

I Encontro Latino Americano Saúde Equidade e Gênero

O I Encontro Latino Americano Saúde Equidade e Gênero aconteceu nos dias 18 e 19 de setembro último, no Rio de Janeiro e resultou de uma parceria entre ABRASCO e ALAMES através do nosso GT Gênero e Saúde e da Red Latino Americana de Genero e Saude e sua execução ficou a cargo do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da UnB. Síntese de relatório elaborado por Ana Maria Costa e Edgar Hamann

O evento permitiu a realização de um debate sobre a inclusão da perspectiva de gênero na formulação e implementação de políticas públicas na busca da equidade e da qualidade de saúde. A dinâmica de mesas redondas possibilitou aos diversos convidados apresentarem suas contribuições apreciadas e comentadas pelos demais participantes. Textos previamente elaborados pelos expositores, a partir de encomenda da Comissão Organizadora, serão objeto de uma publicação em tempo oportuno.

Antecedendo estas mesas, a Professora Asa Cristina Laurell realizou uma Conferencia de abertura contextualizado o processo de Globalização e suas conseqüências para a América Latina e em especial para a saúde.

A primeira mesa teve como objeto a discussão da Globalização, Reforma do Estado e as perspectivas para a saúde contando com a participação de três apresentadores : Célia Almeida (Fiocruz), Roberto Nogueira (NESP/UnB), e Débora Tajer UBA, Argentina.

Célia Almeida destacou que os aspectos recentes da globalização não são fenômenos “naturais”, nem dinâmicas inexoráveis, mas sim ativamente produzidas em específicas conjunturas político-econômicas, sobretudo nas últimas décadas, com sérias repercussões nos campos econômico, social, político e cultural.

Em todo mundo, avalia Célia, há uma reviravolta desencadeada pela crise econômica dos anos 70, que promoveu processos críticos sem precedentes, tanto à direita quanto à esquerda do espectro político, que combinada à hegemonia neoliberal da década de 80, conduziu a inúmeras revisões e a processos de reforma.

No que toca especificamente à política social, na qual a política de saúde se insere, essa dinâmica foi marcada pelo debate em torno ao esgotamento do *welfare state* keynesiano, questionando-se a validade da política social como um meio adequado,

legítimo e efetivo para suprir as inúmeras carências dos indivíduos na sociedade. E a crise econômica impôs limites objetivos que foram utilizados politicamente. Nesse processo, ganharam visibilidade vários problemas, que embora não sejam exclusivos do setor estatal, adquirem especial importância nessa conjuntura crítica.

A elaboração das propostas de reforma na área social tende a centrar sua crítica no lado da oferta (*supply side*) de serviços e benefícios, com especial ênfase naqueles vinculados à proteção social. As premissas centrais que fundamentam essa perspectiva referem-se à sobrecarga estatal frente às demandas exacerbadas pela crise econômica e pela força dos grupos de interesse.

A macroeconomia do processo de ajuste constitui a essência das reformas econômicas nos anos 80 e 90 e a piora das condições de vida e saúde das populações da região latino-americana aparece como um dos resultados mais impactantes, colocando a questão da equidade no centro das agendas reformadoras, surgindo propostas de "transformação produtiva com equidade" e de "reformas voltadas para a superação das desigualdades setoriais". Frequentemente, porém, a inclusão do princípio de equidade na formulação das políticas de saúde não se acompanha, automaticamente, da implementação de políticas que resultem em melhores níveis de equidade na prestação de serviços de saúde. Isto é especialmente importante nas agendas reformadoras atuais onde as mudanças propostas são preconizadas como as mais efetivas para o alcance de melhores níveis de equidade.

Passou-se a afirmar então que embora a política social tenha como princípio orientador a busca da equidade, fazia-se necessário *definir adequadamente o modo de aplicar tal princípio*, cujos limites políticos são claramente colocados pela decisão sobre a destinação dos recursos. Para os serviços de saúde, recomenda-se uma política compensatória baseada em princípios de seletividade de base territorial e focalização nos mais necessitados, além de definição de prioridades, trabalhando *com uma concepção sintética do social*. O princípio de equidade é evidenciado numa perspectiva restritiva, ou seja, de intervenção pública reduzida a um nível básico e com priorização dos grupos populacionais mais carentes, o que pode redundar em resultados menos equitativos.

Celia Almeida aponta o *caráter de metapolítica* da política social, apontado por Wanderley Guilherme dos Santos, e o real dilema entre justiça social e equidade que, embora não seja novo nas sociedades modernas, reveste-se hoje de contornos dramáticos, pois atinge de forma importante a questão ética, uma vez que antes se supunha ser possível equilibrar os dois parâmetros (escassez e justiça social).

Discute então o conceito de equidade em saúde, que tem sido objeto de amplo debate, abarcando várias dimensões do problema e estimulando a discussão sobre sua operacionalização. Celia Almeida ressalta que, segundo vários autores, o termo equidade em saúde se refere *a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de consideradas injustas*. Portanto, para que uma determinada situação seja identificada como injusta suas causas deverão ser examinadas e *judgadas* no contexto mais amplo da sociedade, o que remete necessariamente aos valores e princípios político-ideológicos que orientam a política setorial num dado país, em um dado momento histórico. Algumas questões críticas têm emergido nesse debate, sendo vários os significados de equidade em saúde e raro o consenso em torno a uma definição. As definições operacionais de equidade na área da saúde, explícitas ou implícitas, sempre vão trabalhar em alguma medida com a noção de necessidades diferenciadas de distintos grupos sociais, onde em geral se imbricam os determinantes da diversidade (sexo, idade, raça etc.) com os da diferença devidas à injustiça social (níveis de renda, acesso a bens e serviços etc.).

No que diz respeito à necessidade, não existe nem uma definição única e nem uma única metodologia para medi-la e os autores em geral concordam que não é um conceito absoluto, pois as diversas formas de apreensão do perfil de necessidades de grupos populacionais específicos sempre vão exprimir visões parciais, limitadas tanto por questões metodológicas, quanto por percepções e valores, seja do indivíduo seja do avaliador.

Nesse processo ganha relevância a elaboração de instrumentos e indicadores para o monitoramento dos processos de reforma dos sistemas e a avaliação dos resultados na perspectiva da equidade.

Para concluir ela acrescenta que , ainda que o acesso aos cuidados de saúde e o uso dos serviços seja o mais equitativo possíveis, algum grau de desigualdade sempre existirá, decorrente. Assim, a faz-se necessário introduzir nesse debate a questão da política, e os níveis de desigualdade que uma sociedade está disposta a suportar têm que ser politicamente pactuados. Portanto a identificação dos princípios norteadores das políticas , dos procedimentos usados na sua implementação e dos critérios adotados na sua avaliação exigem manter viva a criatividade e a capacidade de análise crítica.

A contribuição de Roberto Nogueira estimulou o debate através da explicitação de alguns argumentos que mostram a falta de respaldo e compromisso ético político frente a equidade. Os argumentos ,extraídos do marxismo e do neopragmatismo de Rorty, nos remete ao lugar de impotência diante do debate da equidade.

Para ser eficaz, segundo Nogueira, a busca da equidade deve compor um impulso

social para a superação das condições concretas de desigualdades a partir da mobilização de amplas forças sociais. No caso da Reforma Sanitária brasileira, o ponto de partida foi a identificação da situação de iniquidade que existia entre dois tipos de atendimento garantidos pelo Estado: o INAMPS, que era exclusivo dos trabalhadores do setor formal da economia, e os programas assistenciais públicos (coordenados pelo Ministério da Saúde), que atendia sobretudo os mais pobres. O reconhecimento da injustiça dessa situação foi decisivo para pensar um sistema de acesso universal – o injusto teve que ser denunciado, em primeiro lugar, para somente depois abordar as mudanças de relações entre Estado e Sociedade. Numa interpretação que segue a dialética hegeliana-marxista, pode-se dizer que a reforma se orientou por uma espécie de negação da negação. Outro exemplo, nacional lembrado por Nogueira, diz respeito à luta pela implementação do PAISM realizada pelo movimento feminista onde a integralidade, contingente do enfoque de Gênero, transcende a intervenção pontual e focalizada do planejamento familiar. Aqui, o conceito positivo de integralidade da saúde as mulher, buscou apoiar-se numa negação do caráter unilateral do atendimento centrado quase que exclusivamente no controle da fecundidade (para o planejamento familiar). Em consequência, o processo da construção desta Reforma não se limita a reconhecer os critérios técnicos da integralidade na organização dos serviços de saúde – o integral é, na verdade, uma negação do parcialismo do atendimento que atenta mais ao aspecto reprodutivo do que a outras necessidades das mulheres. Nogueira faz referência ainda ao filósofo canadense Charlea Taylor, a respeito da identidade moral da modernidade - o iluminismo, numa vertente radical, encontrou na polêmica uma arma de luta que alimentava a sua força moral através dos movimentos de luta contra os erros, as fraudes, as injustiças. Trata-se de uma posição de negação das injustiças produzidas pelas instituições e dos costumes, mais valorizada que a própria afirmação de valores e bens. Na modernidade, os seguidores desta corrente exigem que os valores morais sejam sempre destacados pela nomeação de quem são seus inimigos.

Débora Tajer parte do entendimento que a globalização é priorizadora das políticas de mercado que coloca os interesse econômicos à frente dos interesses sociais. A postulação dos princípios da equidade, integralidade e qualidade constitui um caminho político à lógica prevalente neoliberal. No entanto, reforça, a perspectiva de gênero não tem sido incorporada em nenhum país latinoamericano de forma expressiva.

Paralelamente, há franco incentivo por parte do Organismos internacionais para a inserção da categoria Gênero nas políticas de saúde e isso é reforçado pelos movimentos de mulheres. O risco da incorporação de gênero nesta conjuntura é o de depositar nas

mulheres a responsabilidade do estado. Por isso há necessidade de reformar a reforma.

Segue explicando que a reforma da reforma pode constituir-se em um ponto central de impacto sobre as condições de inequidades históricas, derivadas das relações de poder e dominação legitimadas.

O conhecimento acumulado pelas mulheres no campo da saúde sob a perspectiva de gênero permitem redimensionar as ações em saúde no âmbito das intervenções estatais.

Por outro lado, afirma Débora isso implica em desafios que garantem a representação política das mulheres nas instâncias de decisão e então algumas questões precisam ser postas: Como avançar na transformação das mulheres em atores sociais, defendendo interesses de gênero e equidade? Como consolidar processos de representações de acordos democráticos no interior de grupos que defendem estes direitos? Como estabelecer códigos comuns e acordos duradouros em parcerias?

A discussão sobre modelo de gestão agregado a inclusão de gênero como determinantes de suas estratégias e ações contou com a contribuição de Maria de Los Angeles Garduno do México, de Pilar Campana do Perú, Cristina Boareto de Rio de Janeiro-Brasil e de Lily Caravantes da Guatemala. A representante do México alerta para o risco do agravamento das iniquidades gerado pelo processo de reforma que, sob o discurso de modernização promovem o individualismo e a exclusão. Nesse contexto, o Estado ajusta-se para apresentar respostas a partir das diretrizes preconizadas pela ordem neoliberal internacional promovendo reformas e políticas focalizadas. À inércia reativa inicial, recentemente surgem movimentos sociais com importante papel no redesenho destas relações entre Estado e Sociedade. Assim, entre outros novos atores sociais, o movimento de mulheres tem identificado espaço de ação para uma prática política diferente e, ao mesmo tempo influenciar na adoção de iniciativas para a geração de mudanças, permitindo visibilidade a temas antes ausentes especialmente no âmbito da saúde.

Há uma concordância especialmente ressaltada por Lily Caravantes e Garduno de que, a incorporação da violência familiar, ao ganhar status como problema de saúde, contribui para o reforço da necessidade da abordagem integral na assistência a saúde colocando na pauta novas necessidades para gestores e operadores da assistência de forma geral.

A focalização, outra estratégia preconizada nesse contexto neoliberal, se expressa pela seleção de grupos populacionais para aos quais se implementa estratégias de cuidados voltadas para determinados problemas, em substituição aos princípios da universalidade e

da integralidade assistencial.

Concordam Maria Cristina Boareto e Angeles Garduno que a incorporação da perspectiva de Gênero em saúde deve carrear estratégias para a redução da medicalização das mulheres e ao mesmo tempo estimular a postura de autonomia e autodeterminação destas sobre o seu corpo. Por outro lado a valorização do trabalho doméstico e a recuperação do sentido de sujeito social deve ser enfatizada e a recuperação dos conhecimentos das mulheres sobre saúde constitui um caminho importante.

Outro aspecto importante analisado refere-se ao fato da retirada do Estado de suas atribuições de promotores da saúde e o recrudescimento vigoroso de um discurso que remete às mulheres esta responsabilidade, falsamente revestida de argumentos fortalecedores de sua atuação mas que no fundo, encobrem o reforço do seu papel tradicional de trabalhadoras assalariadas do lar, o que caracteriza um abuso sobre as mulheres.

Pilar Campana , ao apresentar os resultados de um inquérito realizado entre gestores públicos no Perú evidencia a desinformação e pouca importância do conceito de gênero entre eles, abrindo uma necessidade de ações específicas para sensibilização deste segmento, normalmente responsáveis pela formulação e implementação de programas e projetos no campo da saúde.

A participação das OnGs na oferta e no controle de serviços tem sido valorizada como meta dos processos de reforma de Estado e tem um lado positivo porém é necessário ver criticamente pois pode também significar uma estratégia de diminuição dos custos e de omissão do Estado.

É importante valorizar os resultados da Conferências Internacionais que têm, sem dúvida, ampliado o espaço dos direitos das mulheres. No entanto, o uso destes instrumentos pelas mulheres como instrumento de pressão ainda é inexpressivo e por isso os governos, embora signatários destas propostas, seguem não adotando qualquer medida necessária para a consecução de seus compromissos .

A mesa redonda de Equidade Gênero nos Processos de Reforma Setorial de Saúde, esteve integrada por Jeanine Anderson (Pontificia Universidad Católica - Perú), María Urbaneja (Coordenadora Geral de ALAMES e Cooperación Internacional do Ministério da Saúde – Venezuela) e Eleutério Rodrigues (UnB). Jeanine Anderson entende que, no triângulo Estado – Mercado - Família, pouca importância tem sido dada a este último elemento, aqui entendido a partir de uma perspectiva ampliada, enquanto espaço local, com a presença de associações, entidades, e outras formas organizacionais

que não são regidas nem pelas leis do mercado, nem submetidas às instâncias burocráticas do Estado. No processo de reforma do setor saúde peruano, a autora constatou a aparente contradição entre o entusiasmo demonstrado pelos provedores de serviços de saúde e a aparente apatia reinante entre as mulheres usuárias dos serviços. Para melhor compreensão desta situação, Jeanine recorre a um marco conceitual que permita analisar as potencialidades para a ação no nível local – familiar centradas no sujeito -mulher enquanto ator social no sentido de criar uma cadeia de participação para que as necessidades possam expressar-se a nível de macropolíticas. A autora vê a necessidade de se trabalhar com **três tipos de ativos**: os biológicos (a representação de corpo e da saúde), os educacionais e os políticos. O desafio é como construir práticas que visem compensar as carências de ativos das mulheres, numa lógica de dotação, multiplicação e potencialização dos mesmos. Trata-se de fazer com que as mulheres levem adiante processos, a partir de sua própria negociação, com vistas a uma maior participação.

Maria Urbaneja acha que as atuais experiências de reforma do setor saúde têm sido determinadas em grande medida por uma agenda internacional a partir da identificação de problemas dos sistemas sanitários, tais como, a inadequada designação de recursos, a ineficiência do gasto público e a explosão dos custos no setor. Situando a discussão das reformas setoriais no campo dos direitos sociais, a expositora considera obrigatório discutir a maneira de superar os obstáculos existentes não só em relação ao acesso aos serviços de saúde mas também propiciar oportunidades em direção à equidade. A autora chama a atenção que o ônus das medidas de ajuste tem sido compartilhado de maneira assimétrica e desigual entre a população sendo os setores mais frágeis das sociedades os mais atingidos e, entre eles, as mulheres. Para a autora, a feminização da pobreza é uma tendência crescente na região. Estudos sobre o impacto das políticas de ajuste têm demonstrado as conseqüências específicas nas condições de vida e saúde das mulheres, tais como, a sua participação nos sistemas escolares, a elevação do percentual de mulheres chefes de família, o menor acesso ao emprego no setor formal e conseqüente aumento no informal expressam a maior penalização das mulheres mais pobres da população. Maria Urbaneja conclui sua exposição retomando sua reflexão primeira acerca do desafio de **“Reformar a Reforma”**, colocando a vida e a saúde como seus elementos nucleares, privilegiando a ética na formulação das políticas sociais e recuperando o valor da solidariedade para a construção da verdadeira cidadania.

A mesa redonda de Gênero e Controle Social na Saúde contou com a presença de Jandira Feghali (deputada federal, Brasil), Magally Huggins (ALAMES e CLADEM - Venezuela), Maria Isabel Matamala (Rede de Saúde das Mulheres Latinoamericanas e del

Caribe – Chile) e Humberto Jacques de Medeiros (Procurador da República e professor da UnB). Partindo de perspectivas diferentes, os participantes resgataram as noções que deram origem às concepções atuais de controle social e equidade, eixos que orientam a práxis política em que o enfoque de gênero é considerado fundamental para a construção da cidadania no estado de direito. Foram feitas considerações históricas sobre a importância dos movimentos de mulheres na América Latina, resgatando-se nesta periodização, as diversas prioridades e a inserção das mulheres em espaços sociais e políticos até chegar aos desafios atuais da re-democratização. Segundo Maria Isabel Matamala e Magally Huggins, nos países da região as mulheres se agruparam em torno de organizações de saúde assumindo papéis que, neste âmbito, lhes são geralmente atribuídos: a assistência à saúde familiar e comunitária (participando de associações civis), a prestação de serviços e a condição de usuárias das instituições, constatação resumida na frase **“a saúde tem rosto de mulher”**. O retorno à democracia foi fazendo factível em vários países a maior participação cidadã e a valorização crescente da institucionalidade política, passando o movimento feminista a priorizar a busca de uma influência nas políticas públicas que dizem respeito da mulher e de sua saúde mediante o exercício do controle social cidadão. Neste sentido, houve conquistas e avanços entre os que as autoras destacam, no âmbito brasileiro, o PAISM, a Lei Orgânica da Saúde que criou os Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, a legitimação dos Comitês de Mortalidade Materna e diversas experiências pontuais em âmbitos regionais e locais. nas três esferas de governo. Além das potencialidades dos mecanismos democráticos já constituídos, Jandira Feghali destacou outras ações de estado que produziram resultados limitados ou ainda invisíveis: O Conselho Nacional de Direitos da Mulher, que criou o Programa Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica, a Secretaria Nacional de Direitos Humanos que inclui a violência associada a gênero como parte da campanha das Nações Unidas (“uma vida sem violência é um direito nosso”). A deputada elabora um resumo de alguma legislação embora sem resultados políticos práticos: a norma da Cesárea, a Campanha de CA cérvico-uterino a Norma Técnica para Prevenção e Tratamento de Agravos resultantes de Violência Sexual contra mulheres e adolescentes. Foi reativada a Comissão Nacional de Prevenção à Mortalidade Materna e foi criado, no seio do Ministério da Saúde, a Câmara Temática sobre Violência Doméstica e Sexual.

No campo internacional, a participação de mulheres em conferências e encontros internacionais e a necessária interação com os outros governos e participantes dos países da região, permitiu às mulheres a implementação de mecanismos de pressão no sentido de influir de maneira mais eficaz nas agendas nacionais.

Os participantes da mesa concordaram em que a participação de mulheres em instâncias de poder encontra-se ainda muito limitada, pelo menos no que diz respeito dos Conselhos de Saúde, em que mulheres com formação limitada estão na representação dos usuários, ou seus espaços de gestão limitam-se ao micro. Na esfera das decisões, a presença da mulher é ainda minoritária. Além disso, segundo Humberto Jacques, o fato da composição dos Conselhos pretender ser paritária, não garante a permeabilidade do Estado à Sociedade Civil. Deve-se procurar a equidade na participação cidadã, no *modus operandi* dos conselhos e no compromisso em falar pela sociedade. Vários caminhos foram apontados como passos necessários para um maior controle social. Segundo Maria Isabel Matamala e Magally Huggins, a agenda deve incluir a incorporação a organismos colegiados de participação, o fortalecimento de organizações da sociedade civil no controle da gestão estatal e no monitoramento das políticas públicas que representam esforços em prol da realização de compromissos internacionais dos quais os países são signatários, a participação efetiva em Conselhos Locais de Saúde, e a promoção de instâncias de **promotoria e defensoria pública** (*advocacy*), na busca do crescimento da massa crítica capaz de desenvolver controle social nos espaços nacional, estadual e municipal. Deve-se reforçar também o trabalho junto a colégios profissionais e entidades de classe na área da saúde e com organizações de mulheres no âmbito local. Há necessidade de investimentos na capacitação de recursos humanos.

Deve-se, igualmente, desenvolver esforços para concretizar alianças com setores parlamentares sensíveis com o propósito de coordenar ações de fiscalização, agindo ao mesmo tempo, no sentido de elaborar propostas legislativas e agendas que resolvam questões e que preencham vácuos detectados. Finalmente, os participantes concordaram em que o *empowerment* (**empoderamento**) deve ser o princípio e método de trabalho para a incorporação de homens e mulheres das camadas populares, buscando sua afirmação e identidade de cidadania enquanto sujeitos de direito no exercício de ações sociais e políticas.