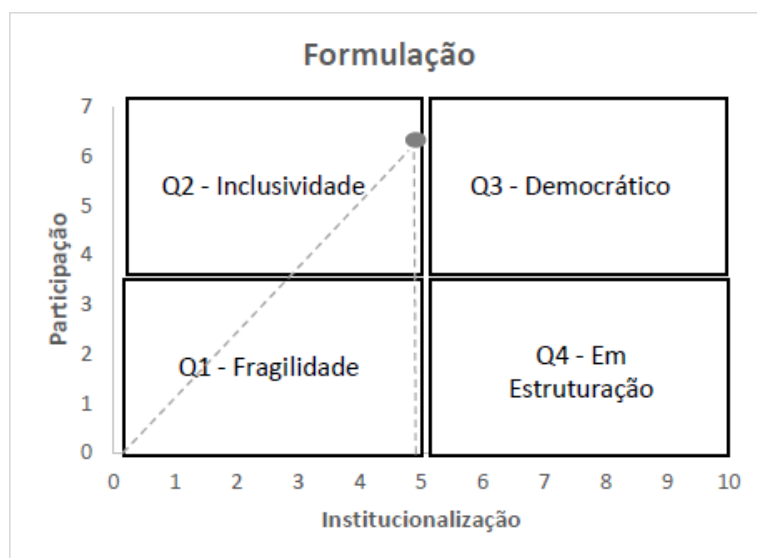
VARIÁVEL	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO
Dimensão Institucionalização			
(I1) Instâncias Participativas (IP)	CISMU CNS	1	0 a 1
(I2) Tipo de IP	Controle Social	1	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I3) Poder Decisório da IP	Consultivo	1	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I4) Legitimação da IP	Formal para todas	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes

			diferentes
Total Pontuação		5	
Dimensão Participação			
(P1) Sujeitos Políticos Sociais (SPS)	Movimento Feminista e de Mulheres	1	0 a 1
(P2) Processos Participativos (PPart)	Reuniões CISMU Reunião CNS Seminário Nacional Conferência	3	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(P3) Legitimação da IP	Formal para parte das IP	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		6	

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O Quadro 13 apresenta a pontuação das variáveis ‘institucionalização’ e ‘participação’ da etapa de formulação para consolidar no Gráfico 3, abaixo:

Gráfico 3. PNAISM – Formulação. Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’.



Fonte: Elaboração da Autora (2022)

Quadro 14.: Etapa Implementação – Participação da Sociedade na PNAISM: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação

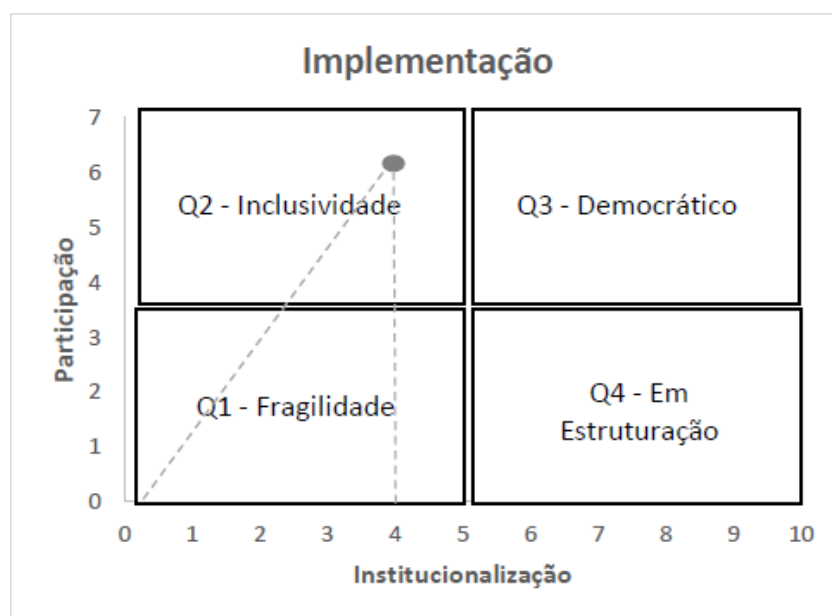
VARIÁVEL	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO
Dimensão Institucionalização			
(I1) Instâncias Participativas (IP)	CISMU Ouvidoria	1	0 a 1
(I2) Tipo de IP	‘Controle Social’ ‘Gestão Participativa’	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I3) Poder Decisório da IP	Consultivo	1	0 a 1 x nº de IP de Tipos

			diferentes
(I4) Legitimação da IP	Formal para todas	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		6	
Dimensão Participação			
(P1) Sujeitos Políticos Sociais (SPS)	Movimento Feminista e de Mulheres	1	0 a 1
(P2) Processos Participativos (PPart)	Reuniões CISMU Seminários	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(P3) Legitimação da IP	Formal para parte das IP	1	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		4	

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O Quadro 14 apresenta a pontuação das variáveis ‘institucionalização’ e ‘participação’ da etapa de implementação para consolidar no Gráfico 4, abaixo:

Gráfico 4. PNAISM – Implementação: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’



Fonte: Elaboração da Autora (2022)

Quadro 15.: Etapa Monitoramento e Avaliação – Participação da Sociedade na PNAISM: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação

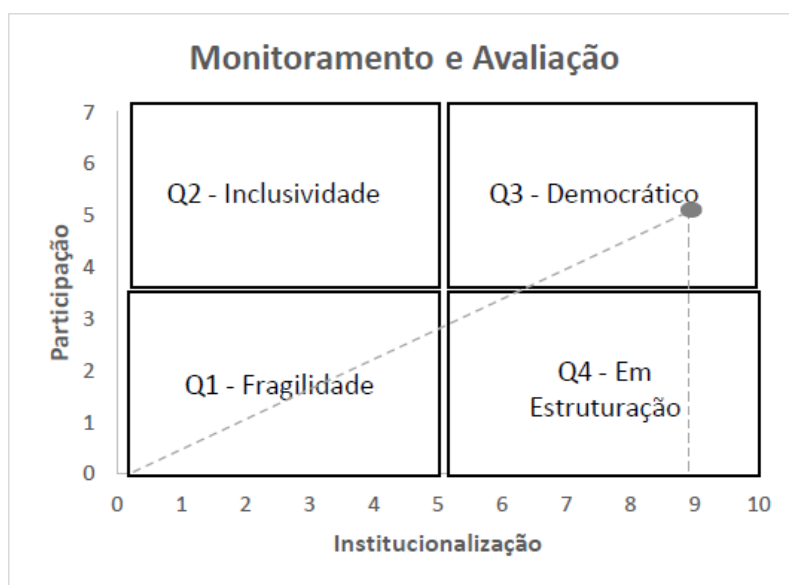
VARIÁVEL	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO
Dimensão Institucionalização			
(I1) Instâncias Participativas (IP)	CISMU\CNS CNDM Comitê PNPM Ouvidoria	1	0 a 1

	Conferências Fórum Interconselhos		
(I2) Tipo de IP	‘Controle Social’ ‘Participação Social’ ‘Gestão Participativa’	3	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
(I3) Poder Decisório da IP	Consultivo Deliberativo	2	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
(I4) Legitimação da IP	Formal para todas	3	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		9	
Dimensão Participação			
(P1) Sujeitos Políticos Sociais (SPS)	Movimento Feminista e de Mulheres	1	0 a 1
(P2) Processos Participativos (PPart)	Reuniões CISMU, CNDM, Fórum Interconselhos Comitê de Articulação e Monitoramento Seminários Conferências	3	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
(P3) Legitimação da IP	Formal para parte das IP	1	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		5	

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O Quadro 15 apresenta a pontuação das variáveis ‘institucionalização’ e ‘participação’ da etapa de monitoramento & avaliação para consolidar no Gráfico 5, abaixo:

Gráfico 5. PNAISM – Monitoramento e Avaliação: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’.



Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O resultado final, consolidado no Quadro 16 e expresso na Figura 6, define a PNAISM como uma “Política em Disputa”.

Quadro 16: PNAISM – Etapas do Ciclo de Política, posição nos Quadrantes do Gráfico ‘Institucionalização’ x ‘Participação’.

ETAPA DO CICLO DE POLÍTICA	GRADIENTE RELACIONADO AOS QUADRANTES	PESO (PONDERAÇÃO)	PONTUAÇÃO
Agenda	2	2	4
Formulação	1	2	2
Implementação	1	1	1
Monitoramento e Avaliação	1	1	1
TOTAL	5	6	8

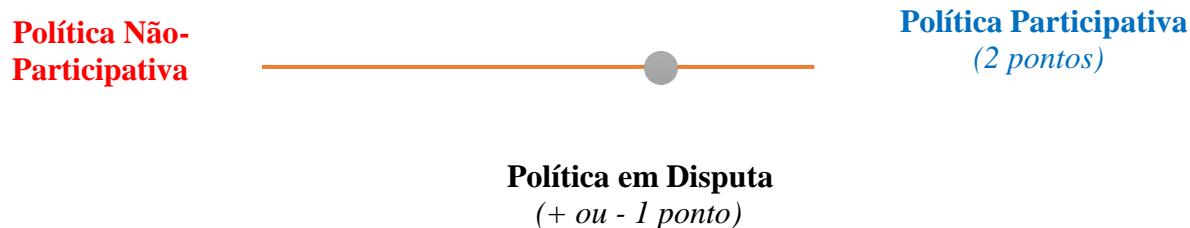
Fonte: Elaboração da Autora (2022)

$$\text{Pontuação da Política} = \frac{\sum \text{Pontos de cada Etapa da Política}}{\sum \text{Pesos atribuídos a cada Etapa da Política}}$$

Resultado PNAISM = 1,3 – Política em Disputa

O Quadro 16 apresenta a pontuação geral das etapas da PNAISM, considerando ‘peso’ de cada etapa cuja pontuação total consolida a classificação da Política, conforme Figura 6, abaixo:

Figura 6: PNAISM – Análise da Participação da Sociedade na Política Pública: Classificação a partir da pontuação obtida e posição no eixo analítico.



Fonte: Elaboração da Autora (2022)

Pode-se também “mensurar” a contribuição da participação (Quadro 17) pela “correlação” e “legitimação” da “representatividade/identidade” com a inclusão das demandas sociais na política, reconhecida, inclusive, pelos próprios sujeitos políticos sociais, como consta de documento da Rede Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos “Marcos da saúde da mulher, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos” (2008): (i) Política Nacional

de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM); (ii) Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes – Ministério da Saúde; (iii) Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento – Ministério da Saúde; (iv) Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004); (v) Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia do HIV/Aids e outras DST (2007); e (vi) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (2009).

Quadro 17: Dimensão da Contribuição da Participação na PNAISM nas Etapas do Ciclo de Políticas.

VARIÁVEL	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO
Dimensão da Contribuição da Participação			
(C1) Correlação	Parcial e totalmente	3	0 a 1 em cada etapa do ciclo de política
(C2) Legitimação	Se tem ou não	2	0 a 1 em cada etapa do ciclo de política

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O Quadro 17 apresenta a pontuação da ‘Contribuição da Participação’ considerando os resultados produzidos na política e sua correlação com as demandas sociais e sua ‘legitimação’ (institucionalização).

Ao analisar os resultados e correlacioná-los com as demandas sociais apresentadas na agenda política pelo movimento feminista e movimento de mulheres, destacam-se quatro importantes contribuições da participação que se configuram na PNAISM: (i) a inclusão da abordagem de gênero e raça; (ii) a integralidade da atenção à saúde desde o PAISM (1983); (iii) a definição da violência contra a mulher como um problema de saúde pública (normas técnicas e serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência e aborto legal no SUS); e (iv) a transversalidade de gênero nas políticas públicas. Destaca-se nessa contribuição a inclusão de saberes e práticas na política de saúde das mulheres que se incorporam como diretrizes e estratégias no SUS (integralidade e gênero).

Em relação à PNAISH, ao aplicar-se o modelo de análise, considerando a trajetória da política descrita na Figura 1, do Anexo III, constata-se um processo participativo diferente, não representativo de um coletivo social, porquanto não se tem no Brasil “movimento social dos homens”. São lideranças e “ativistas sociais” que atuam em ONGs que têm sua contribuição marcada pelo conhecimento temático e pela ação articulada com outras lideranças sociais, entre as quais as do movimento feminista e do movimento LGBT.

Pode-se constatar esse processo diferenciado na PNAISH, nos Quadros 18 a 21 e respectivos Gráficos 6 a 9, onde visualiza-se a “participação” e a “institucionalização”, em cada etapa do ciclo da política, depois consolidados no Quadro 22 e aplicados na Figura 7 que apresentam a PNAISH como uma “Política Não Participativa”, conforme demonstrado abaixo:

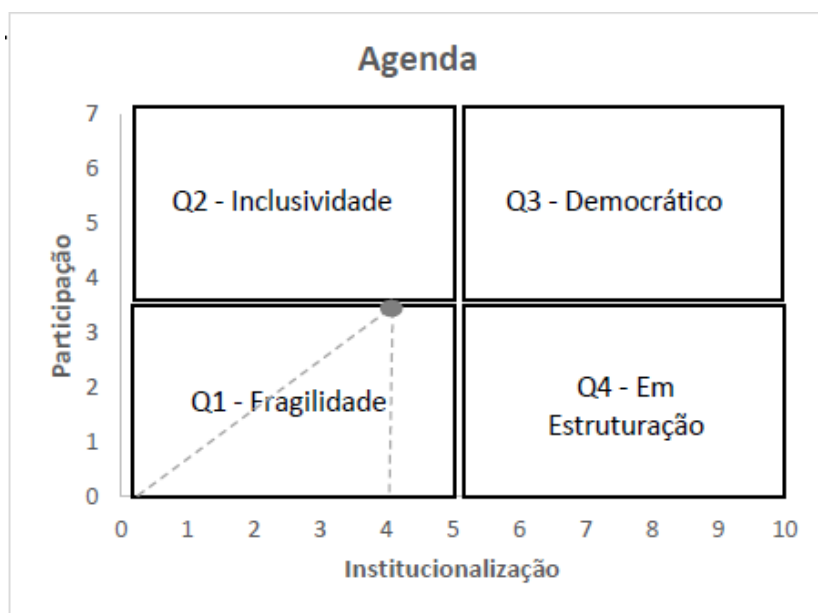
Quadro 18.: Etapa Agenda – Participação da Sociedade na PNAISH: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação.

VARIÁVEL	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO
Dimensão Institucionalização			
(I1) Instâncias Participativas (IP)	Conferência	1	0 a 1
(I2) Tipo de IP	‘Participação Social’	1	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
(I3) Poder Decisório da IP	Deliberativo	1	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
(I4) Legitimação da IP	Formal para todas	1	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		4	
Dimensão Participação			
(P1) Sujeitos Políticos Sociais (SPS)	Entidades médicas e ONG	0,5	0 a 1
(P2) Processos Participativos (PPart)	Conferência Reuniões com entidades e ONG	2	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
(P3) Legitimação da IP	Formal para parte das IP	1	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		3,5	

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O Quadro 18 apresenta a pontuação das variáveis ‘institucionalização’ e ‘participação’ da etapa de agenda para consolidar no Gráfico 6, abaixo:

Gráfico 6. PNAISH – Agenda: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’.



Fonte: Elaboração da Autora (2022)

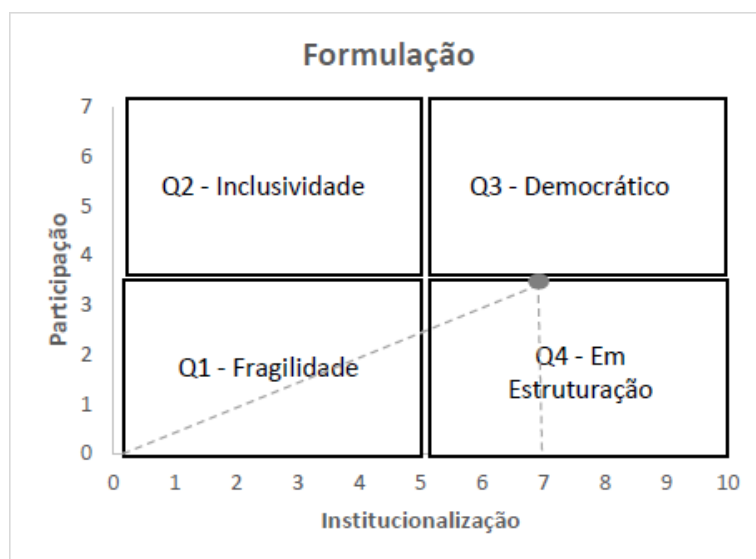
Quadro 19.: Etapa Formulação – Participação da Sociedade na PNAISH: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação.

VARIÁVEL	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO
Dimensão Institucionalização			
(I1) Instâncias Participativas (IP)	CNS Consulta Pública	1	0 a 1
(I2) Tipo de IP	‘Controle Social’ ‘Participação Social’	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I3) Poder Decisório da IP	Consultivo Deliberativo	3	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I4) Legitimação da IP	Formal para todas IP	1	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Total Pontuação		7	
Dimensão Participação			
(P1) Sujeitos Políticos Sociais (SPS)	Lideranças de entidades médicas e ONG	0,5	0 a 1
(P2) Processos Participativos (PPart)	Reuniões e Seminários Reunião CNS Consulta pública	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(P3) Legitimação da IP	Formal para parte das IP	1	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Total da pontuação		3,5	

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O Quadro 19 apresenta a pontuação das variáveis ‘institucionalização’ e ‘participação’ da etapa de formulação para consolidar no Gráfico 7, abaixo:

Gráfico 7. PNAISH – Formulação. Análise da Participação da Sociedade nas Políticas Públicas: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’.



Fonte: Elaboração da Autora (2022)

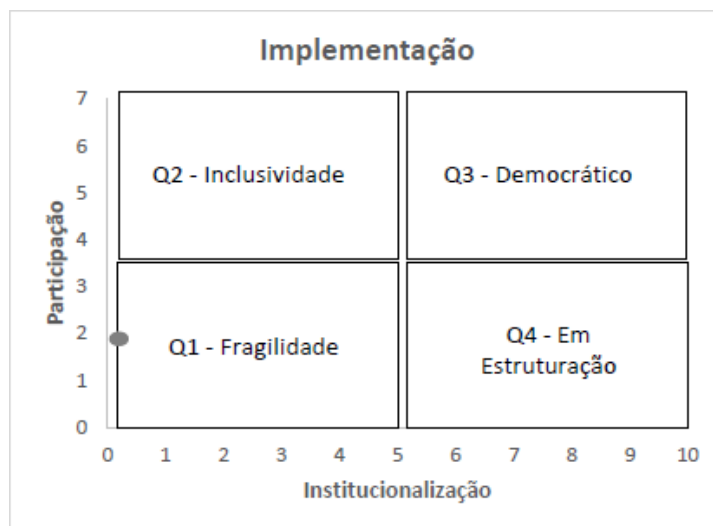
Quadro 20.: Etapa Implementação – Participação da Sociedade na PNAISH: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação

VARIÁVEL	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO
Dimensão Institucionalização			
(I1) Instâncias Participativas (IP)	-----	0	0 a 1
(I2) Tipo de IP	-----	0	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I3) Poder Decisório da IP	-----	0	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I4) Legitimação da IP	-----	0	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Total da pontuação		0	
Dimensão Participação			
(P1) Sujeitos Políticos Sociais (SPS)	SBU e ONG	0,5	0 a 1
(P2) Processos Participativos (PPart)	Reuniões e Seminários	1	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(P3) Legitimação da IP	Formal para parte das IP	0,5	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Total da pontuação		2	

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O Quadro 20 apresenta a pontuação das variáveis ‘institucionalização’ e ‘participação’ da etapa de implementação para consolidar no Gráfico 8, abaixo:

Gráfico 8. PNAISH – Implementação: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’.



Fonte: Elaboração da Autora (2022)

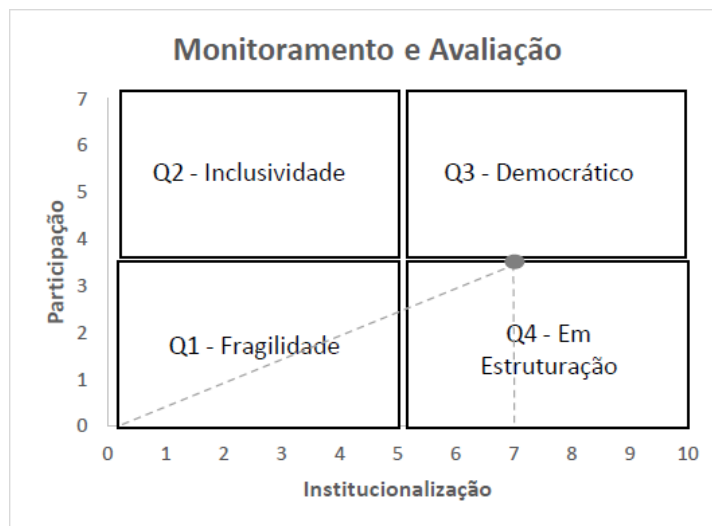
Quadro 21.: Etapa Monitoramento e Avaliação – Participação da Sociedade na PNAISH: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação

VARIÁVEL	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	VARIÇÃO DA PONTUAÇÃO
Dimensão Institucionalização			
(I1) Instâncias Participativas (IP)	Ouvidoria Conferência	1	0 a 1
(I2) Tipo de IP	‘Participação Social’ ‘Gestão Participativa’	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I3) Poder Decisório da IP	Consultivo Deliberativo	3	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I4) Legitimação da IP	Formal para todas IP	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Total Pontuação		7	
Dimensão Participação			
(P1) Sujeitos Políticos Sociais (SPS)	Entidades médicas	0,5	0 a 1
(P2) Processos Participativos (PPart)	Reuniões, simpósios e seminários Conferência	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(P3) Legitimação da IP	Formal para parte das IP	1	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Total da pontuação		3,5	

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O Quadro 21 apresenta a pontuação das variáveis ‘institucionalização’ e ‘participação’ da etapa de monitoramento e avaliação para consolidar no Gráfico 9, abaixo:

Gráfico 9. PNAISH – Monitoramento & Avaliação: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’.



Fonte: Elaboração da Autora (2022)

Quadro 22: PNAISH – Etapas do Ciclo de Política, posição nos Quadrantes do Gráfico ‘Institucionalização’ x ‘Participação’.

ETAPA DO CICLO DE POLÍTICA	GRADIENTE RELACIONADO AOS QUADRANTES	PESO (PONDERAÇÃO)	PONTUAÇÃO
Agenda	0	2	0
Formulação	1	2	2
Implementação	0	1	0
Monitoramento e Avaliação	1	1	1
TOTAL	2	6	3

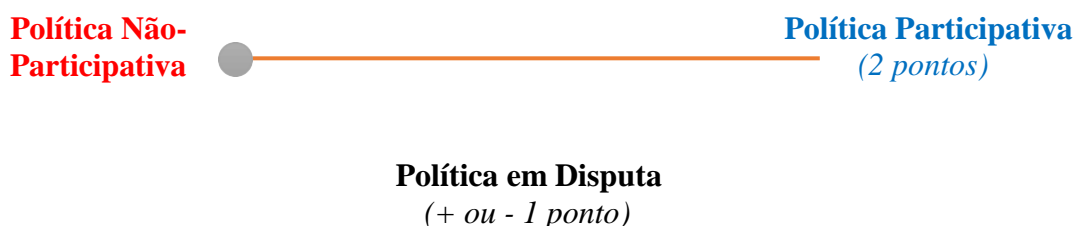
Fonte: Elaboração da Autora (2022)

Pontuação da Política = \sum Pontos de cada Etapa da Política / \sum Pesos atribuídos a cada Etapa da Política

Resultado da PNAISH = 0,5 – Política não participativa

O Quadro 22 apresenta a pontuação geral das etapas da **PNAISH**, considerando ‘peso’ de cada etapa cuja pontuação total consolida a classificação da Política, conforme Figura 7, abaixo:

Figura 7: PNAISH – Análise da Participação da Sociedade na Política Pública: Classificação a partir da pontuação obtida e posição no eixo analítico.



Fonte: Elaboração da Autora (2022)

A PNAISH não teve, em todo o ciclo da política, instâncias participativas institucionalizadas, exceto a submissão para aprovação de sua formulação – Portaria e Documento – no Pleno do CNS (BRASIL, 2009). A participação da sociedade se deu, portanto, em processos participativos não institucionalizados e esporádicos, que contribuiu para a inclusão, no Documento e Portaria (BRASIL, 2009), da diversidade das masculinidades: “Artigo.4. XII – 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 e em situação carcerária, entre outros”.

O processo recente de revisão da PNAISH (BRASIL, 2021) com nova portaria foi definido pela gestão (MS, CONASS e CONASEMS), cuja assinatura e lançamento da nova portaria aconteceu na abertura do 38º Congresso da Sociedade Brasileira de Urologia pelo ministro da Saúde (Portaria GM/MS nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021).

O Quadro 23 apresenta a pontuação da ‘Contribuição da Participação’ considerando os resultados produzidos na política e sua correlação com as demandas sociais e sua ‘legitimação’ (institucionalização), conforme demonstrado abaixo:

Quadro 23: Dimensão da Contribuição da Participação na PNAISH nas Etapas do Ciclo de Políticas.

VARIÁVEL	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO
Dimensão da Contribuição da Participação			
(C1) Correlação	Parcial e totalmente	2	0 a 1 em cada etapa do ciclo de política
(C2) Legitimação	Se tem ou não	2	0 a 1 em cada etapa do ciclo de política

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

Ao se analisar a PNSILGBT, considerando a trajetória descrita no Anexo IV, a partir da Figura 1, evidencia-se que a mesma foi construída e pautada em diferentes instâncias participativas, em todas as etapas do ciclo da política e de forma intersetorial, conforme demonstrado nos Quadros 24 a 27 e Gráficos 10 a 14, abaixo, onde visualiza-se a “participação” e a “institucionalização”, em cada etapa do ciclo da política, depois consolidados no Quadro 28 e aplicados na Figura 8 que apresentam a PNSILGBT como uma “Política Participativa”, conforme demonstrado abaixo:

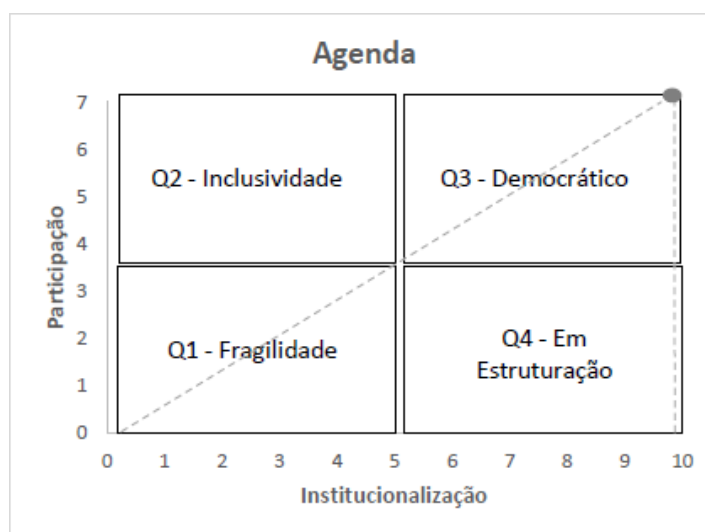
Quadro 24.: Etapa Agenda – Participação da Sociedade na PNSILGBT: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação.

VARIÁVEL	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO
Dimensão Institucionalização			
(I1) Instâncias Participativas (IP)	CNS, CNDC, Comissão Intersetorial LGBT Comitê Nacional LGBT Conferência	1	0 a 1
(I2) Tipo de IP	‘Controle Social’ ‘Gestão Participativa’ ‘Participação Social’	3	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
(I3) Poder Decisório da IP	Consultivo Deliberativo	3	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
(I4) Legitimação da IP	Formal para todas IP	3	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		10	
Dimensão Participação			
(P1) Sujeitos Políticos Sociais (SPS)	Movimento LGBT	1	0 a 1
(P2) Processos Participativos (PPart)	Reuniões Comissão e Comitê Reunião CNS Seminário Conferências	4	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
(P3) Legitimação da IP	Formal para parte das IP	2	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		7	

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O Quadro 24 apresenta a pontuação das variáveis ‘institucionalização’ e ‘participação’ da etapa de agenda para consolidar no Gráfico 10, abaixo:

Gráfico 10. PNSILGBT – Agenda: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’.



Fonte: Elaboração da Autora (2022)

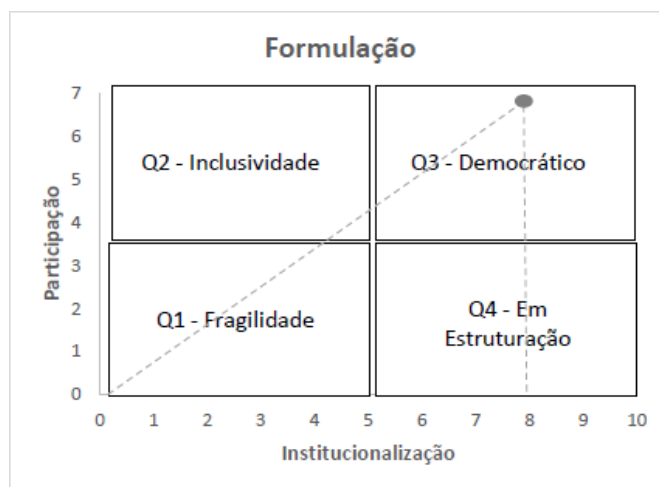
Quadro 25.: Etapa Formulação – Participação da Sociedade na PNSILGBT: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação

VARIÁVEL	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO
Dimensão Institucionalização			
(I1) Instâncias Participativas (IP)	Comitê Nacional LGBT CNS	1	0 a 1
(I2) Tipo de IP	‘Controle Social’ ‘Gestão Participativa’	2	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
(I3) Poder Decisório da IP	Consultivo Deliberativo	3	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
(I4) Legitimação da IP	Formal para todas	2	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
Total Pontuação		8	
Dimensão Participação			
(P1) Sujeitos Políticos Sociais (SPS)	Movimento LGBT	1	0 a 1
(P2) Processos Participativos (PPart)	Reuniões Comitê LGBT Reunião CNS Conferência	3	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
(P3) Legitimação da IP	Formal para todas as IP	3	0 a 1 x n° de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		7	

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O Quadro 25 apresenta a pontuação das variáveis ‘institucionalização’ e ‘participação’ da etapa de formulação para consolidar no Gráfico 11, abaixo:

Gráfico 11. PNSILGBT – Formulação. Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’.



Fonte: Elaboração da Autora (2022)

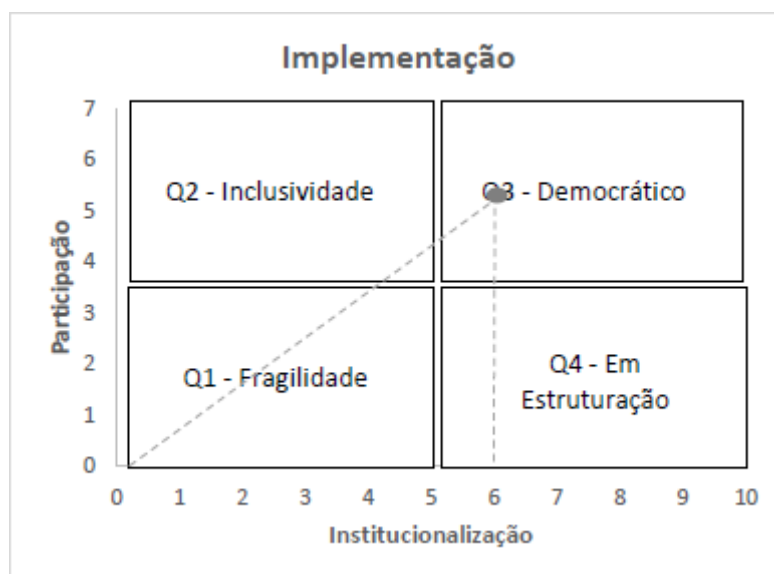
Quadro 26.: Etapa Implementação – Participação da Sociedade na PNSILGBT: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação

VARIÁVEL	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO
Dimensão Institucionalidade			
(I1) Instâncias Participativas (IP)	Comitê Nacional e Estaduais LGBT Comissão Intersetorial	1	0 a 1
(I2) Tipo de IP	‘Controle Social’ ‘Gestão Participativa’	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I3) Poder Decisório da IP	Consultivo	1	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I4) Legitimação da IP	Formal para todas	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		6	
Dimensão Participação			
(P1) Sujeitos Políticos Sociais (SPS)	Movimento LGBT	1	0 a 1
(P2) Processos Participativos (PPart)	Reuniões Comitês Reuniões Comissão Intersetorial	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(P3) Legitimação da IP	Formal para todas as IP	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		5	

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O Quadro 26 apresenta a pontuação das variáveis ‘institucionalização’ e ‘participação’ da etapa de implementação para consolidar no Gráfico 12, abaixo:

Gráfico 12. PNSILGBT – Implementação: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’.



Fonte: Elaboração da Autora (2022)

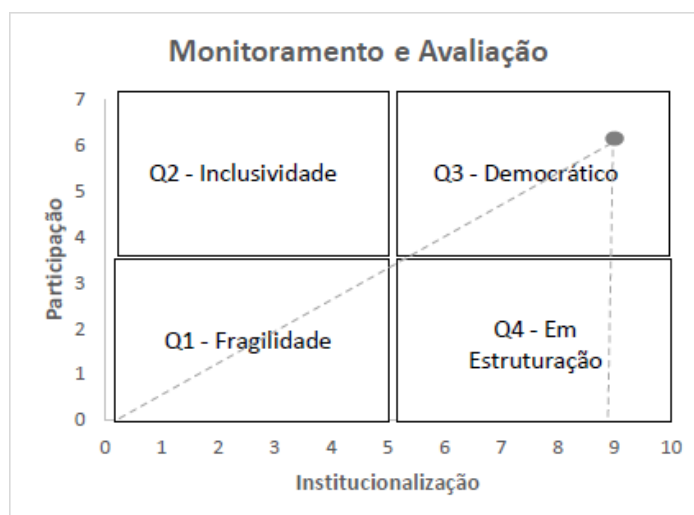
Quadro 27.: Etapa Monitoramento e Avaliação – Participação da Sociedade na PNSILGBT: dimensões, variáveis, parâmetros, pontuação e variação da pontuação

VARIÁVEL	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO
Dimensão Institucionalização			
(I1) Instâncias Participativas (IP)	Comitês Saúde LGBT Comissão Intersetorial CNDC\LGBT Conferências Fórum Interconselhos	1	0 a 1
(I2) Tipo de IP	‘Controle Social’ ‘Participação Social’ ‘Gestão Participativa’	3	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I3) Poder Decisório da IP	Consultivo Deliberativo	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(I4) Legitimação da IP	Formal para todas	3	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		9	
Dimensão Participação			
(P1) Sujeitos Políticos Sociais (SPS)	Movimento LGBT	1	0 a 1
(P2) Processos Participativos (PPart)	Reuniões Comitês Reuniões Comissão Intersetorial Fórum Interconselhos Seminários Conferências	3	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
(P3) Legitimação da IP	Formal para parte das IP	2	0 a 1 x nº de IP de Tipos diferentes
Total pontuação		6	

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O Quadro 27 apresenta a pontuação das variáveis ‘institucionalização’ e ‘participação’ da etapa de monitoramento e avaliação para consolidar no Gráfico 13, abaixo:

Gráfico 13. PNSILGBT – Monitoramento e Avaliação: Análise da Participação da Sociedade: distribuição da pontuação das dimensões ‘institucionalização’ x ‘participação’.



Fonte: Elaboração da Autora (2022)

Quadro 28. PNSILGBT – Etapas do Ciclo de Política, posição nos Quadrantes do Gráfico ‘Institucionalização’ x ‘Participação’.

ETAPA DO CICLO DE POLÍTICA	GRADIENTE RELACIONADO AOS QUADRANTES	PESO (PONDERAÇÃO)	PONTUAÇÃO
Agenda	2	2	4
Formulação	2	2	4
Implementação	2	1	1
Monitoramento e Avaliação	2	1	2
TOTAL	8	6	12

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

$$\text{Pontuação da Política} = \frac{\sum \text{Pontos de cada Etapa da Política}}{\sum \text{Pesos atribuídos a cada Etapa da Política}}$$

Resultado da PNSILGBT = 2,0 – Política Participativa

O Quadro 28 apresenta a pontuação geral das etapas da PNSILGBT, considerando ‘peso’ de cada etapa cuja pontuação total consolida a classificação da Política, conforme Figura 8, abaixo:

Figura 8: PNSILGBT – Análise da Participação da Sociedade na Política Pública:
Classificação a partir da pontuação obtida e posição no eixo analítico.

**Política Não-
Participativa**

Política Participativa
(2 pontos)

Política em Disputa
(+ ou - 1 ponto)

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O Quadro 29 apresenta a pontuação da ‘Contribuição da Participação’ considerando os resultados produzidos na política e sua correlação com as demandas sociais e sua ‘legitimação’ (institucionalização).

Quadro 29: Dimensão da Contribuição da Participação na PNSILGBT nas Etapas do Ciclo de Políticas.

VARIÁVEL	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO	VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO
Dimensão da Contribuição da Participação			
(C1) Correlação	Totalmente	4	0 a 1 em cada etapa do ciclo de política
(C2) Legitimação	Se tem ou não	3	0 a 1 em cada etapa do ciclo de política

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

O Comitê Nacional de Saúde LGBT/SGEP/MS e os comitês estaduais e municipais de saúde LGBT foram *loci* de monitoramento da PNSILGBT, contribuindo para um processo articulado e interfederativo, além da Comissão Intersetorial de Saúde LGBT/CNS, conselhos estaduais de saúde, representantes sociais do CNDC/LGBT nos estados e municípios.

Entre as contribuições do movimento LGBT para a PNSILGBT, destaca-se o reconhecimento da discriminação e do preconceito como fatores de determinação social do adoecimento, como consta no texto da Política:

A marca da PNSILGBT é o reconhecimento de que a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero incide na determinação social de saúde no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. (BRASIL, POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS, 2011).

Os processos participativos nas etapas do ciclo da política foram marcados pela articulação intersetorial e societária, garantindo deliberações e resoluções nas Conferências de Políticas Públicas para LGBT e nas Conferências Nacionais de Saúde. A atuação articulada nos conselhos – CNDC/LGBT e CNS – e comitês nacional e estaduais de saúde LGBT/MS também evidencia a importância da articulação interfederativa e societária entre gestão participativa e controle social. Podendo-se identificar esses processos em todas as etapas do ciclo da política com suas variações, demonstrados nos Quadros 24 a 27 e respectivos Gráficos 10 a 13, e sua consolidação no Quadro 28 e configuração na Figura 8.

Por fim, para comparação das políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT, considerando “instâncias participativas”, “sujeitos sociais” e “resultados”, corroborando a importância da “participação” e da “institucionalização” na produção das políticas públicas (resultados), soma-se ao já apresentado acima, o Quadro 30 (Etapas Agenda e Formulação) e Quadro 31 (Etapas Implementação e Monitoramento & Avaliação).

Quadro 30 – Matriz comparativa das políticas no ciclo das políticas – Etapas Agenda e Formulação

Política	Instâncias participativas	Sujeitos sociais	Resultados
PNAISM (2003-2004)	CISMU/CNS CNS CNDM 12ª Conferência Nacional de Saúde I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres Reuniões e seminários	Movimento Feminista Movimento de Mulheres Negras Marcha das Margaridas	Documento de Princípios e Diretrizes da PNAISM (2004)
PNAISH (2004-2009)	Reuniões e seminários 13ª Conferência Nacional de Saúde Consulta pública CNS	Lideranças de ONG Lideranças de entidades médicas (SBU)	Portaria e Documento de Princípios e Diretrizes da PNAISH (2009)
PNSILGBT	CNS Comissão Intersetorial LGBT-CNS Comitê de Saúde LGBT	Movimento LGBT	Programa Brasil sem Homofobia (2004) Portaria do Comitê Saúde LGBT (2004) Portaria Processo Transexualizador (2008) Carta dos Usuários do SUS – Nome Social

(2004-2011)	CNDCLGBT 13ª e 14ª Conferências Nacionais de Saúde I e II Conferências de Políticas LGBT Reuniões e seminários		(2009) Portaria da PNSILGBT (2011) Resolução I Plano Operativo da PNSILGBT (2011)
-------------	---	--	---

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

Quadro 31 – Matriz comparativa das políticas no ciclo das políticas – Etapas Implementação e Monitoramento e Avaliação

Política	Instâncias participativas	Sujeitos sociais	Resultados
PNAISM (2004-2017)	CISMU/CNS CNDM Comitê de Articulação e Monitoramento PNPM II e III Conferências Nacionais de Políticas para Mulheres Fórum Interconselhos Reuniões e seminários	Movimento Feminista Movimentos Sociais de Mulheres Movimento de Mulheres Negras Marcha das Margaridas	Portaria do Plano e Comitê de Redução da Mortalidade Materna (2004) Normas de Atenção às Mulheres e Adolescentes Vítimas de Violência (2005) Plano Integrado Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST (2007) Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (2004, 2008, 2011) Agendas Transversais Monitoramento Participativo (2012-2015) Resolução CNS – Relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2017)
PNAISH (2009-2021)	Reuniões e seminários Oficina da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (2018)	Lideranças de ONGs Lideranças de entidades médicas (SBU)	Plano de Implementação da PNAISH (2009-2012) Revisão da Portaria da PNAISH (2021)
PNSILGBT (2012-2019)	Comitês Nacional e Estaduais de Saúde LGBT Comissão Intersetorial LGBT-CNS CNDCLGBT 15ª e 16ª Conferências Nacionais de Saúde II e III Conferências de Políticas LGBT Reuniões e seminário	Movimento LGBT	Portaria I Plano Operativo da PNSILGBT (2012-2015) Plano Nacional de Políticas LGBT (2008-2011) Nome social no Cartão SUS (2012) II Portaria do Processo Transsexualizador (2013) Agendas Transversais Monitoramento Participativo (2012-2015) Portarias de Políticas e Comitês Estaduais LGBT (2012-2018)

			<p>Inclusão nome social e violências LGBT na Ficha de Notificação de Violência no Sistema de Informação e Agravos de Notificação do SUS (SINAN) (2014)</p> <p>Resolução CIT – II Plano Operativo da PNSILGBT (2017-2019)</p>
--	--	--	--

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

Os processos participativos que apresentaram maior contribuição da participação da sociedade e maior simetria entre si foram da PNAISM e PNSILGBT que contaram com articulações institucionais estatais intersetoriais (SPM, SDH e MS); instâncias de controle social (CNDM, CNDC e CNS); de participação social (Conferências e Fórum Interconselhos) e de gestão participativa (Comitês e Ouvidoria) fortalecendo a agenda política expressa na formulação das políticas de saúde correspondentes (PNAISM e PNSILGBT).

Constata-se, ainda, que as instâncias participativas institucionalizadas foram os *loci* privilegiados das políticas de saúde das mulheres e saúde LGBT nas instâncias de “controle social” (CISMU\CNS, CNDM, CNDC), de “participação social” nas Conferências Nacionais de Políticas Públicas (Saúde, Mulheres e LGBT) e de “gestão participativa” (Comitê de Articulação e Monitoramento do PNPM e Comitês Saúde LGBT).

Ao observar a trajetória da PNSILGBT a articulação intersetorial societária nas instâncias participativas (CS, PS e GP) foram mais propositivas e ocorreram em todas as etapas do ciclo da política promovendo um processo participativo mais representativo e com mais resultados. A pluralidade e diversidade das representações LGBT contribuíram para a articulação intersetorial e societária, expressas nos resultados alcançados pelas ações e programas implementados pela PNSILGBT (processo transexualizador e nome social; campanhas para os diversos públicos – lésbicas, gays, transexuais e travestis, etc.).

Em relação à saúde do homem, a ausência de sujeitos sociais representativos nas instâncias participativas como força de representação demonstrou a “fragilidade” de legitimação do processo participativo, restrito à formulação da política para sua institucionalização por força da conquista do controle social do SUS.

Essas diversas formas de participação compõem uma “arquitetura de desenho institucional de inovações participativas” (controle social, participação social e gestão participativa) e contribuíram, sem dúvida nenhuma, para a produção de políticas públicas cujos sujeitos sociais se transformaram em sujeitos políticos na relação com o Estado. É fundamental olhar nesse “desenho institucional” – a atuação dos sujeitos sociais

representativos – para dimensionar a legitimação da participação da sociedade nas diferentes instâncias (participação social, controle social e gestão participativa), de forma articulada, e não fragmentada ou individualizada, sem perder a autonomia e a representatividade junto aos seus pares.

A relação entre o Estado (SPM, SDH e MS) e a sociedade civil também foi favorecida pela atuação dos sujeitos sociais nas instâncias participativas (conselhos, conferências e comitês) que proporcionou-lhes o trânsito entre as diversas instituições públicas – ministérios, secretarias –, contribuindo para a articulação societária e institucional.

Embora não seja objeto de análise do modelo proposto nessa Tese, vale ressaltar que o modelo de gestão do SUS pressupõe articulação entre as instâncias participativas (Conselhos e Conferências de Saúde) e a articulação interfederativa de gestão (Comissão Intergestores Tripartite – CIT) para a aprovação e implementação de políticas de saúde. A CIT, aprovada por resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS Nº 002, de 26 de abril de 1991) e instituída pela Portaria Nº 1.180, de 22 de julho de 1991, é considerada uma inovação gerencial na política pública de saúde, e constitui-se como foro permanente de negociação, articulação e decisão das três esferas de governo do SUS – Ministério da Saúde (União), CONASS (estados), e CONASEMS (municípios).

Considerando ainda o contexto político e social no qual as políticas estão inseridas – o Estado capitalista e a sociedade de classes –, tendo como modelo de democracia a “democracia liberal representativa”, reconhecendo-a como um sistema (Dahl, 2015) no qual suas instituições políticas expressam suas fragilidades e suas contradições, como as desigualdades econômicas e sociais, e seus representantes eleitos, os limites de suas representações político-partidárias e societárias, essas experiências institucionais participativas inovadoras no Brasil (Santos e Avritzer, 2002) resgatam a participação como elemento estruturante e constitutivo da Democracia, colocando a “democracia participativa” na cena política do Estado [Rousseau (1968), Pateman (1992) e Held(1987)].

Não se pretende propor transformar o sistema político de uma sociedade a partir da participação institucional. Entretanto, destaca-se a importância de instituições democráticas, permeadas pela representação de sujeitos sociais nas diversas instâncias participativas do Estado, fortalecendo a Democracia e contribuindo para a produção de políticas públicas que incluem na agenda governamental, as prioridades sociais. São experiências de inovações participativas que demonstram a articulação entre a “democracia representativa” e a “democracia participativa” a partir das instâncias de gestão participativa, de participação social e de controle social. Essa participação da sociedade expressa também um projeto político de construção democrática e demonstra como o Estado pode integrá-la, reconhecendo

a sua relevância para inclusão das diferentes representações sociais, para a escuta inclusive do controverso e para o diálogo das contradições em instâncias participativas institucionalizadas que contribuem com o fortalecimento da Democracia.

Ao aplicar o modelo de análise proposto nessa Tese, a partir das trajetórias de três políticas de saúde, foi possível olhar pelo retrovisor o caminho percorrido (passado), sistematizando as diferentes experiências e seus arranjos institucionais participativos que contribuem para olhar em perspectiva para os desafios do futuro.

Espera-se que o esforço desta análise a partir das experiências concretas das políticas de saúde das mulheres, do homem e LGBT, ou seja, dos fenômenos reais, no seu tempo e lugar determinados, em contextos políticos particulares e singulares de cada política, possa corroborar para o reconhecimento da importância das inovações institucionais participativas no processo da democracia participativa e da democracia representativa na produção das políticas públicas. Como afirmou Kosik (1976): “A *práxis* do homem não é atividade prática contraposta à teoria; é a determinação da existência humana como elaboração da realidade”.

7. CONCLUSÕES E DESAFIOS

No Brasil, a participação social passou a representar, em distintas modalidades, elemento estruturante para as políticas públicas. A compreensão de como se dá a participação da sociedade civil oferece elementos relevantes para o debate atual sobre as ações de governo, em especial nas questões sociais.

Gilberto Carvalho

O modelo de análise proposto permitiu fazer conexões e inter-relações, aprofundar comparações e interfaces em cada etapa do ciclo da política, estabelecendo a relação entre a “participação”, a “institucionalidade” e a “produção de políticas públicas”, contextualizando-a nos limites da democracia liberal representativa e trazendo a reflexão sobre a importância da democracia participativa. É possível, inclusive, agregar ao modelo proposto, além das categorias definidas e das variáveis de “institucionalização” e “participação”, outras variáveis e/ou parâmetros, de forma dialética, em que a prática e a teoria se retroalimentam, produzindo novos conhecimentos. As conexões entre os sujeitos políticos sociais e as instâncias participativas (conselhos, conferências, comitês etc.) e os resultados das políticas públicas produzidas (correlação e institucionalidade), apresentadas no modelo de análise proposto, identificam objetivamente a contribuição da participação da sociedade em todas as etapas do ciclo da política.

Algumas conclusões, a partir do modelo: (i) a participação institucionalizada amplia as conexões entre o Estado e a sociedade civil, promovendo articulações institucionais e societárias que fortalecem a produção das políticas públicas; (ii) a gestão participativa contribui para a articulação intersetorial institucional das políticas públicas; (iii) a presença dos sujeitos sociais nas diferentes instâncias participativas (controle social, participação social e gestão participativa) fortalece e expressa o compromisso de responsabilidade da gestão com a democracia participativa; (iv) a representatividade dos sujeitos sociais fortalece sua representação nas instâncias participativas; (v) as conexões e inter-relações entre as instâncias participativas (controle social, participação social e gestão participativa) foram decisivas para a articulação institucional e societária na produção das políticas públicas; (vi) a participação da sociedade contribui para a incorporação de demandas sociais nas políticas públicas, inclusive de novos saberes e práticas.

Algumas lacunas identificadas no processo de elaboração do modelo de análise proposto nessa Tese: (i) identificar a correlação entre os diversos sujeitos sociais nas instâncias participativas para dimensionar as articulações societárias; (ii) incluir a comparação entre as composições societárias das instâncias participativas e as representações sociais; (iii) descrever e analisar os ‘arcos temporais’ dos períodos dos ciclos das políticas e os ciclos da democracia representativa (2003-2010; 2011-2016; 2017-2019).

Considerando as conclusões, lacunas e reflexões apresentadas, alguns desafios se colocam: (i) Como potencializar e legitimar as conexões e inter-relações entre as instâncias participativas (controle social, participação social e gestão participativa)?; (ii) Como articular as instâncias participativas nos territórios?; (iii) Como dimensionar a formação política dos sujeitos sociais e estatais para atuação nas instâncias participativas?; (iv) Como ampliar as representações sociais plurais da sociedade civil nas instâncias participativas?; (v) Como promover a potência democrática dos espaços institucionalizados, estabelecendo pontes com movimentos sociais não institucionalizados e respeitando sua autonomia?; (vi) Como incluir a participação como evidência na construção de políticas públicas?.

O modelo proposto e aplicado nesta Tese apresenta resultados que evidenciam a potência da participação da sociedade em todas as etapas do ciclo da política pública, apontando os desafios e a necessidade de se enfrentar os limites das inovações institucionais participativas e construir as *pontes* entre a democracia participativa e a democracia representativa, especialmente, para *esperançar* na resistência democrática do Brasil atual. Ao apresentar a participação da sociedade em todas as etapas do ciclo das políticas, o modelo demonstra a potencialidade da contribuição da participação não apenas nas etapas da agenda e da formulação, mas também na implementação e no monitoramento e avaliação, rompendo assim com resistências e ou justificativas para não inclusão da participação social nessas etapas, a do conhecimento ‘técnico’ ou ‘da demora’ para decisão no tempo da gestão.

O modelo contribui também para que possa se avançar em transformar as políticas públicas em políticas de Estado e não apenas políticas de governo, fortalecendo e institucionalizando a participação da sociedade, respeitando-se sua autonomia e protagonismo social, e estabelecendo mecanismos de participação nas instituições do Estado democrático e de Direito.

Espera-se que esta Tese e sua reflexão possa contribuir com esses desafios na retomada de (re)construção democrática do Estado brasileiro para os sujeitos sociais, em especial, como agentes de transformação social emancipatória. Com os ataques à participação social que o Brasil tem sofrido nesses tempos de retrocessos democráticos e ameaças a

direitos, é fundamental demonstrar a relevância da contribuição da participação da sociedade para as políticas públicas e para a Democracia.

REFERÊNCIAS

- ABRUNHOSA, M. A.; MACHADO, F. M. S.; PONTES, A. L. M. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.29, n.3, e200584, p.1-13. 2020.
- ACIOLI, S. Participação Social na Saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção Social da Demanda**. Parte III – Participação e Espaços Públicos: polifonia, territórios e as redes de cuidado. Rio de Janeiro: CEPESC\UERJ: ABRASCO, p. 295-305. 2010.
- AGUIÃO, S.; VIANNA, A.; GUTTERRES, A. Limites, espaços e estratégias de participação do movimento LGBT nas políticas governamentais. *In*: LOPES, S. L. L.; HEREDIA, B. M. A (org.). **Movimentos sociais e esfera pública: o mundo da participação: burocracias, confrontos, aprendizados inesperados**. Rio de Janeiro: CBAE, p.238-270. 2014.
- ALBUQUERQUE, G.A. *et al.* Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *In*: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.37, n.98, p.516-524, jul.-set. 2013.
- ALMEIDA, D. C. R. Os desafios da efetividade e o estatuto jurídico da participação: a Política Nacional de Participação Social. *In*: **Revista Sociedade e Estado**, vol.32, n.3, p.649-679, set.-dez. 2017.
- ALMEIDA, D. R. (Org.). **Participação e Controle Social na saúde**. Belo Horizonte: UFMG, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2011. 76p.
- ANDRADE, R. F.; MONTEIRO, A. B. Fatores Determinantes para a criação da Política Nacional de Saúde do Homem. *In*: **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, Macapá, n. 5, dez.2012, p. 71-86.
- ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U.; MEDRADO, B. (org.). **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: Ecos: Editora 34, 1998. 304p.
- AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**. Campinas, vol. 14, nº 1, p.43-64, junho. 2008.
- AVRITZER, L. (org.). **Experiências Nacionais de Participação Social**. São Paulo: Cortez, 2009. 160p.
- AVRITZER, L. **Experiência democrática, sistema político e participação popular**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. 128 p.
- BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. *In*: **Revista do Ceam**. Brasília, v. 2, n. 1, p. 35-46, jan./jun. 2013.
- BARBOSA, R. H. S. A teoria da ‘práxis’: retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. *In*: **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.9-26, mar.\jun. 2010.

BASTOS, F. A.; SANTOS, E.; TOVO, M. F. Capital Social e Sistema Único de Saúde(SUS) no Brasil. **Saúde Sociedade**. São Paulo, vol.18, n.2, p.177-188, jun. 2009.

BEZERRA, L. *et al.* Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.4, p. 883-900. 2012.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. Tradução: Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 20 p.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Nova ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 7ª reimpressão, 2004. 96p.

BORTOLI, F. R.; KOVALESKI, D. F. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região sul do Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n.123, p.1168-1180, out. 2019.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**. Por uma sociologia do campo científico. Tradução: Denice Barbara Catani. São Paulo. Editora UNESP. 2004. 86p.

BRASIL. **Anais da I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais** – GLBT – 2008. 290p.

BRASIL. **Anais da 2ª. Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais** – GLBT, Secretaria de Direitos Humanos, Brasília\DF. 2011. 173p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. História do Conselho Nacional de Saúde. **CNS em Revista**. Ano 1, n. 1 – setembro. 2011. 16p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. As contribuições das Conferências e Conselhos na Construção de Políticas Públicas no Brasil. **CNS em Revista**. 2011. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/miolo_edicao02.pdf. [Acesso em 2020 ago21].

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde**. Evolução e perspectivas. Brasília, Cadernos CONASS, Documenta, n.18. 2009.100p.

BRASIL. Decreto nº 4.726 de 9 de junho de 2003. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo de cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde (art. 26 a 28).

BRASIL. Decreto nº 7.135 de 29 de março de 2010. Dispõe sobre remanejamento de cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS; aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde.

BRASIL. Decreto nº 7.530 de 21 de julho de 2011. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde.

BRASIL. Decreto nº 7.797 de 30 de agosto de 2012. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde.

BRASIL. Decreto nº 5.390, de 8 de março de 2005. **Aprova o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – PNPM**, institui o Comitê de Articulação e Monitoramento e dá outras providências.[acesso em 2020 ago 21].

BRASIL. Decreto nº 9.759 de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. **Diário Oficial da União**: seção 1-Extra, página 5. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/2019-04-11>. [acesso em 2020 ago 21].

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (SNPM). **Relatórios das Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres**. [Brasília, DF]: Ministério da Mulher; 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/conferencias>. [acesso em 2020 ago 21].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sem Homofobia**: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual. Elaboração: André Luiz de Figueiredo Lázaro; organização e revisão de textos: Cláudio Nascimento Silva e Ivair Augusto Alves dos Santos. Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação da Secretaria Especial de Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. Textos Básicos. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: Bases de Ações Programáticas. Brasília. 1985. 27p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Editora Ministério da Saúde. 2013. 178p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Série Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF. 2011.82p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatórios do Conselho Nacional de Saúde**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 1987, 2004, 2008 e 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>. [acesso em 2020 ago 21].

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **Relatórios das reuniões da XXV, XXVII, e XXVIII da Comissão Intersetorial da Saúde da Mulher (CISMU/CNS)**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2004 e 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>. [acesso em 2020 ago 21].

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 163ª reunião do Conselho Nacional de Saúde**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2006/Ata163.doc>. [acesso em 2020 ago 21].

BRASIL Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Seminário Nacional de Atenção à Saúde, Gênero e Saúde da Mulher**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/saudedamulher.htm. [acesso em 2020 ago 21].

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatórios do Conselho Nacional de Saúde**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>[acesso em 2020 ago 21].

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida**. Brasília, Editora MS. 2009. 246p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta da XIV Conferência Nacional de Saúde à sociedade brasileira**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/04_dez_carta_final.pdf. [acesso em 2020 ago 21].

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório da XVI Conferência Nacional de Saúde**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio_16CNS.pdf. [acesso em 2020 ago 21].

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **As contribuições das Conferências e Conselhos na Construção de Políticas Públicas no Brasil**. CNS em Revista. 2011. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/miolo_edicao02.pdf. [acesso em 2020 ago 21].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regimentos internos e organogramas do Ministério da Saúde**. 1ª edição, Série E. Legislação de Saúde. Brasília. Editora MS, 2005, 250p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM**. Documento de apoio às Conferências de Saúde das Mulheres Municipais, Regionais e Estaduais. Brasília/DF, março de 2017, 63p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Editora Ministério da Saúde. 2009. 92p.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha**. Brasília. Editora: Ministério da Saúde. 2015. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. 2009. 428 p.

BRASIL Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Conhecimento em Gestão Participativa: relatório e pesquisa**. Brasília: Editora Ministério da Saúde. 2007. 92 p.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Relatório do I Seminário Nacional de Saúde LGBT**. 2015. 200 p.

BRASIL Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS – 2. ed.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009. 44 p.

BRASIL Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sérgio Arouca: experiências exitosas em gestão participativa no SUS.** MS, CONASEMS, CONASS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2015. 374p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST.** Organizadoras: Katia Guimarães e Ângela Donini. Colaboração: Simone Diniz. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2007. 32 p.

BRASIL, Ministério das Cidades. Cadernos Mcidades. **Participação e Controle Social 2.** 2004. 125p.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Fundação Alexandre Gusmão. **Participação Social como Método de Governo: um mapeamento das ‘interfaces socioestatais’ nos programas federais.** Brasília: FUNAG. 2012. 92p.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Secretaria da Presidência da República. PPA 2016-2019. **Participação Social no PPA.** Fórum Interconselhos. Brasília, DF. janeiro\2018. 22p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico. **Plano Mais Brasil.** PPA 2012-2015: Agendas transversais – monitoramento participativo: ano-base 2012. 2013. 95p.

BRASIL Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** 2ª Reimpressão. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. 2008. 236 p.

BRASIL Secretaria Geral da Presidência. Ministério do Planejamento. **Agendas Transversais.** Monitoramento Participativo. PPA 2012-2015. 116p.

BRASIL. Secretaria Geral da Presidência. **Participação Social no Brasil: entre conquistas e desafios.** Brasília. 2014. 176p.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. **Desafios do controle social na atualidade.** Serv. Social e Sociedade, n.109, p.126-150. mar. 2012.

CADERNO DE PROPOSTAS da 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção de Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – CNDC\LGBT. Secretaria Nacional de Direitos Humanos, Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e Direitos Humanos. Brasília-DF. 2016. 104p.

CAPELLA, A.C. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. *In:* HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E (org.). **Políticas Públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.87-122. 2007.

CAMPOS, G.W.S. A Construção de Espaços Coletivos e a constituição de Sujeitos Coletivos com capacidade de análise e de intervenção como estratégia para a democracia institucional. *In: Um método para análise e cogestão de coletivos*.5.ed. São Paulo: Hucitec, p. 41-8. 2015.

CAMPOS, G.W.S. SUS: o que e como fazer. *In: Ciência & Saúde Coletiva*. 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), vol. 23, n.6, p.1707-1714. 2018.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *In: Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 659-678. 2009.

CARVALHO, G. C. M. **Participação da Comunidade na Saúde**. Campinas, SP: Saberes Editora. 2014. 245p.

CARVALHO, L. P. Feminismos, movimentos de mulheres e as políticas de saúde para as mulheres. *In: LAVALLE, A.G. et al (org.). Movimentos sociais e institucionalização: políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição*. Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 285-330. 2018.

CAUMO, B. L.; CALAZANS, M. E. **Políticas públicas para a população LGBTI no Brasil**. Anais eletrônicos do VII Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade, do III Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade e do III Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade [recurso eletrônico]RIBEIRO, P. R. C.[et al.] (org.). Rio Grande: Ed. da FURG. 2018.[acesso em 2021 abril 10].

CAVALCANTI, J. H. X. **Conferências Nacionais de Promoção a Cidadania LGBTQIA+**: uma análise das propostas e das políticas públicas aprovadas em prol de uma sociedade igualitária. 2021. 90 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Geografia). Instituto de Ciências Humanas do Pontal da Universidade Federal de Uberlândia. Ituiutaba\MG. 2021.

CISNE, M.; GURGEL, T. Feminismo, Estado e Políticas Públicas: desafios em tempos neoliberais para a autonomia das mulheres. **SER Social**. Brasília, v.10, n. 22, p.69-76. 2008.

COELHO, E. B. S. *et al.* **Política nacional de atenção integral a saúde do homem**. [recurso eletrônico].Conteúdo do módulo: Unidade 1: Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. – Unidade 2: Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. – Unidade 3: Estratégias de atuação da atenção básica para a efetivação da PNAISH. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2018. 66 p. Disponível em: www.unasus.ufsc.br

COHEN, A. O Estudo das Políticas de Saúde: implicações e fatos. *In: SANTOS, G. W. S. et al. (org.). Tratado da Saúde Coletiva*. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p.231-258. 2006.

COMPARATO, B. K. Ouvidorias públicas como instrumento para o fortalecimento da democracia participativa e para valorização da cidadania. *In: MENEZES, R. A. e CARDOSO, A. S. R.(org.). Ouvidoria Pública Brasileira – reflexões, avanços e desafios*. Brasília, Ipea, p.43-54. 2016.

CORTÊS, S.V. Introdução: atores, mecanismos e dinâmicas participativas. *In: CORTÊS, S.V. (org.). Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, p.19-39. 2009.

_____ Uma síntese do debate sobre os mecanismos e as dinâmicas participativas no Sistema Único de Saúde. *In: CORTÊS, S.V. (org.). Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, p.199-205. 2009.

CORTÊS, S.V.; SILVA, M. *et.al.* Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais. *In: CORTÊS, S.V. (org.). Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, p.41-71. 2009.

COSTA, A.M. Participação Social na conquista das políticas de saúde para as mulheres no Brasil. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.4, p.1073-1083. 2009.

COSTA, A.M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde. *In: Saúde Sociedade*, São Paulo, v.15, n.2, p.47-55. ago. 2006.

COSTA, A. M; AQUINO, E. L. Saúde das Mulheres na Reforma Sanitária Brasileira. *In: COSTA, A. M, MERCHÁN-HAMANN, E.; TAJER, D. (org.). Saúde, Equidade e Gênero*. Brasília, DF: Editora da UNB. p. 181-202. 2000.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A Saúde da Mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação de políticas para as mulheres no Brasil. *In: Saúde debate*. v.31. n. 75-76-77, p.13-24. 2007.

COSTA, A. M.; GUIMARÃES, M. C. L. **Controle social uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *In: Ciência & Saúde Coletiva*. v.17, n.10, p. 2569-2578. 2012.

COUTO, M. T. Universidade Federal de Pernambuco – Brasil. Resenha. ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U.; MEDRADO, B.(org.). Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo: Ecos: Editora 34, 1998. 304 p. *In: Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, ano 4, n. 9, p. 320-324. out. 1998.

CRISTO, S.C.A. Controle social em saúde: o caso do Pará. **Serv. Social e Sociedade**. n.109, p.93-111, mar. 2012.

CRUZ, E. A. As estratégias de mobilização do movimento feminista para a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004. *In: PEREIRA, E. M.; PEREIRA, M. F.; AMORIM, L. T. (org.). O controle social presente na luta por saúde e democracia*. SUS 30 anos, Goiânia: Editora Espaço Acadêmico, p.49-77. 2019.

DA SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *In: Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p.80-91, jan-mar. 1994.

DAGNINO, E.; TATAGIBA, L.(org.). **Democracia, Sociedade Civil e Participação**. Chapecó: Argos. 2007. 590p.

DAHL, R. A. **Sobre a democracia**. Tradução de Beatriz Sidou. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 2001. 230 p.

DAHL, R. A. **A democracia e seus críticos**. Tradução Patrícia de Freitas Ribeiro; revisão da tradução Aníbal Mari. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Biblioteca jurídica WMF). 2012. 161p.

DAHL, R. A. **Poliarquia**: participação e oposição. 1.ed. 3.reimp. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 2015. 240p.

DALFIOR, E.T *et al.* Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional. *In: Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v.40, n.111, p.128-139, out-dez. 2010.

DE ANDRADE, R. F.; MONTEIRO, A. B. Fatores determinantes para criação da Política Nacional de Saúde do Homem. *In: Revista Eletrônica de Humanidades* do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP <http://periodicos.unifap.br/index.php/pracs>. ISSN 1984-4352. Macapá, n. 5, p. 71-86, dez. 2012.[acesso em 2021 jan 18].

DOCUMENTO PAUTA DE REIVINDICAÇÕES DA MARCHA DAS MARGARIDAS – **2003 Razões para Marchar**. 2003. 31p.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. *In: DONABEDIAN, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. vol. I, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. p.77-125. 1980b.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R, Participação Social. *In: GIOVANELLA, L. et al* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.853-885. 2012.

FERNANDEZ, M. V.; CAVALCANTI, P.; SÁ, D.; VIEGAS, J. Ouvidoria como instrumento de participação, controle e avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil. *In: Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 31, n.4, e 310403. 2021.

FENNER, A. L.D *et al.* Relatos e reflexões com base no projeto de formação de lideranças para a gestão participativa na PNSIPCF. *In: CARNEIRO, F. et al.* (org.). **Campo, Floresta e Águas** – práticas e saberes em saúde. Brasília: Editora Universidade de Brasília, p.406-424. 2017.

FLEURY, S. Democracia e Socialismo: o lugar do sujeito. *In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C.* (org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p.24-26. 2010.

FLEURY, S. (Org.). **Teoria da Reforma Sanitária**: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2018. 336p.

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. (Org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes. 2010. 288p.

FLEURY, S.; OUVRENEY, A.M. Política de Saúde: uma política social. *In: GIOVANELLA, L. et al.* (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.25-57. 2012.

FONSECA, I.F. **Participação como método de governo**: experiências transcalares no Rio Grande do Sul, Brasil e na Toscana, Itália. Brasília: IPEA. 2019. 63p.

- FOUCAULT, M. **História da Sexualidade, 3:** o cuidado de si. São Paulo: Graal; 2007, 246p.
- GOHN, M. G. Teorias sobre a participação social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. *In: Cadernos CRH.* v.32, n.85, abril, p.63-85. 2019.
- GOMES, R. e NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *In: Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v.22, n. 5, p.901-911, mai. 2006.
- GOMES, R. (org.)**Saúde do Homem em Debate.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.2011.228 p.
- GUIZARD, F. L.; *et.al.* Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *In: Physis.* Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.15-39, jun. 2004.
- GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R.S. Vozes da Participação: espaços, resistências e poder de informação. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Construção Social da Demanda.* Parte III – Participação e Espaços Públicos: polifonia, territórios e as redes de cuidado. Rio de Janeiro: CEPESC\UERJ: ABRASCO, p. 227-240. 2010.
- GUIZARDI, F. L. A autocrítica necessária: notas sobre os desafios do controle social no SUS. *In: Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde.* v.9, n.3. jul-set. 2015.
[www.reciis.icict.fiocruz.br]e-ISSN 1981-6278. [acesso em 2021 jan 18]
- GUTTERRES, A.; VIANNA, A.; AGUIÃO, S. Percursos, tensões e possibilidade da participação de movimentos de mulheres e feminista nas políticas governamentais. *In: LOPES, S. L. L.; HEREDIA, B. M. A (org.). Movimentos sociais e esfera pública: o mundo da participação: burocracias, confrontos, aprendizados inesperados.* Rio de Janeiro: CBAE, p.212-237. 2014.
- GRAMSCI, A. **Obras escolhidas.** Tradução: Manoel Cruz. Revisão: Nei da Rocha Cunha. São Paulo: Martins Fontes. 1978. 421p.
- HELD, D. Modelos de democracia. Tradução: Alexandre Sobreira Martins. Editora: Paidéia Ltda, Belo Horizonte\MG. 1987. 154p.
- HEMINI, A. P.A.; BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *In: Physis: Revista de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 300-321. 2020.
- HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas Públicas no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz. 2007. 398p.
- IPEA. **Relatório de Pesquisa.** Ampliação da Participação na Gestão Pública – um estudo sobre conferências nacionais realizadas entre 2003 e 2011. 2013. 80p.
- IPEA. **Políticas Sociais.** Acompanhamento e análise. Capítulo da Saúde. Periódicos. Brasília: Ipea. p.117-180. 2015.
- JARDIM, L.; CUNHA, E. S. M.; AGUIAR, R. A. T. Participação e Controle Social na Saúde. ALMEIDA, D. R. (org.).**Programa de Formação de Conselheiros.** Belo Horizonte: UFMG, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. 2011. 76p.

JONAS, E. Políticas Públicas para as mulheres. Sistema Único de Saúde (SUS) e controle social. *In: PEREIRA, E. M.; PEREIRA, M. F.; AMORIM, L.T. (org.). **O controle social presente na luta por saúde e democracia.** SUS 30 anos, Goiânia: Editora Espaço Acadêmico, p.79-113. 2019.*

KOSIK, K. **Dialética do concreto.** Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio, 2. ed. 6^a. Impressão. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 1995. 230p.

LEAL, A. F.; FIGUEREIDO, W. S.; SILVA, G. S. N. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 10, p.2607-2616. 2012.*

LIMA, M. A. C. S. Mulheres nas Conferências de Desenvolvimento Rural Sustentável e Solidário. *In: SILVA, E. M. (org.) **Participação e Democratização das Políticas Públicas no Brasil: Conselhos e Conferências.** Programa de Formação de Conselheiros Nacionais, p.61-81. 2015.*

LIMA, N.T. *et al.* (Org.). **Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005. 504p.

LOBATO, L.V. C. Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro. *In: **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v.40, número especial 3, p.87-97, dez. 2016.*

LUXEMBURGO, R. Por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres. Disponível em: www.pensador.com/frases/rosaluxemburgo. [acesso em 2020 ago 21].

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2012. 324p.

MARCONDES, M. M.; DINIZ, A. P. R.; FARAH, M. F. S. Transversalidade de gênero: uma análise sobre os significados mobilizados na estruturação da política para mulheres no Brasil. *In: **Rev. Serv. Público.** Brasília, v.69, n. 2, p. 35-61, abr-jun. 2018.*

MARTINS, A. M e MALAMUT, B. S. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *In: **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.22, n.2, p.429-440. 2013.*

MARX, K; ENGELS, F. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S.A. 1975. 215p.

MELO, L.; AVELAR, R. B.; MAROLJA, D. Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. *In: **Revista Sociedade e Estado**, v.27, n.2, p.289-312, maio-agosto. 2012.*

MENICUCCI, T. M. G. A Política de Saúde no Governo Lula *In: **Saúde Sociedade.** São Paulo, v.20, n.2, p.522-532. 2011.*

MENEZES, R. A.; CARDOSO, A. S. R. (org.). **Ouvidoria pública brasileira: reflexões, avanços e desafios.** Brasília: Ipea. 2016. 231p.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Desafios da Participação Social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. *In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (org.). **Participação, Democracia e Saúde***. Rio de Janeiro: Cebes, p.229-247. 2010.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Dilemas da participação social em saúde: reflexões sobre o caráter deliberativo dos conselhos de saúde. *In: **Saúde em Debate***. Cebes. Rio de Janeiro. v. 34, n. 84, p. 47-55, jan-mar. 2010.

MOREIRA, M. R. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. *In: **Saúde em Debate***. Cebes. Rio de Janeiro, v.40, número especial, p.25-38, dez. 2016.

NETO, F. L e DURÁN, P. R. F. Ouvidorias públicas e conselhos de políticas: avanços e desafios na democratização da participação social e nas relações entre Estado e Sociedade. *In: MENEZES, R. A.; CARDOSO, A. S. R.(org.). **Ouvidoria Pública Brasileira** – reflexões, avanços e desafios*. Brasília. Ipea, p.55-77. 2016.

OLIVEIRA, M. L.; ALMEIDA, E. S. Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *In: **Saúde Sociedade***. São Paulo, v.18, n.1, p.141-153. 2009.

OLIVEIRA, D. T de.; OLIVEIRA, A. G. de. As Ouvidorias do SUS: como a Participação Popular se materializa como Ferramenta de Gestão e Política Pública? *In: **Revista Tecnol. Soc.*** Curitiba, v. 15, n. 35, p. 290-310. jan.- abr. 2019.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje: agenda de amanhã. Geneva: OMS. 2009. 112 p. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf..[acesso em 2021 jan 18].

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *In: **Cadernos de Saúde Pública***, v.14, n.1, p.25-32.1998.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**: uma contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008. 356p.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Tradução de Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992. 80p.

PEREIRA, M. F. Desafios para a participação popular e controle social no SUS. *In: Pereira, E. M.; Pereira, M. F.; Amorim, L. T. (org.). **O controle social presente na luta por saúde e democracia***. SUS 30 anos, Goiânia: Editora Espaço Acadêmico, p.13-30. 2019.

PIMENTA, A. L. A construção de colegiados de gestão: a experiência de gestão da Secretaria Municipal de Saúde analisada por um ator político implicado. *In: **Saúde Sociedade***, vol.21, suppl.1, p.29-45, maio. 2012.

PIRES, R. R. C.; VAZ, A. C. N. **Para além da participação**: interfaces societais no governo federal. Lua Nova. São Paulo, n.93, p.61-91, dez. 2014.

PIRES, R. R. C.; VAZ, A. C. N. **Participação Social como Método de Governo** – um mapeamento das ‘interfaces socioestatais’ nos programas federais. 1707 – Texto para discussão. Rio de Janeiro: Ipea, fevereiro. 2012. 57p.

PITANGUY, J. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. *In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (org.). Questões da Saúde Reprodutiva.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.19-38. 1999.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D.C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *In: Ciência & Saúde Coletiva.* v.22, n.5, p.1509-1520. 2017.

PRZEWORSKI, A. **Ama a Incerteza e Serás Democrático.** São Paulo: Novos Estudos CEBRAP 9, p.36-46. 1984.

RAGO, M. Epistemologia feminista, gênero e história. *In: PEDRO, J.; GROSSI, M. (org.). Masculino, Feminino, Plural.* Florianópolis: Mulheres. p. 1-17. 1998.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.** Projeto: Fortalecimento da sociedade civil e advocacy em saúde sexual e reprodutiva. Apoio: Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Porto Alegre. dez. 2008.

RELATÓRIO FINAL. **Conferência Nacional Livre de Saúde da Mulher.** Etapa Preparatória a 15ª Conferência Nacional de Saúde. out. 2015. 12p.

RELATÓRIO PLATAFORMA DE CAIRO – **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO,** p.53-54. 1994.

RELATÓRIO DO PERFIL DOS ENTREVISTADOS NA PESQUISA OUVIDORIA QUE VAI AO CIDADÃO: REDE INTEGRADA PARA A GESTÃO DA INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E MOBILIZAÇÃO PARA A 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Universidade de Brasília\NESP. Brasília\DF, maio. 2015. 76p.

RELATÓRIO FINAL – 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE DIREITOS HUMANOS DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. 2016. 126p.

RELATÓRIO FINAL 1ª. Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Debates livres. 6.5.2. A importância da revisão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) criada em 2009. Brasília/DF, 2018, p.44. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br. [acesso em 2022 jan 28].

REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, Volume 10, número 1, 2005.

REVISTA RADIS. **Respeito faz bem à saúde.** n.128, maio. 2013. Comunicação e Saúde. www.ensp.fiocruz.br/radis.

REZENDE, R.B; MOREIRA, M.R. Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014. *In: Ciência & Saúde Coletiva.* v.21, n. 5, p.1409-1420. 2016.

RICARDI, L.M.; SHIMIZU, H.E.; SANTOS, L.M.P. As Conferências Nacionais de Saúde e o Processo de Planejamento do Ministério da Saúde. *In: Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v.41, número especial 3, p. 155-170, dez. 2016.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A Crise do Federalismo Cooperativo nas Políticas de Saúde no Brasil. *In: Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. Cebes, v.40, número especial, p.14-24. 2016.

ROCHA, E. A Constituição Cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios. *In: 20 de Constituição Cidadã: avaliação e desafios da seguridade social*. Anfp. Brasília, 2008.

ROCHA, L.; MOREIRA, D.; REIS, A. Identidades e Segmentos Populacionais. *In: FREITAS, R.; SCÁRDUA, M. (org.). Políticas Públicas para um novo projeto nacional de desenvolvimento*. A experiência dos Comunistas. São Paulo: Anita Garibaldi: Fundação Maurício Grabois, p.187-248. 2011.

ROUSSEFF, D. **Discurso proferido na cerimônia de lançamento da Política Nacional de Participação Social**. Brasília, 23 de maio de 2014.

SÁ, D.A. *et al.* (org.). **Ouvidoria do SUS** [recurso eletrônico]: a voz do cidadão e resultados de pesquisas. Recife: Ed. UFPE. 2019. 222p.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. *In: Santos, B. S. (org.). Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p.1-56. 2002.

SANTOS, B. S. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. Tradução: Mouzar Benedito. São Paulo: Boitempo. 2007. 127p.

SANTOS, N. R. Democracia e Participação da Sociedade em Saúde. *In: Estado, Sociedade e Formação*. p. 227-246. 2010.

SANTOS, W. G. **Poliarquia em 3D**. *In: Dados*, v.41, n.2. Rio de Janeiro, 1998. <http://dx.org/10.1590/50011-5258199800020001>.

SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. (org.). **Políticas públicas: coletânea**. Brasília: ENAP, 2006, Reimpressão: v.1. 2007. 152p.

SCHIERHOLT, S.; SHIMIZU, H. E. **Gestão do SUS: Interfederativa e participativa**. *In: Tempus, actas de saúde coletiva*. Brasília, v.8, n.2, p.109-113, jun. 2014..

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R. e COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.1, p. 7-17. 2005.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. *Educ. Real*. v. 20, n. 2, p. 5-22. 1990.

SENA, A.; SOUTO, K. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. *In: Tempus, Actas de saúde coletiva*. Brasília, v.11, n. 1, p.09-28, mar. 2017.

SHIMIZU, H.; PEREIRA, M.F.; CARDOSO, A.J. (org). **Política, planejamento e gestão participativa em saúde**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2018. 128 p.

SILVA, B. G. Foi Golpe contra a democracia. *In*: Santos, L. A.; *et al*(org.). **O golpe de 2016 e o Futuro da Democracia no Brasil**. São Luis: EDUFMA, p.36-46. 2021.

SILVA S. F. C. A Participação do Conselho Nacional de Saúde no Processo Decisório das Políticas de Saúde (janeiro de 2006 a dezembro de 2009). 2011. 139p. **Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2011.

SILVA, E. M.; SOARES, L. B. (org.) Experiências de Participação Institucionalizada. *In*: OLIVEIRA, V.; *et.al*. **Programa de Formação de Conselheiros**. Belo Horizonte: UFMG\FACICH. 2013. 162p.

SILVA, E. M.; SOARES, L. B. (org.). Políticas Públicas e Formas Societárias de Participação. LITWINCZIK, M.; *et. al*. **Programa de Formação de Conselheiros**. Belo Horizonte: UFMG\FACICH. 2013. 184p.

SILVEIRA, P. S.; PAIM, J. S.; ADRIÃO, K. G. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. *In*: **Saúde debate**. Cebes. v.43, n.8, p.276-291. 2019.

SIQUEIRA, S. A. V.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. Políticas de Promoção da Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *In*: **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 1397-1406. 2017.

SOUTO, K. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *In*: **SER Social**. Brasília, v.10, n.22, p.161-182, jan.-jun. 2008.

SOUTO, K.; SENA, A. G.; PEREIRA, V. M.; SANTOS, L. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? *In*: **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. Cebes. v. 40, número especial, p.49-62. dez. 2016.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *In*: **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. Cebes. v. 45, n. 130, p. 832-846. jul-set. 2021.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. *In*: HOCHMANN, G; ARRETCHE, M.; MARQUES, E (org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 65-86. 2007.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *In*: **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. Cebes, v. 29, n. 71, p. 268-283, set.-dez. 2005.

TRAVASSOS, R. S. Participação popular ou participação social: qual é a diferença? *In*: BORNSTEIN, V. J. (Org.). **Formação em educação popular para trabalhadores da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 203-210. 2017.

WOLLSTONECRAFT, M. **Reivindicação do direito das mulheres**. Tradução: Ivania Pocinho Motta. 1. ed. São Paulo: Boitempo: Iskra. 2016. 256p.

ANEXO A – Categorização das instâncias participativas

Quadro 1 – Instâncias Participativas – definição, categoria, institucionalidade, sujeitos políticos e poder de decisão.

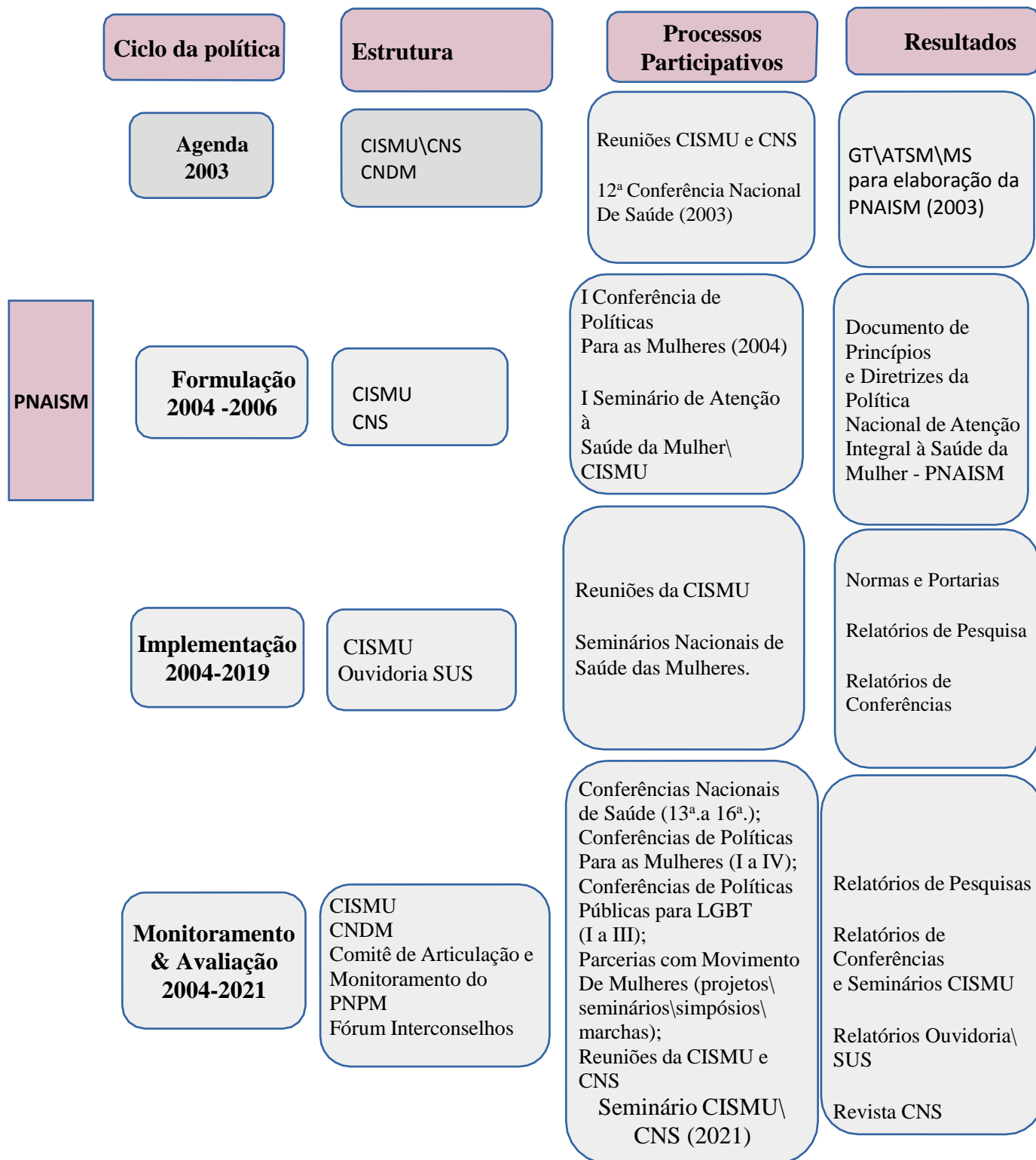
INSTÂNCIAS PARTICIPATIVAS	DEFINIÇÃO	CATEGORIA	INSTITUCIONALIDADE	SUJEITOS POLÍTICOS	PODER DE DECISÃO
CONSELHOS DE POLÍTICAS	Instâncias colegiadas permanentes, integradas por representantes do governo e sociedade civil.	Controle Social	Sim	Sujeitos sociais e sujeitos estatais	Deliberativo ou consultivo
CONFERÊNCIAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS	Instâncias periódicas de participação sobre temas específicos, com representantes de governo e da sociedade civil, envolvendo as três instâncias de gestão.	Participação Social	Sim	Sujeitos sociais e sujeitos estatais	Deliberativo
FÓRUM INTERCONSELHOS	Instância de participação da sociedade na elaboração e monitoramento dos Planos Plurianuais, com representantes de Conselhos e Comissões Nacionais.	Participação Social	Sim	Sujeitos sociais e sujeitos estatais	Consultivo
COMITÊS, COMISSÕES, GT	Instâncias de gestão com participação de representantes da sociedade civil com foco em uma determinada política, programa ou ação de saúde.	Gestão Participativa	Sim	Sujeitos sociais e sujeitos estatais	Consultivo
OUVIDORIAS	Instância de gestão com participação por manifestação individual ou coletiva sobre determinada política, serviço ou programa.	Gestão Participativa	Sim	Sujeitos estatais e sujeitos sociais (individuais ou coletivos)	Consultivo

INSTÂNCIAS PARTICIPATIVAS	DEFINIÇÃO	CATEGORIA	INSTITUCIONALIDADE	SUJEITOS POLÍTICOS	PODER DE DECISÃO
CONSULTA PÚBLICA	Mecanismo participativo de caráter virtual, com prazo definido, que visa receber contribuições da sociedade civil.	Participação social	Sim	Sujeitos sociais (individuais e ou coletivos).	Consultivo

Fonte: Elaboração da Autora (2022)

ANEXO B – Aplicação do Modelo Donabedian ‘adaptado’ à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres

Figura 1. Matriz da trajetória da PNAISM nas etapas do ciclo das políticas relacionando-as à tríade ‘estrutura’, ‘processos participativos’ e ‘resultados’.

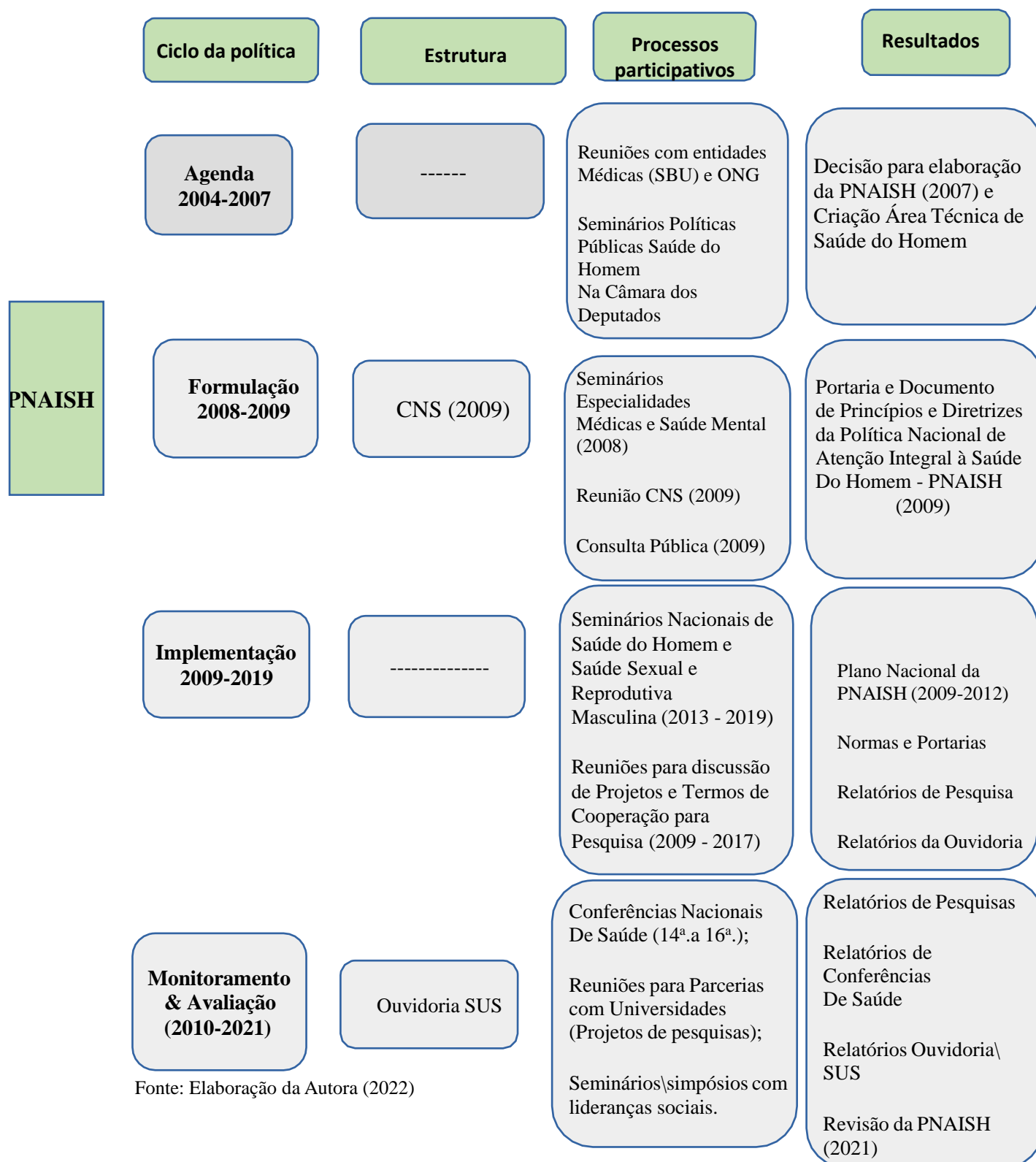


Fonte: Elaboração da Autora (2022)

A Figura 1 consolida a trajetória da **PNAISM**, nas etapas do ciclo de políticas (agenda, formulação, implementação e monitoramento & avaliação) relacionando-as à tríade – ‘estrutura’, ‘processo’ e ‘resultados’.

ANEXO C – Aplicação do Modelo Donabedian ‘adaptado’ à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

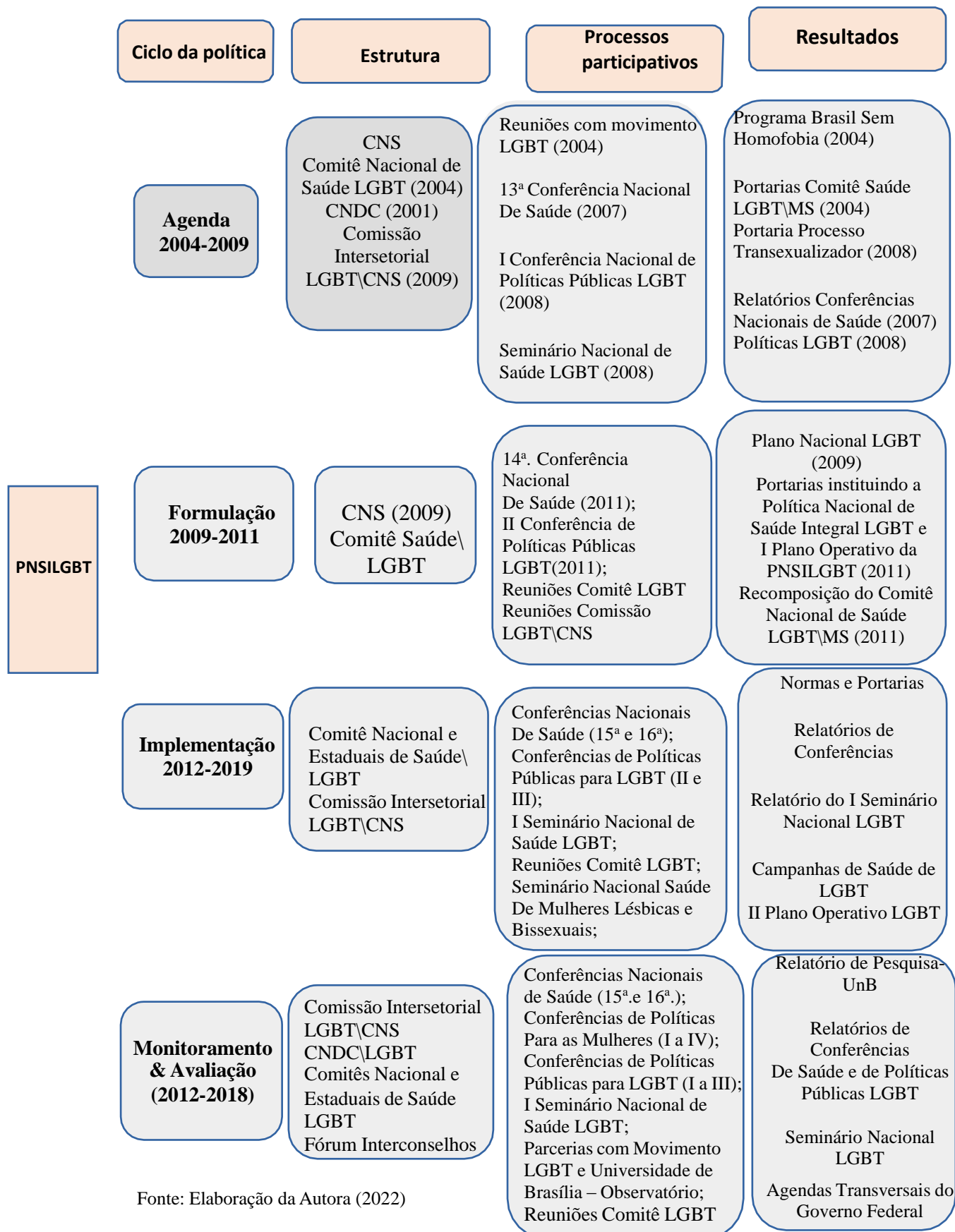
Figura 1. Matriz da trajetória da PNAISH nas etapas do ciclo das políticas relacionando-as à tríade ‘estrutura’, ‘processos participativos’ e ‘resultados’.



A Figura 1 consolida a trajetória da **PNAISH**, nas etapas do ciclo de políticas (agenda, formulação, implementação e monitoramento & avaliação) relacionando-as à tríade – ‘estrutura’, ‘processo’ e ‘resultados’.

ANEXO D – Aplicação do Modelo Donabedian ‘adaptado’ à Política Nacional de Saúde Integral LGBT

Figura 1. Matriz da trajetória da PNSILGBT nas etapas do ciclo das políticas relacionando-as à tríade ‘estrutura’, ‘processos participativos’ e ‘resultados’.



Fonte: Elaboração da Autora (2022)

A Figura 1 consolida a trajetória da PNSILGBT, nas etapas do ciclo de políticas (agenda, formulação, implementação e monitoramento & avaliação) relacionando-as à tríade – ‘estrutura’, ‘processo’ e ‘resultados’.