

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

Bruno Reis de Oliveira

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E AGENDA FEMINISTA:
a incidência das deliberações das conferências estaduais de saúde na produção de
políticas públicas para as mulheres em Minas Gerais**

Belo Horizonte

2025

Bruno Reis de Oliveira

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E AGENDA FEMINISTA:
a incidência das deliberações das conferências estaduais de saúde na produção de
políticas públicas para as mulheres em Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Administração Pública, da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, da Fundação João Pinheiro (FJP), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientadora: Dra. Flávia de Paula Duque Brasil

Coorientadora: Dra. Letícia Godinho de Souza

Belo Horizonte

2025

O48p Oliveira, Bruno Reis de.
Participação social e agenda feminista: a incidência das deliberações das conferências estaduais de saúde na produção de políticas públicas para as mulheres em Minas Gerais / Bruno Reis de Oliveira. – 2025.
221 f. ; il.

Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2025.

Orientadora: Dra. Flávia de Paula Duque Brasil
Coorientadora: Dra. Letícia Godinho de Souza

Bibliografia: f. 205-214

1. Políticas públicas - Minas Gerais. 2. Instituições participativas.
3. Feminismo. 4. Conferência de saúde

CDU 35:396 (815.1)



ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESTADO, INSTITUIÇÕES E GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
TURMA M-2023/2025

Aos vinte e sete dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e cinco, foi realizada a defesa pública da dissertação intitulada "Participação social e agenda feminista: a incidência das deliberações das conferências estaduais de saúde na produção de políticas públicas para as mulheres em Minas Gerais", elaborada por **BRUNO REIS DE OLIVEIRA**, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Programa de Mestrado em Administração Pública, Área de Concentração: Estado, Instituições e Gestão de Políticas Públicas, da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho-EG, da Fundação João Pinheiro – FJP. Após a apresentação do trabalho, o mestrando foi arguido pelos membros da Comissão Examinadora composta pelos professores: Doutora Flávia de Paula Duque Brasil (FJP) - Orientadora, Doutora Letícia Godinho de Souza (FJP) – Coorientadora, Doutor Ricardo Carneiro (FJP) – Avaliador, Doutora Clarisse Goulart Paradis (UNILAB-BA) - Avaliadora e Doutora Maria do Carmo (FELUMA) - Avaliadora. A Comissão Examinadora reuniu-se para deliberar e considerando que a dissertação atende aos requisitos técnicos e acadêmicos previstos na legislação do Programa, decidiu por unanimidade pela sua **APROVAÇÃO**.

Doutora Flávia de Paula Duque Brasil (FJP)
Orientadora

Doutora Letícia Godinho de Souza (FJP)
Coorientadora

Doutor Ricardo Carneiro (FJP)
Avaliador

Doutora Clarisse Goulart Paradis (UNILAB-BA)
Avaliador

Doutora Maria do Carmo (FELUMA)
Avaliadora

Dedico este trabalho à minha mãe:

em honra à sua memória
e em continuidade à sua obra.

Às suas lutas como mulher.

E à sua decisiva ancestralidade: beleza e força da minha vida.

Girlene Reis, Presente!

AGRADECIMENTOS

À minha esposa, Eugênia, agradeço imensamente e antes de tudo: pelo amor tão necessário, pela compreensão do quando em ausência, pela esperança inabalável, pelos já tantos sonhos lindos – ouro nosso ido, vindo, vindouro... Sonho que se sonha junto é realidade – diria mestre Raulzito –, meu bem. Nosso real há de ser cada vez mais...

À minha família... Ao meu pai, em base forte e apoio – ainda que lhe pudesse tanto soar coisas da loucura minha, mas é mesmo assim: a cada um, um entender. Aos meus irmãos, Renan e Carol, e meus sobrinhos, Marieta e Benito, pela leveza de tantos outros quando.

Aos amigos irmanados – e aos que não mais –, pela compreensão de quando apenas estar já cravava o imprescindível.

À Flávia Brasil, pela disponibilidade e contribuições fundamentais para que este trabalho alcançasse a qualidade de agora, e à Letícia Godinho, por também participar dessa construção.

À Maria do Carmo, à Clarisse Goulart, ao Ricardo Carneiro, pela generosidade e competência do olhar dirigido a este trabalho, concebido com tanto esmero.

Às entrevistadas, por me concederem tempo, voz, vida.

À Blue – que traz carinho peludo, macio, em galope –, pela inocência, pureza, lambidas.

Aos colegas dos estudos, aos colegas dos trabalhos.

Ao choro, ao samba, ao carnaval: carne e coração. Nascer em fevereiro é ato político; nunca foi aleatoriedade...

Aos alunos, que – mesmo! – mais me ensinam, na ironia do revés.

À Ana Regina Machado, à Marta Freitas, ao amigo Érico Colen e à Beré, pela prosa primeira sobre conferências, desbravando meus percalços e arejando meus percursos, quando tudo ainda era, tão-somente, ideia e desejo.

Às mulheres, todas – às que viram e às que virão.

E ao Partido dos Trabalhadores, por me formar no ideal de que a luta sempre vale – e por forjar, em sólidos institutos pátrios, o participar: me rendeu assunto de estudo...

“Na sociedade brasileira, a maioria da população está desprovida de direitos porque está desprovida de poderes”.

Marilena Chauí, 2003.

“Enquanto os homens exercem seus podres poderes”.

Caetano Veloso, 1984.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tem na participação um de seus princípios fundamentais, sendo que seu exercício é efetivado, principalmente, por meio dos conselhos gestores e das conferências de saúde. Esta dissertação tem como objetivo analisar a relação entre as conferências estaduais de saúde realizadas em Minas Gerais e a incorporação de suas deliberações no planejamento governamental, com foco nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher. A pergunta de pesquisa que orientou este estudo foi: em que medida as deliberações das conferências estaduais de saúde influenciam a formulação de políticas públicas para as mulheres no estado? A pesquisa fundamenta-se em uma abordagem qualitativa, utilizando análise documental dos relatórios de conferências e dos Planos Estaduais de Saúde, além de entrevistas semiestruturadas com atrizes envolvidas no processo participativo e na gestão governamental do SUS-MG. O percurso analítico desenvolve-se a partir da perspectiva da análise hermenêutico-dialética (MINAYO, 2002, 2004, 2012). O estudo adota, como referencial teórico, as discussões sobre teoria democrática, as instituições participativas – com foco nas conferências – e o movimento feminista no Brasil – história, reivindicações e incidência sobre as políticas de saúde. Os resultados indicam que, embora as conferências de saúde sejam importantes espaços de participação e deliberação, sua efetividade na formulação de políticas públicas ainda enfrenta desafios. Foi constatado que há uma lacuna entre as diretrizes aprovadas nesses espaços e sua incorporação nos Planos Estaduais de Saúde, sendo essa discrepância influenciada por fatores como ideologia dos governos, capacidade técnica da administração pública e resistência institucional a determinadas pautas. Além disso, observou-se que a participação feminina nesses processos, embora expressiva, não garante a plena representação das diversidades de gênero, classe e raça, o que limita a abrangência das políticas formuladas sob o ponto de vista interseccional. A pesquisa ressalta a necessidade de se aprimorar os mecanismos que garantam maior efetividade na incorporação das deliberações das conferências no planejamento governamental. Sugere-se que estudos futuros ampliem a análise para outras unidades federativas e adotem abordagens comparativas que possibilitem uma visão mais abrangente sobre o impacto das instituições participativas na formulação de políticas públicas voltadas à saúde da mulher.

Palavras-chave: teoria democrática; instituições participativas; conferência de saúde; feminismo; políticas públicas

ABSTRACT

The Brazilian Unified Health System (SUS) has participation as one of its fundamental principles, which is mainly exercised through management councils and health conferences. This dissertation aims to analyze the relationship between the state health conferences held in Minas Gerais and the incorporation of their deliberations into government planning, focusing on public policies related to women's health. The research question guiding this study was: to what extent do the deliberations of state health conferences influence the formulation of public policies for women in the state? The research is based on a qualitative approach, using documentary analysis of conference reports and State Health Plans, as well as semi-structured interviews with female actors involved in the participatory process and government management of SUS-MG. The analytical framework is developed from the perspective of hermeneutic-dialectical analysis (MINAYO, 2002, 2004, 2012). The study adopts, as a theoretical reference, discussions on democratic theory, participatory institutions – focusing on conferences – and the feminist movement in Brazil, including its history, demands, and influence on health policies. The results indicate that although health conferences are important spaces for participation and deliberation, their effectiveness in policy formulation still faces challenges. It was found that there is a gap between the guidelines approved in these spaces and their incorporation into State Health Plans, with this discrepancy being influenced by factors such as government ideology, the technical capacity of public administration, and institutional resistance to certain agendas. Additionally, it was observed that female participation in these processes, although significant, does not ensure full representation of gender, class, and racial diversity, limiting the scope of policies from an intersectional perspective. The research highlights the need to improve mechanisms that ensure greater effectiveness in incorporating conference deliberations into government planning. It is suggested that future studies expand the analysis to other federative units and adopt comparative approaches that provide a broader view of the impact of participatory institutions on the formulation of public policies aimed at women's health.

Keywords: democratic theory; participatory institutions; health conference; feminist movement; public policies

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Mapa mental de finalidades declaradas nos atos normativos das conferências nacionais entre 2003 e 2010 58
- Figura 2** - Ciclo de planejamento governamental do setor saúde em Minas Gerais - exemplo do período 2019-2031..... 105
- Figura 3** - Fluxo geral do sistema de planejamento na saúde e conexões com o sistema integrado de participação e deliberação..... 111
- Figura 4** - Exemplo de pactuação de diretriz, objetivo, meta e indicador do PES 2020-2023 167
- Figura 5** - Exemplo de pactuação de diretriz, objetivo, meta e indicador do PES 2024-2027 169

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Temas relacionados à saúde da mulher presentes nas propostas aprovadas, por quantidade total de ocorrência e por Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, entre 2011 e 2024 163

Tabela 2 - Ocorrência de temas nas propostas e objetivos / metas por conferência e PES .. 192

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quantitativo de propostas aprovadas (total e que contemplam a saúde da mulher), por Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais (geral e temática das mulheres), entre 2011 e 2024	162
---	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Esquema geral de organização metodológica da pesquisa	93
Quadro 2 - Quadro-síntese dos instrumentos de planejamento governamental de Minas Gerais.....	102
Quadro 3 - Conferências de saúde nacionais e estaduais de Minas Gerais, por ano de ocorrência	109
Quadro 4 - Estrutura básica de conteúdos dos Planos Estaduais de Saúde.....	166

LISTA DE SIGLAS

Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida
CEAS	Conselho Estadual da Assistência Social
CEM	Conselho Estadual da Mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CES-MG	Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais
CESMu-MG	Conferência Estadual de Saúde das Mulheres de Minas Gerais
CISMU	Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres
CNPM	Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSMu	Conferência Nacional de Saúde das Mulheres
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
FBPF	Federação Brasileira para o Progresso Feminino
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FNB	Frente Negra Brasileira
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IMA	Instituto Mulheres Amadas
INESC	Instituto de Estudos Socioeconômicos
IP	Instituição participativa
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
Legaliza	Frente Mineira pela Descriminalização e Legalização do Aborto
LOA	Lei Orçamentária Anual

Mapas	Monitoramento Ativo da Participação da Sociedade
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MAM	Mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer
MIM	Mecanismos Institucionais de Mulheres
MNU	Movimento Negro Unificado
OIG	Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe
ONG	Organizações não governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OP	Orçamento participativo
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAS	Programação Anual de Saúde
PDC	Partido Democrata Cristão
PES	Plano Estaduais de Saúde / Planos Estaduais de Saúde
PFL	Partido da Frente Liberal
PL	Partido Liberal
PMDI	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres
PNPS	Política Nacional de Participação Social
PP	Partido Progressista
PPA	Plano Plurianual
PPAG	Plano Plurianual de Ação Governamental
PPB	Partido Progressista Brasileiro
PPR	Partido Progressista Reformador
PRN	Partido da Reconstrução Nacional
PSC	Partido Social Cristão
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro

PTC	Partido Trabalhista Cristão
RAG	Relatório Anual de Gestão
RDQA	Relatório de Detalhamento do Quadrimestre Anterior
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SNPS	Sistema Nacional de Participação Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS-MG	Sistema Único de Saúde de Minas Gerais
TCLE	Termo de consentimento livre esclarecido
TSE	Tribunal Superior Eleitoral

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. PARTICIPAÇÃO, DELIBERAÇÃO E CONFERÊNCIAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS	27
2.1. A corrente do elitismo no contexto da teoria democrática: uma perspectiva mais restrita de participação	28
2.2. Democracia participativa e democracia deliberativa: ampliando as possibilidades de participação	31
2.3. Instituições participativas e conferências de políticas públicas no Brasil	44
2.3.1. Participação e governos: a ideologia tem algo a dizer?	49
2.3.2. Participação e políticas públicas: a incidência das conferências na formação da agenda estatal	55
3. A AGENDA POLÍTICA FEMINISTA NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	63
3.1. Movimento feminista brasileiro: histórico e estratégias de atuação.....	65
3.2. O movimento feminista e a construção das políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil	77
4. METODOLOGIA.....	89
5. AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE NO CONTEXTO INSTITUCIONAL DO SUS EM MINAS GERAIS: O PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL E SUA INTEGRAÇÃO COM A PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	101
5.1. Os instrumentos de planejamento governamental do SUS-MG	101
5.2. As conferências de saúde no contexto do SUS-MG e a atividade de planejamento governamental	106
6. AS MULHERES NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS: AGENDA, REPRESENTAÇÃO E DINÂMICAS DE PARTICIPAÇÃO	118

6.1. O feminismo e as dinâmicas, barreiras e incentivos à participação: o que dizem elas?	119
6.2. A agenda feminista na saúde: percepções das mulheres sobre o que é pautado nas conferências e o que se incorpora como política pública para si	134
6.3. A ideologia dos governos e sua abertura aos processos participativos: indícios sobre a tendência de incorporação das deliberações das conferências.....	149
7. AS POLÍTICAS, AFINAL: RETRATOS DA AÇÃO ESTATAL NA AGENDA DE SAÚDE DA MULHER EM MINAS GERAIS APÓS A PARTICIPAÇÃO	159
7.1. Um olhar inicial sobre os documentos: o que sugerem os relatórios das Conferências e os Planos Estaduais de Saúde?.....	160
7.2. A atividade do planejamento, sua execução e a incorporação, na prática, das deliberações advindas da participação	175
7.3. As diretrizes nas conferências e as diretrizes no planejamento: ressonância ou dissonância?	189
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	199
REFERÊNCIAS	205
ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA DAS SERVIDORAS.....	215
ANEXO 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA DAS CONFERENCISTAS.....	218
ANEXO 3 - SUMÁRIO EXECUTIVO EM LINGUAGEM SIMPLES	221

1. INTRODUÇÃO

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1998, observa-se, nos termos de Leonardo Avritzer, um fenômeno de multiplicação de instituições participativas (IPs)¹ (AVRITZER, 2008), que encampam a participação e deliberação da sociedade civil no âmbito das políticas públicas, ao lado do alargamento das diversas formas extrainstitucionais de participação social na vida política nacional, na linha do ativismo. No caso brasileiro, uma das IPs que ganharam mais relevância ao longo dos anos foram as conferências nacionais² de políticas públicas, em especial das políticas sociais, sendo as conferências de saúde as mais antigas realizadas no país. Entretanto, embora a 1ª Conferência Nacional de Saúde remonte a 1940, de fato, foi a partir da “constituição cidadã” que a legislação infraconstitucional incorporou de forma mais incisiva a participação social nas conferências e o seu papel no processo de planejamento e gestão do sistema público de saúde.

O modelo institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), conformado a partir de um desenho tripartite de responsabilidades compartilhadas do ponto de vista federativo, inovou ao incorporar o controle social e a participação da comunidade como pilares fundamentais do processo de planejamento, gestão e monitoramento das suas políticas públicas. Segundo o preceito legal, expresso na Lei nº 8.142/1990, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS, o conselho e a conferência de saúde são instâncias colegiadas, parte integrante do SUS, em cada esfera de governo. Segundo essa lei, em seu art. 1º, § 1º, a conferência de saúde, conformada por segmentos sociais diversos, reúne-se a cada quatro anos com a finalidade de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a elaboração das políticas públicas de saúde para o seu nível de governo.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990, define no seu art. 36 o processo de planejamento e orçamento do SUS, destacando, no § 1º, que os Planos de Saúde são o instrumento de planejamento base das atividades e programações para cada nível de governo

¹ A título introdutório, IPs, nos termos do autor referenciado, representam espaços institucionais que buscam trazer os cidadãos e as organizações da sociedade civil para o processo de tomada de decisões sobre políticas públicas. Esse conceito será melhor explorado ao longo deste trabalho.

² O processo das conferências nacionais, que será abordado no decorrer da dissertação, envolve a realização anterior de etapas nos municípios, por meio das conferências municipais que, por sua vez, são preparatórias para as etapas estaduais, por meio das conferências estaduais, em cada recorte setorial das políticas sociais. No caso em tela, as conferências municipais de saúde produzem propostas e elegem delegados que integrarão as conferências estaduais de saúde. Estas, por sua vez, também elegem delegados e produzem relatórios com proposições que serão remetidos à conferência nacional de saúde.

do sistema. O Plano de Saúde é, portanto, o instrumento que norteia todas as atividades de planejamento em saúde nas esferas de governo do país, expressando as políticas públicas de saúde a serem implementadas – ou mantidas – entre o conjunto de intervenções possíveis para enfrentamento dos problemas públicos.

A Portaria MS/GM nº 2.135/2013 elucida de forma mais detalhada as diretrizes para o planejamento do SUS e, no art. 3º, § 7º, destaca que o Plano de Saúde deve considerar, na sua formulação, as diretrizes definidas na conferência de saúde.

Nesse sentido, e considerando a produção do ordenamento jurídico brasileiro, posterior à Constituição, as conferências de saúde apresentam-se como fórum responsável pela produção de diretrizes a serem incorporadas ao planejamento em saúde pelos três níveis de governo, quando da elaboração dos Planos de Saúde, que contém todas as diretrizes, objetivos, metas e indicadores pelo período de 4 anos na área da saúde.

Importante destacar que, ao longo dos anos, tem-se ampliado a realização de conferências de saúde temáticas, referentes a públicos ou políticas específicas. Observa-se que essas conferências não têm uma periodicidade já estabelecida e regular, como a conferência nacional, estadual ou municipal de saúde, mas fornecem, desde um campo específico de conhecimento e produção de políticas de saúde, subsídios para também contribuir com o processo de planejamento e formulação de políticas públicas para o SUS. Como exemplos, podem-se citar as conferências nacionais de saúde mental, saúde indígena, vigilância sanitária, assistência farmacêutica, saúde dos trabalhadores e de saúde das mulheres.

De fato, um dos movimentos de articulação social mais organizados e reconhecidos em seu histórico de construção de uma pauta para garantia de direitos para um grupo específico é o movimento feminista. Desde a luta pelo direito ao voto, que marca o movimento feminista do século XIX até meados do século XX, passando pelas formulações de desnaturalização do “ser mulher” e do questionamento das concepções de gênero a partir dos anos de 1960, chegando aos movimentos de luta política e de enfrentamento à violência contra a mulher, a partir dos anos 1970 no Brasil, e do aprofundamento da institucionalização política do movimento nos anos 1980, as formas de organização social das mulheres têm se aprimorado e pautado, cada vez mais, a disputa por espaço na agenda de políticas públicas no país.

Tal articulação e engajamento na luta por direitos se expressa, por exemplo, na realização de conferências específicas de, por e para mulheres, sendo que, na área da saúde, no ano de 2017, como etapa preparatória para a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres

(CNSMu), ocorreu a 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres de Minas Gerais (CESMu-MG). Essa conferência teve como tema “Saúde das Mulheres: Desafios para a Integralidade com Equidade” e proporcionou o debate, a proposição e a deliberação plenária de políticas voltadas para as mulheres, específicas ou transversais à área da saúde, a partir de 4 eixos temáticos orientadores.

Nesse cenário, se de um lado os espaços de participação social estão institucionalizados no próprio modelo de governança do SUS pelas figuras dos conselhos e das conferências de saúde, pressupondo a necessária retroalimentação do processo de planejamento e formulação de políticas públicas de saúde – fundamentalmente via Planos de Saúde –, de outro lado torna-se necessário analisar em que medida tais IPs têm, de fato, gerado políticas de saúde que respondem às demandas expressas diretamente pelos cidadãos e cidadãs.

Assim, o problema de pesquisa ora apresentado envolve compreender em que medida as conferências de saúde têm se apresentado como instâncias efetivas de participação social e, com isso, têm produzido efeitos nos instrumentos de planejamento do SUS e na concepção de políticas públicas de saúde em Minas Gerais. Essa análise será realizada sob o enfoque das políticas públicas orientadas pelo gênero, notadamente o gênero feminino, procurando captar as demandas das Conferências Estaduais de Saúde e da CESMu-MG – que se apresenta como etapa temática da discussão da agenda da saúde com foco nas questões das mulheres e problematiza os processos de saúde e doença dessa população específica, dentro da área da chamada saúde da mulher³.

Destacando a importância da abordagem do gênero nas políticas de saúde, Kátia Souto (2008, p. 169) reflete que “o enfoque de gênero orienta essas políticas a reconhecerem as diferenças e desigualdades existentes entre os gêneros e como elas se manifestam nas suas vivências, principalmente no processo de adoecimento e sofrimento”. Nesse sentido, ainda de acordo com o autor, a incorporação dessa abordagem nas políticas de saúde “significa reconhecer as condições feminina e masculina como estruturantes do cuidado integral à saúde

³ A terminologia clássica que designa a área de conhecimento da saúde com foco na promoção, prevenção e tratamento da saúde das mulheres é “saúde da mulher”. Embora haja um debate da importância de utilizar a terminologia “das mulheres” nas designações para ampliar as possibilidades do feminino, contemplado sua pluralidade nas expressões que buscam traduzir pertencimento ao coletivo de mulheres, optou-se, neste trabalho, por se manter a nomenclatura tradicionalmente cunhada pelo setor saúde – sem perder a consciência do universo múltiplo e diversificado que há na soma das singularidades do “ser mulher”.

e das ações e práticas desse cuidado, sendo esse um dos caminhos para a humanização e integralidade da atenção à saúde para homens e mulheres em todas as suas fases de vida”.

No contexto da problemática apresentada, este trabalho tem por objetivo analisar conferências e sua efetividade como instituição participativa (IP), com viés na agenda de políticas públicas de saúde para as mulheres. O foco se detém nas conferências estaduais de saúde e sua incidência no processo de formulação de políticas públicas de saúde para as mulheres em Minas Gerais constantes nos Planos Estaduais de Saúde (PES) de Minas Gerais vigentes entre 2012 e 2024. Nessa perspectiva, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Explorar o tema da participação institucionalizada via conferências a partir das contribuições da teoria democrática, da abordagem das IPs e do movimento feminista no Brasil, principalmente da sua história, reivindicações e incidência sobre as políticas de saúde;
- Verificar as dinâmicas de participação do movimento feminista no contexto das conferências de saúde, bem como as barreiras e incentivos à participação das mulheres nesses espaços;
- Identificar os principais temas que são objeto das deliberações relacionadas à saúde das mulheres nas conferências, bem como a sua facilidade ou dificuldade de incorporação como política pública;
- Analisar se as conferências e, na mesma direção de suas proposições, o planejamento em saúde, têm apresentado um caráter interseccional e inclusivo no sentido de promover a participação e incorporação das pautas das minorias ou de subgrupos específicos dentro da temática de saúde da mulher (mulheres negras, mulheres indígenas, mulheres de baixa renda, mulheres trans etc.);
- Compreender a percepção de atrizes envolvidas nos movimentos participativos e de planejamento governamental da saúde sobre a influência de fatores ideológicos dos governos na incorporação (ou não) de demandas e na real valorização dos processos participativos conferenciais;
- Identificar as dinâmicas empíricas de incorporação das deliberações advindas das conferências de saúde em Minas Gerais aos instrumentos de planejamento e gestão governamental, bem como a existência ou não de mecanismos que garantam a incorporação das deliberações no SUS-MG.

A participação social como forma de incidência da sociedade no Estado já há algum tempo tem sido estudada no âmbito das ciências sociais. A pesquisa, nesse sentido, proporciona uma oportunidade para o aprofundamento e para novas investigações sobre esse tema – que ganha relevância na conjuntura atual em que, em todo o mundo, questões referentes ao retrocesso democrático têm sido trazidas ao debate político. Além disso, a tradição da participação social no SUS, que se apresenta como um dos sistemas de políticas em que ela se encontra mais institucionalizada – comparativamente com as outras grandes áreas de políticas sociais do Brasil –, fornece uma oportunidade de se revisitar a reflexão dos limites e alcances da atuação cidadã, de forma mais direta, no provimento de políticas públicas.

Importante pontuar que toda essa reflexão, sob o recorte de gênero ora proposto, ganha maior destaque no contexto dos estudos cada vez mais frequentes e plurais sobre a transversalidade de gênero no âmbito das políticas públicas. Se, de um lado, a agenda das pautas do feminino é relevante na conjuntura de um debate notadamente mais e mais atravessado pelo tema da igualdade de gênero, de outro, também as causas feministas têm grande importância como reflexo de um movimento plural e organizado que busca ocupar uma posição na arena política institucional, sendo um deles os espaços formais de participação, como as conferências de saúde.

A principal hipótese levantada em relação ao problema de pesquisa descrito é que, de fato, as conferências não têm funcionado em sua plenitude como vocalizadoras das propostas das participantes e como IPs efetivas no processo de planejamento governamental e de formulação das políticas públicas orientadas para as mulheres na saúde, incorporando apenas parte das demandas – notadamente, aquelas mais clássicas e estabelecidas ao longo dos anos de reivindicações historicamente construídas. Esse fato, em última instância, pode transparecer tão-somente um procedimento de manutenção pelo estado de políticas já consensuais, de modo isomórfico, e não um processo de estabelecimento de políticas a partir do acatamento dos conteúdos das propostas das conferências. Assim, considera-se que, embora haja a regulamentação legal que determina a incorporação das diretrizes das conferências no planejamento – e, com isso, nas políticas de saúde –, a sua realização acaba sendo mais um procedimento formal, sem que alimente substancialmente a definição de prioridades estratégicas pelos formuladores e planejadores da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) – que já se encontram, em grande medida, preestabelecidas.

Espera-se, ainda, encontrar que temas mais controversos, que confrontam a agenda conservadora, também acabam sendo interditados – embora, com frequência, sejam pautados pelo debate público das conferências no sentido de ampliação da garantia de direitos para as mulheres. Essa interdição da incorporação de tais temas às políticas públicas e a própria inclinação à abertura à participação por meio das conferências como instrumento de formulação de políticas, presumimos, tem alguma relação com fatores ideológicos no contexto dos governos. Compreender essas questões também se conecta às pretensões críticas deste estudo.

Como elucidado, o tema mais geral da pesquisa insere-se no âmbito dos debates recentes relativos às instituições participativas (ALMEIDA, 2020; AVRITZER, 2008, 2012), relações entre movimentos sociais e políticas públicas (ABERS; SILVA; TATAGIBA, 2018; SILVA, 2021; TATAGIBA; ABERS; SILVA, 2018), e conferências (ALMEIDA, 2012; AVRITZER, 2012; BRASIL, 2009; BRASIL; REIS, 2015; CAMURÇA, 2006; FARIA; LINS, 2013; FARIA; SILVA; LINS, 2012; MARICATO; SANTOS JÚNIOR, 2006; MARQUES, 2018; MATOS; LINS, 2018; PINTO, 2018; POGREBINSCHI *et al.*, 2010; POGREBINSCHI; SANTOS, 2011; REIS, 2012; RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017; SOUZA, 2012; VICK; LAVALLE, 2020). Ou seja, este trabalho orienta-se à compreensão da participação institucionalizada e seu reflexo na produção de políticas públicas, tomando como recorte as conferências estaduais de saúde e as políticas públicas de saúde para as mulheres, a partir de um foco empírico no estado de Minas Gerais. Nesse sentido, Avritzer (2012) destacava que havia, àquela altura, pouco conhecimento acumulado do ponto de vista dos efeitos das conferências sobre as políticas públicas. Marlise Matos e Sonia Alvarez, por sua vez, apontam, alguns anos depois e em sentido contrário, que já é possível afirmar uma presença mais importante dos estudos acerca da influência dos processos das conferências nacionais sobre as políticas públicas e sobre a democracia participativa. Entretanto, as autoras ressaltam que, mesmo esses estudos, raramente se detiveram sobre as questões de gênero (MATOS; ALVAREZ, 2018).

Seja como for, essa lacuna existente – a respeito dos efeitos das conferências sobre a agenda pública ou desses mesmos efeitos a partir de uma perspectiva de gênero – evidencia a relevância e atualidade de se aprofundarem os estudos sobre essas formas de participação e sua relação com a efetiva influência sobre a ação dos governos, produzindo os efeitos de mudança esperados pelas cidadãs e cidadãos na realidade das políticas públicas. Além disso, a realização

de um estudo dessa natureza pode trazer contribuições importantes para as análises sobre a efetividade do arcabouço de participação institucionalizada no SUS.

Outro ponto de reflexão é que, ao estabelecer um foco nas políticas voltadas para as mulheres, o estudo traz ao debate uma melhor compreensão do tema a partir de um viés que reconhece a relevância da atuação do movimento feminista na conquista de direitos, propondo, então, pensar sobre os reais efeitos que a sua agenda reivindicatória tem produzido sobre a agenda política de um setor mais consolidado do ponto de vista institucional no Brasil e que carrega uma tradição participativa, que é a saúde.

Destaco que esse problema de pesquisa não é uma escolha aleatória. Ele me atravessa e me afeta na medida em que me estimula a contribuir com as reflexões sobre a dimensão da participação na produção de políticas públicas, sendo que eu, na minha trajetória pessoal, tenho um histórico de ativismo em movimentos mais ou menos formais de participação e luta por direitos. Para mim, a participação pode ser uma potente ferramenta de influência e incidência sobre o Estado, mas me preocupa se o grau de institucionalização presente nesses fóruns criados após a Constituição Federal de 1998 confira mais um caráter de ritual formal e ritualístico, que apenas serve para assegurar um perfil “pseudo-participativo” nesse processo, do que de participação efetiva e de influência direta sobre o rumo das políticas públicas.

Também a temática das mulheres, envolvida nessa perspectiva da participação, tem forte apelo afetivo da minha parte, visto que foi objeto de estudo e de intensa militância da minha falecida (e sempre eterna) mãe, Girlene Reis, quer na categoria de gestora pública, quer na posição de participante de movimentos sociais, e acabou sendo também o seu objeto de pesquisa no mestrado que ela concluiu nesta mesma Fundação João Pinheiro, há exatos 12 anos atrás. Nos seus agradecimentos, referiu ela: “Em especial, agradeço ao Bruno Reis, filho, gestor público, um artista das palavras e das articulações destas com a construção de conhecimentos”. Sempre serei devedor por tamanha generosidade e admiração que essa mulher tão doce e forte tinha em relação a mim. Esta minha pesquisa, nesse sentido, representa uma homenagem e uma contribuição dialógica com esse trabalho que ela não é mais capaz de, ativamente, desenvolver. Este trabalho representa minha mãe viva. É, enfim, os seus ideais em ação, no (muito) que há dela em mim.

Como forma de orientar a construção argumentativa desta pesquisa, a dissertação encontra-se dividida em seis seções principais, além desta introdução e das considerações finais. Na segunda seção, tem início a exploração sobre as formulações teóricas acerca da teoria

democrática, partindo do elitismo democrático e do pluralismo, culminando, na subseção seguinte, com a democracia participativa e a democracia deliberativa. Em seguida, tem espaço a discussão acerca das IPs e, especificamente, das conferências, abrindo uma análise específica sobre a determinação dos fatores ideológicos dos governos na sua abertura aos processos participativos e sobre a incidência das conferências na formulação de políticas públicas.

A terceira seção dedica-se a resgatar, em um primeiro momento, o histórico e as estratégias de atuação do movimento feminista brasileiro – desde os primeiros debates sobre a questão da mulher, ainda no século XIX, passando pelas ondas mais recentes do movimento feminista no país. A subseção seguinte, por sua vez, foca na construção da agenda pelo movimento feminista na área da saúde, destacando pautas, movimentos de relevância e políticas públicas construídas no país, para a área chamada “saúde da mulher”.

A quarta seção apresenta a metodologia do trabalho, de forma imbricada com os objetivos da pesquisa. Ainda nessa seção, abre-se uma subseção que pretende trazer a caracterização sócio-histórica de cada um dos dois grupos de entrevistadas, como parte da proposta metodológica da análise hermenêutico-dialética (MINAYO, 2002, 2004, 2012).

Na sequência, a seção 5 funciona como um capítulo contextual para a pesquisa realizada, antes da etapa analítica das seções 6 e 7, situando os instrumentos de planejamento governamental do SUS-MG e as conferências no contexto do SUS-MG, relacionando-as com a atividade de planejamento na área da saúde em Minas Gerais.

A sexta seção abre a análise e discussão dos dados, focando as mulheres nas conferências de saúde, em sua atividade participativa. É problematizada a dinâmica da participação, seus limites e incentivos, considerando o público participante. Na subseção seguinte, discute-se a agenda de políticas requeridas pelo movimento feminista na saúde da mulher, segundo a visão das atrizes participantes daquele contexto institucional. Por fim, realiza-se uma reflexão sobre as implicações da orientação ideológica dos governos nas dinâmicas de participação e incorporação das pautas trazidas pelas mulheres nas conferências.

Se a seção anterior privilegia um olhar sobre as mulheres e a participação institucionalizada, a seção 7, enfim, foca no Estado e na sua relação com as conferências e com a função de planejamento. Inicialmente, é empreendida uma avaliação panorâmica e exploratória inicial sobre os documentos consultados como fonte secundária de dados na pesquisa. Na subseção seguinte, tem lugar a análise sobre a atividade do planejamento, em sua interação com as conferências de saúde, pela percepção das entrevistadas. Por fim, tem lugar

uma subseção crítica de fechamento, que procura evidenciar empiricamente, a partir dos documentos, a ressonância ou dissonância do que é produzido nos espaços de participação das conferências com o que é produzido como política pública de saúde da mulher, nos instrumentos de gestão do SUS-MG.

2. PARTICIPAÇÃO, DELIBERAÇÃO E CONFERÊNCIAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A democracia é, historicamente, um terreno de disputa. Seja do ponto de vista dos valores que a informam, gerando diferentes significados para si ao longo do tempo, seja do ponto de vista das fronteiras que delimitam seu alcance, esse cenário de competição e debate epistêmico e empírico que a configura tem dado lugar a uma quantidade importante de experiências inovadoras, contribuindo com a constante atualização dos limites e potencialidades da prática democrática, conforme pontuam Debora Almeida e Adrian Lavallo (ALMEIDA; LAVALLE, 2020).

O modelo mais clássico de organização democrática da sociedade tem origem na Grécia antiga, na cidade de Atenas, em que prevalecia a noção do autogoverno de todos por todos: aqueles considerados cidadãos, classificação que excluía grande parte da população, tinham lugar garantido nas assembleias que decidiam sobre os assuntos de interesse comum da cidade (ALMEIDA; LAVALLE, 2020). Esse modelo, denominado de democracia direta, compreende a centralidade da participação do maior número de pessoas possível, por meio da contribuição de cada um no debate e nos processos decisórios da sociedade e, ainda, tem ressonância, em certa medida, na institucionalidade contemporânea.

Pensar a democracia direta na atualidade, segundo Almeida e Lavallo (2020), pressupõe refletir sobre os mecanismos institucionais de participação, em que os cidadãos têm lugar na ratificação ou rejeição de leis, por meio do referendo; na consulta sobre a pertinência ou não de aprovação de determinada matéria, via plebiscito; ou na apresentação coletiva de um projeto de lei, amparada pela assinatura de um número mínimo de cidadãos, na forma da legislação de iniciativa popular.

Importante pontuar que, para além dos mecanismos e pressupostos da democracia direta, a teoria democrática abrange outras possibilidades de integração dos cidadãos à vida política do país, de forma a exercer sua função de ator social em interação com o Estado. Assim, esta seção pretende resgatar as principais formulações acerca da teoria democrática, de modo a estabelecer um encadeamento dos desenvolvimentos teóricos nos diferentes momentos a partir do século XX, conferindo maior ênfase à democracia participativa e deliberativa nas últimas décadas. Além disso, será destinada especial abordagem ao tema das IPs, principalmente as conferências de saúde que constituem o foco de análise deste trabalho.

2.1. A corrente do elitismo no contexto da teoria democrática: uma perspectiva mais restrita de participação

A partir da ascensão e consolidação da ordem capitalista no mundo, passou a ganhar proeminência a noção do modelo democrático liberal representativo, que encontra em Joseph Schumpeter seu principal formulador. Sua obra *Capitalism, socialism and democracy*, lançada no contexto da Segunda Guerra Mundial, em 1942, apresentava, à época, um caráter de inovação, visto que o voto universal, um dos pressupostos desse modelo, ainda não espelhava a realidade de muitos países.

As propostas desse autor remetem à ideia de democracia liberal, a qual estaria baseada unicamente na figura da representação. Segundo suas formulações, a democracia é um conceito “esvaziado” do ponto de vista de um caráter valorativo, correspondendo a um método que envolve a participação do cidadão tão-somente no processo eleitoral – ocasião em que é feita a escolha de representantes, entre os participantes das elites, detentores da racionalidade, para dirigir os governos. Os eleitos, esses sim, seriam responsáveis por fazer as escolhas e governar de forma a garantir decisões mais técnicas e racionais, consoante Schumpeter (1961). Isso porque, para esse autor, além de não ser possível determinar, de forma mais precisa, o que seria o “bem comum”, os cidadãos em geral apresentariam racionalidade limitada para discutir questões públicas, motivo pelo qual sua ação estaria limitada à escolha, por meio do voto, dos governantes que lhe representariam. Conforme pontua Thales Quintão, no modelo schumpeteriano há uma conciliação entre representação e “agregação dos interesses decorrentes do processo eleitoral” (QUINTÃO, 2014, p. 54), o que faz com que a democracia se realize, de fato, como um método sem qualquer aspecto de valor – a “democracia minimalista”.

Assim, Schumpeter parte da análise da doutrina clássica democrática do século XVIII – “o método democrático é o arranjo institucional para se chegar a certas decisões políticas que realizam o bem comum, cabendo ao próprio povo decidir, através da eleição de indivíduos que se reúnem para cumprir-lhe a vontade” (SCHUMPETER, 1961, p. 300) – para apontar seus limites, principalmente no que diz respeito à noção de “bem comum” e da “vontade do povo”, conceitos que não encontram sustentação prática a partir de uma análise racional da sociedade e dos indivíduos, segundo o autor. Conforme pontua Avritzer (2000), para Schumpeter seria impossível se definir o “bem comum” uma vez que tal conceito é passível de ter diferentes

significados para grupos e indivíduos distintos e, assim sendo, essas questões de natureza cultural deveriam permanecer alijadas da arena democrática.

Para Schumpeter, por outro lado, longe de se satisfazer na concretização de um “bem comum” inalcançável, o êxito do chamado “método democrático” envolveria a satisfação de certas condições. Uma dessas condições seria a alta qualidade do material humano dos representantes (do ponto de vista técnico e moral). Além disso, o êxito da democracia dependeria de uma contenção do âmbito de ação política; de uma burocracia bem treinada e dotada de um sentido de dever e de um “espírito de corpo”; de uma espécie de autocontrole democrático, com elevado padrão moral dos políticos e do eleitorado; e respeito às diferenças de opiniões (SCHUMPETER, 1961).

Importante pontuar que a teoria democrática de Schumpeter está fundamentada no que Avritzer (2000) refere como “decisionismo deliberativo”, em que a deliberação está ancorada no aspecto decisório em si e não nos procedimentos que levam à decisão. Esse traço da teoria schumpeteriana se materializa com “a rejeição de formas públicas de discussão e argumentação e a identificação das práticas decisórias com o processo de escolha dos governantes” (AVRITZER, 2000, p. 30), o que inverte a lógica da relação entre soberania e governo, uma vez que a população deve escolher representantes tão-somente para decidir, e não para que expressem pensamentos e ideias semelhantes às suas.

A democracia, portanto, segundo a corrente elitista, funcionaria como mera legitimadora da posição de autoridade de quem governa, afirma David Held (HELD, 1987). Vale ressaltar que essa concepção elitista schumpeteriana de democracia, segundo Lígia Lüchmann e Claudia Feres Faria, é a modalidade mais disseminada de democracia representativa. Consoante as autoras, seu argumento está centrado na ideia de que a participação política da população, considerada desinteressada e desinformada, deve se concentrar apenas no ato do voto por meio do qual se faz a escolha dos representantes durante o processo eleitoral, cabendo as discussões e decisões sobre os encaminhamentos e prioridades do governo unicamente ao político eleito, capaz de agir com racionalidade (LÜCHMANN; FARIA, 2020).

Almeida e Lavallo (2020) definem a democracia representativa a partir da noção do voto como fundamento para a participação, por meio do qual se define a escolha de representantes, a quem o poder de deliberar é transferido. Ainda que seja consideravelmente inclusiva – visto que torna possível a máxima ampliação da quantidade de indivíduos com a prerrogativa do exercício do voto –, a democracia representativa acaba reduzindo a ação dos

participantes ao ato da escolha, os quais não têm direito à decisão. Além disso, ela limita a ideia de inclusão, pela noção formalista de igualdade de oportunidades, negando as desigualdades reais que tornam também desigual a representação de certos grupos marginalizados na composição das estruturas formais de poder, como o Poder Legislativo, citado de exemplo (ALMEIDA; LAVALLE, 2020).

Como contraponto à abordagem elitista de democracia e visando superar algumas das suas limitações, a partir dos anos 1950 começa a ganhar corpo no campo da teoria democrática uma nova corrente teórica, denominada de pluralismo. Segundo Robert Dahl, seu precursor, não é possível, do ponto de vista empírico, sustentar a ideia da existência de uma “elite dominante” que integra um grupo restrito, responsável por controlar as decisões políticas. Suas críticas partem da impossibilidade de se testar a validade de que exista uma elite dominante no sistema político: seria difícil identificá-la como um grupo bem definido, bem como a prevalência de seus interesses em todas as decisões de relevância e a compatibilidade dessas decisões com os interesses de outros grupos (DAHL, 1958).

A partir dessa visão, o autor propõe a teoria do pluralismo democrático. Em seu estudo sobre a experiência da dinâmica do poder na cidade estadunidense de New Haven, em Connecticut, Dahl conclui que o poder político naquele país era pluralista; ou seja, ao invés de ser monopolizado e concentrado por uma elite, o poder político estaria disperso entre vários grupos, em constante competição, que buscam influenciar as decisões. O governo, por sua vez, realiza o papel de mediador dessa competição e dessa disputa de interesses (DAHL, 1961).

Em uma perspectiva mais contemporânea, David Scholsberg proporcionou importantes contribuições para o desenvolvimento do pensamento pluralista. Sua formulação considera as tentativas pluralistas de redesenhar as instituições políticas, a fim de que reconhecessem a diferença e evitassem a singularidade expressa na unidade estatal. Para esse autor, o pós-Segunda Guerra Mundial, momento do nascimento do pluralismo, deflagrou uma realidade de poder dividido em muitos centros, com assimetrias de poder entre os atores, o que idealmente demandaria um sistema de poder equilibrado e compartilhado entre os grupos sobrepostos, como apontado por Dahl. Já no final do século XX, o foco na diversidade da estrutura social passou a determinar uma radicalização daquela proposta inicial: “[...] no final do século XX, a pluralidade novamente se tornou base de uma teorização política radical e crítica, concentrando-se no significado da identidade, cidadania e relações através da diferença,

em vez do estado unitário ou de uma identidade singular do cidadão” (SCHOLSBERG, 2008, p. 148, tradução nossa).

Nessa perspectiva, o pluralismo, além de reconhecer a pluralidade, deveria preocupar-se em como comunicar e recrutar a diferença: “Central para o engajamento pluralista é a atitude de que o conflito através da diferença deve ser bem-vindo e certamente não evitado. [...] Esse conflito é bom para o corpo político, tanto para grupos quanto para indivíduos dentro dele (SCHOLSBERG, 2008, p. 150, tradução nossa)”. Nesse sentido,

[...] a teoria pluralista contemporânea enfrenta não apenas a tarefa de teorizar a diferença, mas também de preencher a lacuna entre as formas epistemológicas e institucionais do pluralismo. Este é o ponto em que o pluralismo contemporâneo encontra o *design* democrático institucional, particularmente a democracia deliberativa, para enfrentar pragmaticamente a prática real do engajamento agonístico. Aqui, formas inclusivas de deliberação são indispensáveis no desenvolvimento de uma política que ofereça respeito e reconhecimento a cidadãos diversos (SCHOLSBERG, 2008, p. 151-152, tradução nossa).

As teorias democráticas advindas após o período inicial de proeminência das ideias schumpeterianas, incluindo o pluralismo – e, mais, o pluralismo contemporâneo que dialoga com a corrente dos chamados deliberativos – promovem, ainda hoje, a contestação do modelo democrático estritamente fundado na representação eleitoral. Ao resgatar a centralidade da sociedade civil no processo democrático, a democracia participativa e a democracia deliberativa buscam refletir sobre as possibilidades de abertura do envolvimento dos cidadãos nos rumos da agenda política, fornecendo alternativas menos excludentes e elitistas de exercício das prerrogativas cidadãs, dentro do espaço democrático.

2.2. Democracia participativa e democracia deliberativa: ampliando as possibilidades de participação

As formulações sobre a democracia participativa, ainda que tenham sido delineadas em fase anterior à das formulações do elitismo de Schumpeter, ganharam corpo e maior proeminência exatamente a partir do embate crítico das suas concepções com aquelas defendidas pelos adeptos da democracia representativa.

A democracia participativa tem como um dos seus expoentes fundadores o filósofo Jean Jacques Rousseau. Conforme esse autor, a vida em sociedade estaria pautada na alienação das vontades individuais, o que se consagra por meio do chamado “contrato social”, fazendo

gerar uma espécie de “vontade geral”, coincidente com o “interesse público” e que norteia a busca pelo “bem comum” (ROUSSEAU, 1996). Ainda segundo ele

O cidadão consente todas as leis, mesmo as que são aprovadas contra a sua vontade, e mesmo as que o punem quando ousa violar alguma delas. A vontade constante de todos os membros do Estado é a vontade geral; por ela é que eles são cidadãos e livres. Quando se propõe uma lei na assembleia do povo, o que se lhe pergunta não é precisamente se aprovam a proposta ou se a rejeitam, mas se ela está ou não de acordo com a vontade geral que é a deles; cada qual, dando seu sufrágio, dá seu parecer, e do cálculo dos votos extrai-se a declaração da vontade geral [...] (ROUSSEAU, 1996, p. 130).

Nota-se que, na teoria de Rousseau, a deliberação também estaria mais relacionada com um elemento decisionístico, nos termos de Avritzer (2000). Segundo esse entendimento, pela participação, importaria o alcance da vontade geral, central no processo decisório, sendo as posições diversas das minorias – dissonantes dessa vontade da maioria – uma espécie de “erro” que não interessaria à democracia.

Jeffrey Hilmer, ao abordar a genealogia do termo “democracia participativa”, identifica que ele surge a partir do conceito de “política participativa”. Registros de seu uso remontam à atuação de movimentos sociais nos Estados Unidos, particularmente o Students for a Democratic Society (SDS) que, em 1964, forjou esse modelo de democracia durante a sua convenção em Port Huron, Michigan (HILMER, 2010).

Carole Pateman, por sua vez, é a cientista política cujos trabalhos representam o marco das formulações sobre a democracia participativa no contexto dos anos 1970. A autora argumenta que a participação ativa dos cidadãos promove o desenvolvimento pessoal e aumenta a eficácia política (HILMER, 2010).

Além disso, desenvolvendo mais o seu pensamento, Pateman (2012; 1992) apresenta outra importante dimensão da democracia participativa, ao reforçar o papel educativo e transformador da participação: os indivíduos aprendem a participar participando. Assim, as estruturas de autoridade da sociedade se relacionam em constante interação com as capacidades e características individuais e, por isso, é importante que os indivíduos sempre interajam dentro dessas estruturas de autoridade democrática que possibilitam a participação.

Outro ponto importante levantado por Pateman (2012) diz respeito ao fato de que a teoria democrática participativa é um argumento sobre a própria democratização, visto que ela considera o potencial da participação de provocar mudanças que tornem a vida social ou individual mais democrática, permitindo aos indivíduos participarem dos processos de tomada de decisão nas suas vidas ou no sistema político mais amplo. Nesse sentido, é fundamental que

sejam promovidas reformas nas estruturas de autoridade antidemocráticas, bem como seja criada o que a autora chama de “sociedade participativa” (PATEMAN, 2012; 1992):

[...] a existência de uma sociedade participativa significa que ele [o indivíduo] estaria mais capacitado para intervir no desempenho dos representantes em nível nacional, estaria em melhores condições para tomar decisões de alcance nacional quando surge a oportunidade para tal, e estaria mais apto para avaliar o impacto das decisões tomadas pelos representantes nacionais sobre sua própria vida e sobre o meio que o cerca. No contexto de uma sociedade participativa o significado do voto para o indivíduo se modificaria: além de ser um indivíduo determinado, ele disporia de múltiplas oportunidades para se educar como cidadão público (PATEMAN, 1992, p. 146).

Quintão (2014) ressalta que a participação, na teoria de Pateman, tem uma dimensão de controle político, de forma a assegurar a proteção de interesses privados e a execução de um bom governo, ao garantir que as pessoas atuem de forma direta na tomada de decisões – o que também permite assegurar a integração, a liberdade e o senso de pertencimento à comunidade em que se está inserido.

Quintão (2014) também destaca a importância de se garantir certo equilíbrio socioeconômico para a plena realização da participação – visto que a desigualdade se constitui como um obstáculo ao seu aprendizado –, e da expansão para todas as esferas sociais do princípio democrático, incluindo as esferas econômica e laboral, que são mais próximas e centrais na vida das pessoas e podem envolver, igualmente, processos participativos e decisórios. É importante frisar, ainda, que, segundo Pateman (1992),

as instituições representativas e o próprio governo devem ser compreendidos como meios de incidência direta para a realização da vontade dos cidadãos, com uma combinação entre o sistema representativo e os espaços de participação direta, que resultaria na chamada democracia participativa (QUINTÃO, 2014, p. 60).

Em uma atualização posterior que sintetiza parte da sua teoria, Pateman (2012) apresenta quatro elementos que ela considera mais importantes na democracia participativa: i) as estruturas autoritárias devem se relacionar com as capacidades e características individuais a fim de possibilitar efetivamente a participação; ii) os cidadãos devem pautar sua vida social e política sob um viés que os leve a participar dos processos de tomada de decisão em suas vidas diariamente, além do sistema político mais ampliado, o que faz com que a teoria democrática participativa funcione como um argumento sobre a própria “democratização da democracia”; iii) há necessidade de criação da chamada “sociedade participativa”; e iv) há necessidade de executar reformas estruturais, o que implica reformar as estruturas antidemocráticas existentes.

A democracia participativa, conforme postulam Lüchmann e Faria (2020), defende as seguintes dimensões, segundo uma perspectiva mais contemporânea do termo: i) a autodeterminação dos indivíduos, sendo os cidadãos responsáveis por formular e seguir suas próprias leis; ii) a ampliação dos espaços e esferas de participação, fazendo gerar um tipo de sociedade engajada nos diferentes matizes da vida social – como escolas, empresas etc. –; iii) a relativização da concepção liberal de indivíduo e liberdade, limitadora do escopo de exercício pleno das prerrogativas políticas do cidadão e que oculta as implicações das desigualdades socioeconômicas na participação política; e iv) o reconhecimento do papel educativo da participação, a qual desenvolve nos cidadãos um aspecto cívico, de maior habilidade e informação para a ação política.

Importante destacar que as críticas dos participativos direcionadas à concepção liberal de democracia não representam uma negação do modelo – posto que a representação constitui a base viável da estrutura decisória nesse complexo contexto político da atualidade –, senão uma oportunidade de conciliação e aproximação entre ambos os modelos, o representativo e o participativo. Assim, movimentos nessa direção têm sido observados, por vezes enfatizando as estruturas de representação no seio de IPs e, em outras, promovendo reflexões sobre a melhoria do processo de representação eleitoral com a abertura das possibilidades de participação e com o aprimoramento da conexão entre representantes e representados (LÜCHMANN; FARIA, 2020).

Outra vertente do pensamento democrático, mais ligada ao debate público que determina a tomada de decisões, é a chamada democracia deliberativa. Quintão (2014) pontua que a democracia deliberativa parte da análise do processo de comunicação entre os atores que participam da deliberação pública, o qual determina o processo de formação de opinião e de preferências. Seu interesse principal está nos procedimentos de trocas que acontecem durante comunicação e o exercício da linguagem e tem em Jürgen Habermas seu principal expoente, principalmente a partir da sua obra *Direito e democracia: entre facticidade e validade*.

Habermas (1997) propõe o que ele refere como uma análise da democracia, e mesmo de uma “teoria reconstrutiva da sociedade”:

[...] [a teoria contemporânea do direito e da democracia] toma como ponto de partida a força social integradora de processos de entendimento não violentos, racionalmente motivadores, capazes de salvaguardar distâncias e diferenças reconhecidas, na base da manutenção de uma comunhão de convicções (HABERMAS, 1997, p. 22).

Essa proposta habermasiana é desenvolvida considerando a chamada razão comunicativa, que se estabelece a partir de um emaranhado de discursos, percepções e entendimentos dos cidadãos, com vistas a alcançar padrões racionais e equitativos decorrentes da interação comunicativa social:

A teoria do discurso toma elementos de ambas as partes [, quais sejam, a concepção liberal e a republicana sobre a formação democrática da opinião e da vontade comum,] e os integra no conceito de um procedimento ideal de deliberação e tomada de decisões. Esse procedimento democrático estabelece uma conexão interna entre considerações pragmáticas, compromissos, discursos de autocompreensão e discursos relativos a questões de justiça, e fundamenta a suposição de que sob tais condições obtêm-se resultados racionais e equitativos (HABEMAS, 1995, p. 46).

Nesse sentido, Quintão (2014) esclarece que Habermas apresenta o seu modelo procedimental de democracia, que se baseia na argumentação racional entre os sujeitos na esfera pública e determina a racionalidade política realizada por meio do discurso, com vistas ao alcance de consensos, ainda que parciais.

De fato, Lüchmann e Faria (2020) enfatizam a importância, para os deliberativos, da inclusão e do consenso, sempre que possível, na determinação das decisões que, via de regra, possuem caráter provisório. Elas ainda pontuam que os deliberativos consideram importante a criação de espaços públicos voltados à exposição racional de argumentações justificáveis pelos cidadãos – a esfera pública, nos termos de Habermas –, os quais são pessoas livres por criarem e seguirem as leis por eles mesmos criadas. Quintão (2014) reforça que essa esfera pública permite a construção da opinião pública, a qual estabelece um relacionamento direto entre sociedade e Estado, direcionando-o à ação a partir do seu poder comunicativo.

Archon Fung e Joshua Cohen apontam o ressurgimento de um ideal radical-democrático como força intelectual e política, como resposta aos limites do que eles referem como “democracias convencionais”, ou sistemas de representação competitiva instaurados nos governos nacionais ao redor do mundo, que expressam o modelo de democracia representativa. Essas democracias convencionais, por sua vez, determinam direitos políticos aos cidadãos, como o direito de expressão, sufrágio e associação, o voto em representantes por meio de eleições regulares e a organização das eleições por meio de partidos políticos rivais, que exercem o controle da administração e da legislação, uma vez sagrados vencedores no processo eleitoral (FUNG; COHEN, 2007).

A partir desse cenário, conforme apresentam James Fishkin e Bruce Ackerman, aqueles autores apontam os *déficits* da representação competitiva em curso. O primeiro desses

déficits se expressa pelos limites do princípio da responsabilidade: uma vez que a representação competitiva possibilita meios muito limitados de exercício da *accountability*, ela gera uma tendência social de terceirização aos políticos profissionais da avaliação substantiva das políticas, aliada a uma espécie de atrofia dos cidadãos em relação a suas capacidades democráticas, principalmente no âmbito da participação (ACKERMAN; FISHKIN, 2007).

Outro *déficit* é relativo ao valor da igualdade, uma vez que a igualdade política formal não faz superar as desigualdades sociais e econômicas entre os cidadãos – e a vantagem econômica é forte determinante de vantagem política –, o que interfere na capacidade de cada ator de influenciar politicamente a representação competitiva, além de induzir uma agenda de interesses concentrados ao invés de outra baseada em interesses difusos. Assim, é recomendável a participação – que reduz o poder de influência do dinheiro ao deslocar para a organização popular o protagonismo da contestação política – e a deliberação – que diminui o potencial de influência dos maiores recursos a partir da ênfase nos melhores argumentos – para ampliar a igualdade política (ACKERMAN; FISHKIN, 2007).

No ambiente público de tomada de decisão das democracias liberais, Fung e Cohen (2007) apresentam uma possibilidade de conjunção de participação e deliberação que tornariam esse espaço tanto mais participativo quanto mais deliberativo.

O grau em que se combinam ou contrabalançam a deliberação e a participação depende, em parte, do cenário institucional. O desafio que se impõe aos democratas radicais é, então, desenvolver reformas que incorporem ambas. Há duas estratégias amplas para isso. A primeira procura ampliar a participação deliberativa mas, preocupada em parte com a integridade da deliberação ampla, apresenta apenas efeitos atenuados no exercício do poder. A segunda procura criar uma participação deliberativa de alta qualidade com maior impacto direto no exercício do poder, mas deixa-a com uma abrangência limitada (FUNG; COHEN, 2007, p. 228).

Ao abordar a natureza normativa da teoria democrática deliberativa – principalmente as linhas da primeira e segunda gerações, conforme apontado nos trabalhos de Stephen Elstub, Selen Ercan e Ricardo Mendonça (ELSTUB, 2010; ELSTUB; ERCAN; MENDONÇA, 2016) –, Eleonora Schettini Cunha (CUNHA, 2009) salienta que ela carrega uma série de princípios procedimentais ou substantivos, classificados com um ou outro viés a depender da abordagem dos diferentes teóricos que a estudam, e que implicam importantes repercussões sobre os estudos empíricos direcionados a esse tema. Segundo a autora, para os defensores dos princípios procedimentais, tais princípios informam o consentimento que sustenta a autoridade política, contribuindo com a tomada justa de decisões. Já os adeptos da ideia de princípios substantivos

compreendem a necessidade de ir além dos procedimentos, correspondendo tais princípios a questões anteriores a esses procedimentos, evitando a produção racional de decisões.

Independentemente da classificação, Cunha (2009) apresenta os seguintes princípios identificados na literatura sobre democracia deliberativa, que são brevemente explicitados a seguir: i) igualdade de participação (pressuposto de igualdade de oportunidades à participação política para todos os cidadãos); ii) inclusão deliberativa (todos os que se submetem às consequências das decisões devem ter assegurada a consideração de seus interesses nos processos de discussão); iii) igualdade deliberativa (todos participantes devem ter igualdade de oportunidade para apresentar suas razões e as regras deliberadas devem valer para todos); iv) publicidade (o espaço que abriga a deliberação e seu acesso deve ser público); v) reciprocidade ou razoabilidade (todos os participantes se reconhecem e se respeitam e compartilham e justificam as razões apresentadas no debate); vi) liberdade (asseguram-se as liberdades fundamentais e não se deve constranger formalmente e *a priori* as propostas); vii) provisoriedade (as regras, sua aplicação e seus resultados decorrentes das deliberações podem ser contestados, uma vez que são provisórios); viii) conclusividade (as decisões devem ser motivadas de forma racional e serem persuasivas); ix) não tirania (as decisões devem decorrer das razões no debate, e não de influências exteriores); x) autonomia (os indivíduos têm total prerrogativa e livre exercício das suas opiniões e preferências, permitindo-os participar de forma igualitária das deliberações); xi) *accountability* (os argumentos apresentados devem ser submetidos a todas as partes e podem ser revisados).

Com uma perspectiva inclusiva e baseada mais na cooperação e menos no procedimentalismo, James Bohman apresenta uma noção de deliberação pública como um processo de interação dialógica com vistas à solução de problemas, os quais não poderiam ser solucionados sem o elemento cooperativo e coletivo (BOHMAN, 2009). Há, portanto, nesse conceito apresentado pelo autor, uma diferenciação importante da concepção de deliberação habermasiana – que parte da análise do discurso, necessariamente fundamentado em argumentos e justificativas válidas – para uma nova proposta que centra sua análise no diálogo, ou seja, na simples troca de razões –, o que amplia as possibilidades de participação dos cidadãos (FARIA, 2010; QUINTÃO, 2014).

Essa nova perspectiva dentro da teoria democrática deliberativa apresenta uma alternativa de resposta ao suposto caráter elitista da prática deliberativa, segundo a visão dos ativistas⁴. Conforme observa Faria (2010, p. 104),

A alternativa apresentada pelo autor visa diminuir as “exigências epistêmicas” contidas no ato discursivo quando se tenta ampliar as chances de participação daqueles que desejam conformar a deliberação pública, ou seja, as chances inclusivas.

As diferenças de entendimentos de Habermas e Bohman levam, por sua vez, a uma compreensão distinta também sobre o objetivo final da deliberação pública, na perspectiva de ambos autores. Se, de um lado, Habermas aponta a produção de consensos como principal função da deliberação pública, Bohman considera como sua finalidade primordial a restauração do elemento cooperativo e a coordenação dos seus resultados. Em suma, a deliberação teria a finalidade de solucionar problemas entre cidadãos com diferentes perspectivas, como também compartilhar tais perspectivas para outras pessoas (QUINTÃO, 2014).

Alguns autores apresentam a evolução do desenvolvimento da democracia deliberativa a partir do delineamento de três gerações iniciais (ELSTUB, 2010; ELSTUB; ERCAN; MENDONÇA, 2016). A primeira geração da democracia deliberativa, cujo principal expoente foi Habermas, trouxe uma ênfase maior na sua dimensão normativa. Segundo essa perspectiva, “[...] as decisões legítimas num sistema político democrático só poderiam emergir através de um procedimento discursivo que permitisse que todos os afetados tivessem algo a dizer na tomada de decisões coletivas” (ELSTUB; ERCAN; MENDONÇA, 2016, p. 141, tradução nossa). Além de Habermas, autores como John Dryzek e Cohen também contribuíram com a construção dessa perspectiva inicial sobre a teoria deliberativa.

Já a segunda geração, a partir da perspectiva de Dryzek, Monique Deveaux e Iris Young, por exemplo, trouxe uma (re)definição de deliberação, ainda que também de natureza normativa, mais crítica e sensível à pluralidade e complexidade das democracias da contemporaneidade – destacando possíveis desigualdades que podem acontecer nos processos deliberativos e a sua instrumentalização que, por vezes, é provocada a partir da atuação de sujeitos com maior poder (ELSTUB, 2010; ELSTUB; ERCAN; MENDONÇA, 2016). Essas autoras e esse autor “[...] problematizaram os requisitos de consenso e do argumento racional

⁴ Conforme a cientista política Jane Mansbridge, os ativistas são aqueles cidadãos que “participam da vida pública para além dos momentos eleitorais. Aqueles que se identificam com um movimento social, que se envolvem com as suas causas e que os apóiam (*sic*) efetivamente” (MANSBRIDGE, 1990 apud FARIA, 2010, p. 109).

da deliberação e colocaram a teoria democrática deliberativa em estreita ligação com vários outros campos, como o feminismo, o multiculturalismo e a política ambiental” (ELSTUB; ERCAN; MENDONÇA, 2016, p. 141, tradução nossa).

A terceira geração, por sua vez, centrou-se na análise empírica das práticas deliberativas, o que não havia sido realizado por nenhuma das duas gerações até então, a partir de um olhar mais atento à capacidade de certos mecanismos institucionais de promover a deliberação efetiva, ou seja, a partir de um estudo mais detido às instituições deliberativas, tais como júris de cidadãos, orçamento participativo (OP), conferências de consenso e minipúblicos em geral. A título de exemplo, são expoentes dessa geração James Fishkin, Archon Fung, Bruce Ackerman, Graham Wright e Leonardo Avritzer (ELSTUB, 2010; ELSTUB; ERCAN; MENDONÇA, 2016).

A partir desse cenário, Elstub, Ercan e Mendonça (2016) propõem uma categorização para o período mais contemporâneo sobre o que eles identificam como uma possível nova geração da teoria democrática deliberativa, que, de certa forma, revisita os aportes teóricos das outras três gerações – premissas normativas, viabilidade institucional e resultados do ponto de vista empírico – e se ancora, primordialmente, nessa ideia do “sistema deliberativo”.

Segundo esses autores, “o conceito de sistema deliberativo refere-se a uma compreensão da deliberação como uma atividade comunicativa que ocorre em espaços múltiplos, diversos, mas parcialmente sobrepostos, e enfatiza a necessidade de interconexão entre esses espaços” (ELSTUB; ERCAN; MENDONÇA, 2016, p. 139, tradução nossa), não limitando a sua análise, portanto, aos fóruns estruturados, como vinha acontecendo desde a “virada deliberativa” dos anos 1990.

A abordagem sistêmica, segundo esses autores, pauta-se por três pontos principais. O primeiro é o argumento da possibilidade de aplicação dos critérios de deliberação em uma perspectiva de escala de massa: de um foco em instâncias ou esferas deliberativas, parte-se para uma abordagem que analisa a conexão e a ligação entre instituições, esferas, instâncias (ELSTUB; ERCAN; MENDONÇA, 2016).

O segundo ponto é o foco na divisão do trabalho dentro do sistema deliberativo, que compreende a complementariedade e contribuição de distintas partes do sistema para que ocorra a deliberação pública. Assim, diversas instituições podem interagir de distintas formas no sistema deliberativo, fazendo com que se compense uma qualidade deliberativa mais baixa de determinado local ou esfera (instituições estatais corporativistas, por exemplo) para uma maior

qualidade deliberativa em outro local (uma esfera pública em ascensão, por exemplo) (DRYZEK, 2009).

O terceiro ponto dos sistemas deliberativos é a noção de uma espécie de *continuum* deliberativo, que envolve processos e instituições, o que implica a adoção de uma visão mais ampla de deliberação. Entende-se que há um espectro de locais formais e informais para a deliberação, como assembleias representativas, a esfera pública, o diálogo cotidiano, dentro dos quais se move no sentido de se alcançar uma deliberação adequada. Esse conjunto de elementos teóricos que conformam uma possível quarta geração da democracia deliberativa, enfim, padece de críticas importantes, uma vez que essa abordagem retira da democracia deliberativa um ideal regulador por que ela deve se pautar; além disso, eles não fornecerem provas empíricas mais robustas sobre a relevância e eficácia das partes deliberativas e, principalmente, das não deliberativas no contexto do sistema; e, enfim, há o risco de transformar a democracia deliberativa em algo vazio, sem grandes traços distintivos em relação a outras abordagens (ELSTUB; ERCAN; MENDONÇA, 2016).

No debate sobre as diferentes concepções sobre o chamado sistema deliberativo, é importante trazer à baila autoras como Jane Mansbridge e Carolyn Hendriks, mulheres importantes nesse debate que se apresenta em um cenário tão masculino, como vozes de relevância e que manifestam concepções um pouco distintas na sua abordagem.

Hendriks (2006) propõe um modelo chamado sistema integrado de deliberação, o qual, partindo de uma perspectiva espacial da deliberação, seria responsável por acomodar “[...] a diversidade da sociedade civil, promovendo a deliberação em uma variedade de espaços públicos” (HENDRIKS, 2006, p. 487). Conforme a autora, nesses espaços, mais ou menos formais, diversificados e institucionalizados, haveria a produção de trocas entre atores distintos, promovendo uma conexão com a instância decisória política. Mansbridge, por sua vez, ao focar o sistema deliberativo nos discursos (formais e informais) e na multiplicidade de atores (distintos em relação ao papel de representação e ao seu ativismo), caracteriza-o como um espaço que visa clarear os conflitos, de forma a contorná-los, e não de buscar construir consensos (MANSBRIDGE, 1999; 2007; 2010 *apud* FARIA; SILVA; LINS, 2012).

Por fim, cabem reflexões sobre a interação e disputas das perspectivas participativa e deliberativa no campo democrático. No embate teórico entre democratas participativos e deliberativos, muitas reflexões e críticas são geradas, apontando os limites de uma ou de outra tendência. Isso porque, na perspectiva dos participativos, enquanto a participação tem como

pressuposto o envolvimento mais direto e consistente da sociedade no que é do interesse público, o que faz com que ela defenda menos as razões, preferências e justificativas e mais a inclusão para produzir políticas efetivas e legítimas, os deliberativos se voltam mais a questões relativas à qualidade do debate e das interações que produzem as decisões sobre as políticas, conforme Yannis Papadopoulos e Philippe Warin (PAPADOPOULOS; WARIN, 2007) – ainda que haja perspectivas menos restritivas a respeito desses últimos, como a apresentada por Bohman (2009).

Na direção das críticas daquele primeiro grupo em relação ao último, Pateman (2012) destaca que, embora a deliberação – o debate, a discussão – seja central para todas as formas de democracia, ela não é suficiente para a sua concretização, e não pode ser adotada, a despeito do que tem sido realizado por muitos deliberativos, como sinônimo da própria democracia. Segundo a autora, na medida em que a democracia deliberativa se preocupa mais com o processo de deliberação em fóruns deliberativos institucionalizados, ignorando características estruturais mais relevantes da sociedade democrática – o que estaria fora do alcance desse modelo de democracia, conforme postulam seus teóricos –, ela contribuiria com a perpetuação das estruturas institucionais democráticas convencionais e com o próprio conceito político de democracia, o que é questionado pelos participativos.

Segundo Young (2002), a dificuldade de acesso, vocalização e influência nos espaços públicos por parte de alguns grupos de cidadãos determina uma espécie de inclusão política e exclusão pública, visto que, embora a presença desses grupos seja observada nesses espaços (inclusão política), eles não conseguem, de fato, exercer influência sobre o debate público (exclusão pública), constringendo-se, assim, o diálogo e a interação pressupostos pela democracia deliberativa. Cass Sustein (SUSTEIN, 2003 *apud* QUINTÃO, 2014) também ressalta que, no cenário plural e heterogêneo da sociedade, pessoas com *status* social ou financeiro mais elevados, via de regra, são mais ouvidos nos processos deliberativos. Além disso, o debate pode acabar aumentando a polarização de grupos, na medida em que acentuaria a divisão entre eles, conforme aponta Ian Shapiro (SHAPIRO, 1999). Assim, no entendimento de Bohman (1996 *apud* LÜCHMANN; FARIA, 2020), é imprescindível que se dirija a atenção sobre as normas que conformam os espaços públicos, de forma a proporcionar a inclusão e a participação mais igualitária de todos os agentes envolvidos.

Da mesma forma, os democratas deliberativos apontam potenciais problemas nas formulações dos participativos. Ackerman e Fishkin (2004) chegam mesmo a afirmar que

deliberação e participação são conceitos diferentes, podendo gerar, inclusive, resultados opostos. Segundo esses autores, a melhoria da qualidade da deliberação pode causar prejuízos para a participação pública. Para sustentar esse argumento, eles apresentam uma suposta alteração do procedimento de tomada de decisões por parte de legisladores e juízes como exemplo, para uma orientação deliberativa. Se o fizessem, dizem, o centro do debate se desenvolveria mais no sentido de se buscar argumentações razoáveis a respeito das políticas, do que promover os interesses dos representados, o que afastaria esses homens públicos de determinadas “crenças políticas menos informadas e menos razoáveis” (FUNG; COHEN, 2007, p. 227).

No entendimento desses autores, também a expansão da participação pode reduzir a qualidade da deliberação. Para eles, medidas participativas como a iniciativa popular, o referendo e o *recall* ampliam a ação da população direta e pontualmente na legislação ou em aspectos eleitorais ou de políticas, mas, ao invés de aprimorarem os processos deliberativos, acabam incentivando uma discussão menos racional das leis, o que acontece mesmo em espaços em que se busque encontros de discussão, visto que ela pode acabar sendo dirigida por questões menores, como orgulho e manipulação (ACKERMAN; FISHKIN, 2007).

Além disso, Fung e Cohen (2007) defendem que a própria complexidade da sociedade impede a conciliação de um caráter participativo e deliberativo no contexto da organização política mais ampla. Isso porque, necessariamente, a qualidade da deliberação decresce com a maior abrangência da participação: deliberação pressupõe pessoas consideravelmente informadas e interessadas, ao passo que, independentemente do tema, conjuntos de pessoas com essa característica são escassos, concentrando-se em pequenos grupos, e favorecer a participação, nesse caso, tem implicações sobre a qualidade da deliberação. Diante de tantos assuntos públicos urgentes, enfim, “[...] uma deliberação participativa sobre qualquer questão em particular pode, na melhor das hipóteses, incluir diretamente apenas uma pequena fração da sociedade como um todo” (FUNG; COHEN, 2007, p. 228).

Outra crítica realizada em relação à teoria de democracia participativa diz respeito à sua limitação como processo agregativo, ou da regra da maioria, em uma realidade em que os cidadãos se constituem como pessoas isoladas, e não se preocupa em compreender o processo de formação das preferências dos cidadãos, as quais são concebidas como já dadas (QUINTÃO, 2014).

O caminho, nesse embate de posições, também pode ser trilhado no rumo da conciliação desses dois modelos de democracia, de forma a adotar uma compreensão de complementariedade entre os princípios participativos e deliberativos. Segundo Quintão (2014), há um objetivo partilhado entre democratas participativos e deliberativos, qual seja a expansão dos espaços de participação e engajamento na vida política, em contraposição à corrente liberal representativa de restrição da atuação dos atores unicamente ao momento eleitoral, além de ambas também prezarem pela melhoria da qualidade de vida e pelo alcance de maior justiça social. No fundo, o que diverge são os métodos: enquanto os participativos prezam pelo confronto de ideias e pela contestação como forma de ação, os deliberativos se interessam mais pela qualidade dos argumentos e das razões apresentadas no processo discursivo de deliberação, que gera as decisões.

Ainda conforme Quintão (2014, p. 81-82), “os conceitos participação e deliberação devem ser vistos de maneira complementar para a extensão da democracia. A deliberação deve ser compreendida como mais uma forma de participação política”. Além disso, Mendonça e Cunha (2014) pontuam que a participação está atrelada à natureza deliberativa das atividades realizadas em espaços públicos, com o propósito de esclarecer o surgimento de novos desafios e alternativas, buscando alcançar decisões mais justas.

Importante pontuar que a teoria democrática da segunda metade do século XX, de forma geral, tratou de forma muito restrita a análise das instituições políticas, uma vez que, de partida, essa teoria considera a formalização legal do funcionamento das instituições como o ponto central de estudos sobre a institucionalidade. Pontua-se, a partir das contribuições de Avritzer e Hanna Pitkin, que, por instituição política, compreende-se apenas aquelas instituições resultantes dos processos de representação autorizada, ignorando as práticas participativas de forma mais ampla (AVRITZER, 2008; PITKIN, 2014). Isso faz com que seja perpetuada a noção de oposição entre participação e institucionalização, tornando-se incapaz de fornecer correta compreensão sobre o fenômeno participativo (HUNTINGTON, 1996 *apud* AVRITZER, 2008). Com isso, esse modelo de análise ignora a existência de muitas IPs – conceito a ser aprofundado na subseção a seguir – que, no Brasil, embora não estejam formalizadas do ponto de vista legal, operam como relevantes instituições na arena política, determinando comportamentos dos sujeitos (AVRITZER, 2008).

2.3. Instituições participativas e conferências de políticas públicas no Brasil

Com a promulgação da Constituição Federativa de 1988, o país observou uma série de inovações do ponto de vista da ampliação da participação da sociedade nos processos de formulação das políticas públicas, segundo Luciana Tatagiba e outros colaboradores (TATAGIBA *et al.*, 2022). A partir do dispositivo constitucional e, posteriormente, da legislação infraconstitucional, diversas instâncias de participação foram incorporadas ao arcabouço político nacional, com principal destaque para as chamadas “instituições participativas”. Nos termos de Avritzer (2008, p. 45), as IPs são “[...] formas diferenciadas de incorporação de cidadãos e associações da sociedade civil na deliberação sobre políticas”. Nos termos de Carla Almeida, as IPs representam uma variedade de modalidades de participação institucional que visam “[...] promover a incidência de atores coletivos ou individuais em diferentes momentos do ciclo das políticas públicas (elaboração, execução, monitoramento, avaliação)” (ALMEIDA, 2020, p. 69).

Trata-se de modelos institucionalizados de participação que determinaram uma modificação da relação de autonomia de até então na atuação da sociedade civil, por sua própria reivindicação, em relação ao Estado. Tais reivindicações geraram, por sua vez, determinadas estruturas híbridas e formais de participação junto aos atores estatais, segundo pontua Avritzer (2012). Com isso, as IPs resultaram da ação direta da sociedade civil sobre o processo constituinte, culminando na inserção, dentro da Constituição, da participação social em diversas áreas de políticas públicas, como saúde, assistência social e políticas urbanas.

No processo de institucionalização da participação pela Constituição Federal de 1988 é importante frisar o destaque que o legislador constituinte deu à “[...] descentralização administrativa com gestão participativa, em particular na seguridade social (artigo 194), na saúde (artigo 198), na assistência social (artigo 203) e na educação (artigo 206)”, consoante Clóvis Souza (SOUZA, 2012, p. 14), especialmente a partir da previsão de IPs no âmbito dessas políticas sociais.

Ampliando essa reflexão, o autor destaca o papel de vanguarda do SUS como sistema de políticas públicas orientado pela participação social no seu processo de gestão, que acabou por servir como referência para a expansão das conferências no âmbito das demais áreas de políticas sociais: “a gestão participativa é um dos princípios do SUS e parece ter sido modelo

para outras áreas construir processos participativos, em nível nacional, com o formato de conferências” (SOUZA, 2012, p. 14).

Nesse período pós-redemocratização, enfim, o Brasil passou a ser considerado um verdadeiro laboratório para todo o mundo de experiências de democracia participativa via IPs, fornecendo novas possibilidades de complementariedade dos procedimentos representativos de decisão, no âmbito do Estado, visto que “[...] nas formas de democracia direta e no modelo teórico da democracia participativa, a participação deve produzir efeitos sobre as instituições políticas e as políticas públicas, envolvendo um componente decisório” (ALMEIDA; LAVALLE, 2020, p. 30). Como exemplos de IPs presentes no país, desde aquele período, podem-se citar os conselhos gestores de políticas públicas e outros órgãos colegiados, as conferências de políticas públicas, os OPs, entre outros.

Na mesma direção apontam as reflexões de Souza (2012, p. 7-8),

Dar à sociedade a oportunidade de envolvimento na formulação, no monitoramento, na avaliação e no controle de políticas públicas aparece como razão de ser dos arranjos participativos. Da mesma forma, justifica-se a criação de estruturas diferenciadas para a participação política como parte de um esforço para tornar as instituições democráticas mais inclusivas.

Nas IPs, a participação acontece de forma indireta, por meio de dinâmicas representativas, regidas por regras que determinam quem pode participar – geralmente pessoas que já fazem parte de movimentos ou organizações mais bem definidas dentro da sociedade civil, como organizações não governamentais (ONG) e movimentos sociais – e tem na deliberação uma centralidade importante, trazendo à participação os atores nas mais distintas fases das políticas públicas, favorecendo o debate prévio à tomada de decisão (ALMEIDA; LAVALLE, 2020).

Assim, uma limitação da quantidade de pessoas pode ser oportuna ao processo deliberativo que acontece nessas instituições, e a “inclusão política”, nesse caso, acaba trazendo à participação os grupos mais afeitos à temática sob discussão, ainda que desconsidere os efeitos da exclusão de grupos marginalizados. Nesse sentido, é fundamental refletir sobre as regras de acesso e quem são os grupos incluídos nesses espaços de participação, bem como compreender que, mesmo a “inclusão política” pode não levar à inclusão das decisões dos grupos que participam nas deliberações do Estado. Isso, em última instância, desponta como um dos limites da relação de complementariedade entre os elementos da democracia representativa – em que os governantes e legisladores, eleitos, têm a delegação do poder da decisão e, muitas das vezes,

não mantém relação de proximidade e interação com os representados – e da democracia participativa – por meio das instituições que, segundo o modelo, possibilitam a participação (ALMEIDA; LAVALLE, 2020).

Ainda no nível das discussões sobre a inclusão, Almeida (2012) pondera que as conferências somente podem alcançar uma real expressão da multidimensionalidade da política se elas incorporarem a diversidade de atores da sociedade civil, bem como espelharem uma multiplicidade interna no perfil de quem delas participa. A análise do perfil dos participantes, nesse sentido, pode trazer indícios sobre a expressão de defesas identitárias, ainda que o processo conferencial não conte com regimentos de inclusão a partir de perspectivas sociais. Além disso,

Diante da pluralidade de grupos – com interesses, perspectivas e opiniões diversas sobre a temática – e da expectativa de mudança no padrão decisório de políticas públicas a partir da interação entre Estado e sociedade, a representação passa a ser avaliada não pelo número de interesses que são considerados matematicamente no ato de constituição, mas pelo processo de debate e formulação das políticas, a saber, por meio do processo deliberativo. Assim, a ênfase se desloca dos interesses e das preferências que entram no processo de debate para a forma como o *representado* é construído (ALMEIDA, 2012, p. 38).

Segundo Avritzer (2008), as IPs podem ser classificadas em três diferentes formas de participação da sociedade civil, considerando seus desenhos institucionais participativos: o desenho participativo “de baixo pra cima”, em que é livre a entrada de cidadãos no processo de participação e cuja institucionalidade é criada de baixo pra cima, tal qual ocorre no OP; o desenho de “partilha de poder”, em que sociedade civil e poder público exercem a participação de forma concomitante, tendo como exemplo os conselhos de políticas, principalmente o de saúde; e o desenho de “ratificação pública”, em que os atores da sociedade civil apenas são chamados na fase de referendar publicamente uma decisão já tomada em outra instância, cujo exemplo apresentado são os planos diretores municipais. Dentro dessa tipologia de formas de participação proposta por Avritzer (2008), as conferências têm um desenho associado ao modelo “de baixo para cima”.

O autor ainda diferencia esses três desenhos de IP a partir da análise da iniciativa da proposição do desenho da participação, da organização da sociedade civil e da vontade política na implementação das decisões. Segundo sua avaliação, o sucesso dos processos participativos é dependente não do desenho institucional, em si, mas da forma como acontece a articulação

desse desenho com a organização da sociedade civil e a vontade política de realizar a implementação dos desenhos participativos (AVRITZER, 2008).

As conferências nacionais de políticas públicas – aqui abordadas – configuram uma das IPs mais relevantes no contexto institucional brasileiro. Embora a primeira conferência realizada no Brasil tenha acontecido em 1947 no governo Getúlio Vargas – a 1ª Conferência Nacional de Saúde –, certamente foi a partir de 1988 que essa instituição se tornou, de fato, participativa e ganhou mais relevância, capilaridade federativa e regularidade de realização no país. Com a nova Constituição, houve importante ampliação da participação, a qual, na era Vargas, encontrava-se restrita aos agentes estatais, visto que o propósito maior das conferências era conferir articulação intragovernamental e não a inclusão da sociedade civil no processo de construção de políticas públicas (BRASIL, 2009; SOUZA, 2012).

As conferências de políticas públicas constituem espaços institucionais de participação e deliberação sobre aspectos, temas, diretrizes de políticas públicas setoriais, cuja finalidade pode ser consultiva ou deliberativa. Conforme definido por Claudia Feres Faria, Viviane Silva e Isabella Lins, as conferências representam “[...] espaços de participação e de deliberação que requerem esforços diferenciados, tanto de mobilização social, quanto de construção da representação social e do diálogo em torno da definição de uma determinada política pública” (FARIA; SILVA; LINS, 2012, p. 250). Avritzer (2012, p. 8), ao tratar especificamente do tema das conferências nacionais de políticas públicas, as apresenta como “[...] IPs de deliberação sobre políticas públicas no nível nacional de governo que são convocadas pelo governo federal e organizadas nos três níveis da Federação” – sendo importante frisar que, embora seja prerrogativa do governo federal a sua convocação, algumas delas estão previstas em lei e têm a sua convocação obrigatória por parte do Poder Executivo, como as conferências de saúde.

No entendimento de Souza (2012, p. 9), “as conferências podem ser definidas como processos participativos que reúnem, com certa periodicidade, representantes do Estado e da sociedade civil para a formulação de propostas para determinada política pública”. Entre as suas finalidades, destacam-se: “definir princípios e diretrizes das políticas setoriais”; “avaliar programas em andamento, identificar problemas e propor mudanças, para garantir o acesso universal aos direitos sociais”; “dar voz e voto aos vários segmentos que compõem a sociedade [...]”; “discutir e deliberar sobre os conselhos [...]”; e “avaliar e propor instrumentos de participação popular na concretização de diretrizes e na discussão orçamentária” (INSTITUTO PÓLIS, 2005 *apud* SOUZA, 2012, p. 10-11).

Como espaço de encontro do Estado com a sociedade civil, as conferências contam com a participação de atores diversos, dentro desses dois grandes grupos de interesses. Conforme Céli Regina Pinto, da parte do Estado, a participação acontece por meio de servidores efetivos e pelo estafe político, com ocupantes de cargos comissionados e pessoas ligadas ao núcleo político do poder – que, por vezes, também acaba incluindo pessoas ligadas aos movimentos sociais, principalmente nas áreas mais desassistidas. Já do lado da sociedade civil, a participação ocorre por intermédio de movimentos sociais, ONG, organizações de caridade, entidades representativas de classe etc. (PINTO, 2018).

Vale pontuar que as conferências, em geral, são convocadas pelo poder executivo para fins de consulta ou deliberação, podendo ser também chamadas pelo conselho setorial respectivo, quando há previsão legal. Os debates pautam-se a partir de textos-base produzidos para contribuir com a discussão ou apresentar as propostas do governo. Há, ainda, a possibilidade de ocorrência de conferências setoriais que abordam temas específicos dentro da grande área da política pública (SOUZA, 2012).

Fernanda Vick e Adrian Lavallo situam as conferências em posição de destaque dentro do conjunto de IPs no Brasil. Segundo os autores, elas têm diferenciada vitalidade, possuem potencial de inclusão e exercem papel fundamental na formulação das políticas públicas e das diretrizes setoriais (VICK; LAVALLE, 2020). Conforme consta no Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014⁵, a conferência nacional é definida como

instância periódica de debate, de formulação e de avaliação sobre temas específicos e de interesse público, com a participação de representantes do governo e da sociedade civil, podendo contemplar etapas estaduais, distrital, municipais ou regionais, para propor diretrizes e ações acerca do tema tratado (BRASIL, 2014).

Conforme ilustram esses autores, as conferências, em sua prática, conseguiram estabelecer um diálogo direto com as formulações abstratas propostas pela teoria democrática deliberativa: “o engajamento deliberativo da cidadania na formação de discursos, nos Estados democráticos de direito, pode atingir o coração do sistema político e ganhar a forma de lei, realizando um modo de soberania popular diferida no tempo” (HABERMAS, 1990, 1992 *apud* VICK; LAVALLE, 2020, p. 558).

⁵ Esse Decreto, instituído à época do governo Dilma Rousseff, foi revogado pelo Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, no governo Jair Bolsonaro. Tal revogação foi, enfim, objeto de nova revogação pelo Decreto nº 11.371, de 1º de janeiro de 2023, no terceiro mandato do Presidente Lula.

2.3.1. Participação e governos⁶: a ideologia⁷ tem algo a dizer?

Os estudos empíricos realizados ao longo dos anos pós-redemocratização, como os trabalhos de Carla Bezerra, apontam a institucionalização da participação como prática que marca os governos do Partido dos Trabalhadores (PT). Embora esse incentivo à incorporação de IPs à estrutura de funcionamento governamental tenha apresentado maior repercussão no nível municipal, ou mesmo estadual, principalmente com a implantação do OP (BEZERRA, 2020) – que, conforme apontam Ana Clara Torres Ribeiro e Grazia de Grazia, posteriormente ao pioneirismo petista, veio a se espalhar por vários governos de partidos distintos (TORRES RIBEIRO; GRAZIA, 2003) –, também as experiências do governo federal petista reforçam uma inclinação ao incentivo à participação.

Bezerra (2020, p. 174), ao analisar as experiências do PT em relação à dinâmica participativa no nível federal de governo, sustenta que “[...] a maior interação entre Estado e

⁶ Não se ignora, nesta pesquisa, que os governos possuem característica de coalizão no Brasil e, com isso, apresentam uma composição que agrega, via de regra, mais de um partido político, por vezes até de tendências ideológicas distintas. Isso certamente confere um caráter de complexidade à definição exata do enquadramento ideológico dos governos no país. De toda forma, os estudos empíricos sobre esse tema, que ilustram o debate teórico na presente subseção, sustentam que se pode identificar, em alguma medida, uma correspondência entre o partido mandatário da chapa eleitoral, seu enquadramento ideológico e a maior ou menor abertura aos processos participativos, motivo pelo qual mantivemos a opção por orientar nossa análise segundo tais critérios.

⁷ O termo “ideologia” apresenta vasta e diversa produção teórica quanto à sua conceituação e seus usos empíricos nas ciências sociais. Não faz parte das intenções deste trabalho apresentar a discussão construída sobre esse tema, de forma a sintetizar uma proposta unívoca, a partir de amplo diálogo com a literatura especializada. Para as pretensões desta pesquisa, assume-se o tratamento atribuído ao termo pelos trabalhos de referência ora utilizados, sendo a ideologia empregada segundo uma dupla dimensão. A morfologia da ideologia segue a linha proposta por Bezerra (2019, 2020) que, partindo das elaborações de Michael Freedden, considera a ideologia a partir de um emaranhado de conceitos políticos, que fazem sentido na interrelação desses conceitos entre si e com seu contexto histórico. Dessa forma, é possível identificar elementos centrais e periféricos na formação da identidade dos partidos – tais como democracia, liberdade, igualdade, legitimidade etc. (FREEDEN, 1996 apud BEZERRA, 2019, 2020) –, captados, por exemplo, pelas resoluções e programas de governo desses partidos. A título de exemplo, o conceito político de participação é, segundo a autora, central na conformação da ideologia petista (BEZERRA, 2019, 2020). Identificar o tratamento dado a esse conceito político nos diversos governos estaduais permitirá melhor compreender a importância a ele conferida também por outras agremiações partidárias mandatárias no estado, no período analisado. A segunda dimensão do tratamento dado ao termo neste trabalho parte desde um ponto de vista mais objetivo. A finalidade é permitir o enquadramento dos partidos por grupos mais ou menos semelhantes, de forma a tornar possível a comparação entre eles a partir desses agrupamentos. Nesse sentido, toma-se a ideologia em sentido mais categórico, como uma classificação sobre a orientação dos partidos políticos no Brasil, que varia entre posições da extrema-esquerda para a extrema-direita, passando pela esquerda, centro-esquerda, centro, direita e centro-direita, nos termos dos estudos de Bruno Bolognesi, Ednaldo Ribeiro e Adriano Codato. Essa classificação, cuja construção tem fundamento metodológico na percepção de especialistas da área, foi construída a partir de *surveys* aplicados junto aos associados da Associação Brasileira de Ciência Política (ABCP) no ano de 2018. Para maior detalhamento, ver Bolognesi, Ribeiro e Codato (2023).

sociedade civil foi um elemento central de governabilidade social, de sustentação política e de construção de pautas sociais e redistributivas, alinhadas com a agenda prioritária do governo”. Segundo essa autora, o PT, principal representante da esquerda brasileira, teve papel fundamental na difusão das inovações democráticas no Brasil via IPs. Esse papel encontra coerência e coesão com seus interesses partidários de ordem ideológica – visto a sua fundação em relação intrínseca com os movimentos sociais e sua defesa programática das pautas redistributivas – e pragmática – reforçando estruturas interativas entre Estado e sociedade que viabilizam uma coalizão social de apoio ao governo e à sua agenda (BEZERRA, 2020).

Entretanto, é importante relativizar que, mesmo a ideia da participação sendo parte da agenda política prioritária do PT, conforme pontua Bezerra (2019), ela também experimentou mudanças desde a sua concepção nos primórdios da criação do partido, como forma de incidência institucionalizada no Estado. De uma posição no debate interno de delegação total de poder – o que, de fato, nunca existiu –, com o tempo, a participação passou a ocupar um espaço de fiscalização, controle e contribuições para a concepção das políticas públicas.

Gradualmente, e à medida que o partido acumula experiências administrativas em diferentes níveis de governo, a participação deixa de estar associada à transformação social radical e passa a estar cada vez mais associada ao vocabulário da gestão transparente de políticas públicas, da sua elaboração ao seu controle e fiscalização de desvios exercidos por aqueles que estão ocupando os espaços de poder no Estado (BEZERRA, 2019, p. 20).

De toda forma, é reconhecido que, no plano federal, e pensando especificamente as IPs foco deste trabalho – quais sejam, as conferências nacionais –, conforme observa Avritzer (2012), elas tiveram um traço de expansão e generalização no segundo mandato do governo Lula, entre 2007 e 2010, fazendo com que se constituíssem como a principal forma de participação na esfera federal. O aumento do volume e da diversidade temática das conferências indicaria, segundo o autor, a existência de uma política participativa real no governo federal, que colocava, no centro, as conferências de políticas públicas.

De um lado, no período entre 1988 e 2002, o Brasil realizou 25 conferências nacionais, sendo 2 no governo Collor, 6 no governo Itamar Franco e 17 nos dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso (POGREBINSCHI; SANTOS, 2010). Por outro lado, entre 2003 e 2010, somando as duas primeiras gestões do governo Lula, foram realizadas 74 conferências nacionais (SOUZA, 2012). Conforme Ermínia Maricato e Orlando Santos Júnior, esse elevado número de conferências evidencia que a busca pela institucionalização e sustentabilidade de um sistema de participação social dessa magnitude constitui um esforço sem precedentes na história

do país (MARICATO; SANTOS JÚNIOR, 2006), constituindo importante marca dos governos petistas.

Além da quantidade, o governo Lula experimentou um incremento de variedade de temas que foram objeto de conferências. Do ponto de vista temático, pensando na perspectiva das populações consideradas “minorias” sociais ou culturais, por exemplo, entre 1988 e 2009 as conferências para esses grupos somaram 20 edições, ou 25% do total de conferências nacionais realizadas, distribuídas por 9 grupos temáticos⁸. Desse total, 8 grupos tiveram espaço somente a partir de 2003, ou seja, no governo Lula (POGREBINSCHI, 2012). Esse alargamento temático corrobora a visão de que a participação constitui uma das marcas particulares dos governos petistas na esfera federal.

Pogrebinschi e Santos (2011) defendem ainda que, com a eleição do Presidente Lula em 2002 e a conformação de um Congresso de coalizão mais favorável à esquerda, não somente as conferências estiveram mais presentes e efetivas no cenário nacional, senão também houve um fortalecimento das dimensões representativa e participativa no país, com considerável aumento da atividade legislativa inspirada nas diretrizes aprovadas pelas conferências nacionais.

É preciso situar, entretanto, que, mesmo a experiência do PT em relação ao alargamento expressivo do número de conferências e de seus temas, do ponto de vista prático ela apresenta problemas a serem superados se o objetivo final é alcançar uma institucionalização mais plena da prática participativa. Ao analisar uma série de documentos oficiais do governo Lula sobre as conferências, entre 2004 e 2007, Souza (2012) identificou que, do ponto de vista do discurso oficial desse governo, havia sempre uma ênfase positiva sobre o aspecto de abertura e fortalecimento do diálogo da sociedade civil com o Estado, o que tornaria as conferências, assim, na visão do governo, canais democráticos por excelência de construção de políticas públicas como espaços de participação. Por outro lado, na prática, o relatório do projeto Monitoramento Ativo da Participação da Sociedade (Mapas), criado pela própria sociedade civil, aponta para resultados insuficientes em relação ao fortalecimento e generalização da participação social no governo (SOUZA, 2012), o que pode ter relação com a

⁸ Esses temas de conferências nacionais foram sobre “direitos da pessoa idosa”, “direitos da pessoa com deficiência”, “gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais”, “povos indígenas”, “políticas públicas para as mulheres”, “direitos da criança e do adolescente”, “juventude”, “promoção da igualdade racial” e “comunidades brasileiras no exterior” (POGREBINSCHI, 2012).

dificuldade de interlocução das próprias conferências com o aparato Estatal, consoante Silvia Camurça (CAMURÇA, 2006) – e o que, por si, impõe limites à participação.

De toda forma, como defendido neste trabalho pelas evidências empíricas ilustradas, a experiência mostra que o estímulo decisivo à participação tem sido uma marca das gestões do PT (AVRITZER, 2012; BEZERRA, 2020; POGREBINSCHI; SANTOS, 2011; SOUZA, 2012). Entretanto, mesmo dentro desse próprio partido, um estudo conduzido por Fabiano Santos, Talita Tanscheit e Tiago Ventura sobre o impacto da composição interna do PT e seu impacto na adoção – ou não – do OP demonstra que, nos municípios em que a composição da diretiva partidária tem representantes mais alinhados ao centro e à direita no contexto interno dos filiados ao Partido – o chamado Campo Majoritário –, menor é a tendência a se adotar o OP, uma IP clássica dos governos petistas, na gestão municipal. Além disso, os resultados do estudo apontam que “a sobrevivência da identidade petista referente à adoção de novas formas de participação política esteve conectada às facções da esquerda do PT mais do que à agenda política de sua principal facção, o Campo Majoritário” (SANTOS; TANSCHIEIT; VENTURA, 2020, p. 4), demonstrando que, mesmo nesse partido de esquerda, é necessário que a maioria das pessoas do diretório municipal esteja “à esquerda” no contexto geral do Partido para que a participação, pelos menos via OP, seja incorporada à agenda da gestão.

A experiência recente com a ascensão de um governo de extrema-direita no país também corrobora que a adoção dos espaços formais de participação são uma agenda mais própria dos governos de espectro de esquerda. Como citado em nota, a publicação do Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, pelo então mandatário do governo federal (de extrema-direita), extinguiu diversas IPs e mecanismos participativos institucionalizados na gestão nacional, como comissões e conselhos, bem como revogou o Decreto 8.243, de 23 de maio de 2014⁹, instituído pela então Presidenta Dilma Rousseff do PT, que criava a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS), dentro dos quais se situava a regulamentação geral das conferências nacionais de políticas públicas. À

⁹ Quando da sua edição em 2014, segundo Bruno Magalhães, Gabriel Ornelas e Flávia Duque Brasil, este Decreto já enfrentou fortes reações do Congresso Nacional, àquela altura composto, na média, por parlamentares de características conservadoras e aversos à participação (MAGALHÃES; ORNELAS; BRASIL, 2021). De imediato, a Câmara aprovou Decreto Legislativo sustando os efeitos desse Decreto, o que foi suspenso pelo Senado. O SNPS esteve vigente, portanto, até 2019, quando da sua revogação pelo novo Presidente, sendo curioso o fato de que essa vigência não tenha gerado, a prática, “[...] qualquer alteração no funcionamento das instituições representativas e participativas” (BEZERRA, 2019, p. 18).

época, o Decreto revogatório acabou preservando somente os colegiados criados por lei, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), e o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), e foi também revogado logo no primeiro dia do terceiro mandato do Presidente Lula do PT, por meio do Decreto nº 11.371, de 1º de janeiro de 2023.

Carla Martelli, Carla Almeida e Ruy Coelho reforçam essa visão de que a experiência aponta para que os governos de esquerda têm maior inclinação a proporcionar espaços de maior participação institucionalizada. Ao analisar as políticas para as mulheres no Brasil, eles salientam o caráter fundante que as IPs, no contexto dos governos petistas, tiveram nesse campo, proporcionando a institucionalização de muitas dessas políticas paralelamente à criação das conferências e dos conselhos a partir dos anos 2000, durante os governos Lula, principalmente, e Dilma (MARTELLI; ALMEIDA; COELHO, 2022).

Segundo os autores, com a ascensão do Governo Michel Temer, do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) – o que foi aprofundado no contexto autoritário e conservador da gestão Jair Bolsonaro, então do Partido Social Liberal (PSL)¹⁰ –, notou-se o deslocamento das IPs para uma posição periférica como espaço de representação no âmbito das políticas para as mulheres – reduzindo a primazia interativa de atrizes e atores sociais e governamentais para a atividade deliberativa –, sendo observada uma perda de protagonismo das IPs nesse período, o que inclui as conferências. Além disso, a ocupação de cargos governamentais por mulheres e a criação de estruturas burocráticas específicas para conceber e implementar políticas para as mulheres a partir de 2002, deu lugar a um desmonte progressivo dessas estruturas e políticas, controladas por setores conservadores de extrema-direita, declaradamente antifeministas, principalmente no período entre 2018 e 2022 (MARTELLI; ALMEIDA; COELHO, 2022), reforçando o afastamento da participação e do debate com os movimentos sociais – neste caso, na figura do movimento social mais interessado nessa agenda, o movimento feminista.

As experiências no plano nacional de governos de direita, com características neoliberais, também apontam para outra direção no que diz respeito à participação da sociedade

¹⁰ Necessário pontuar que, embora tenha exercido o mandato de Presidente da República com filiação ao PSL, Bolsonaro já teve filiação a inúmeros outros partidos políticos, alguns já extintos – como o próprio PSL –: Partido Democrata Cristão (PDC), Partido Progressista Reformador (PPR), Partido Progressista Brasileiro (PPB), Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), Partido da Frente Liberal (PFL), Partido Progressista (PP), Partido Social Cristão (PSC) e Partido Liberal (PL).

civil em sua relação com o Estado: uma espécie de terceirização da prestação de serviços públicos com o estabelecimento de parcerias. Segundo aponta Evelina Dagnino, após o marco constitucional de 1988 que consagrou a participação como princípio basilar do Estado brasileiro, e antes do movimento de expansão democrática e participativa vivenciado durante a gestão Lula, a orientação de ajuste neoliberal no aparelho estatal, a partir da implantação de um Estado mínimo que se isenta da responsabilidade de prestação de direitos sociais e os transfere para a sociedade civil, marcou os governos Fernando Collor de Mello, à época pertencente ao extinto Partido da Reconstrução Nacional (PRN), e Fernando Henrique Cardoso, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) (DAGNINO, 2004), ambos ideologicamente situados na esfera da direita na política nacional, nos termos da classificação de Bolognesi, Ribeiro e Codato (2023) – sendo o PRN enquadrado conforme a classificação atribuída ao Partido Trabalhista Cristão (PTC), designação do PRN entre o ano 2000 e 2021, dentro do período de realização da pesquisa citada.

Essa relação participativa entre Estado e sociedade civil, situada meramente no âmbito da gestão, transparece profundas diferenças em relação ao modelo participativo que se pauta no aprofundamento democratizante estimulado pelos governos de esquerda, em que a sociedade é chamada, de fato a discutir e decidir sobre as políticas públicas. Conforme esclarece Dagnino (2004, p. 102-103),

O papel das chamadas “organizações sociais”, a denominação utilizada na Reforma Administrativa do Estado, implementada pelo então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira a partir de 1995, para designar a forma de participação da sociedade civil nas políticas públicas, instituída pela Constituição de 1988, se reduz àquela função e é claramente excluído dos poderes de decisão, reservados ao chamado “núcleo estratégico” do Estado.

Um episódio importante de trazer à baila é a ruptura do campo político da participação social ocorrida no país entre 2011 e 2013, com a instalação de um conflito entre atores sociais e as formas de participação. Nesse período, houve a pluralização e fragmentação da participação, com o surgimento de um novo campo em que há a ascendência de atores de esquerda não ligados ao PT e movimentos conservadores, ausentes das ruas desde 1964. Essa situação se evidencia de forma mais marcante com as manifestações de junho de 2013 e dá origem à crise do presidencialismo de coalizão – cujas últimas consequências são a culminação do golpe contra a Presidenta Dilma em 2016 – e a um novo polo participativo conservador, que muda a cena política nacional (AVRITZER, 2016).

Não obstante os limites da participação que passaram a compor o cenário político nacional, apontados por Avritzer (2016), e para além do elemento de natureza ideológica dos governos, destaca-se que, mais importante que o desenho institucional isoladamente, para que se efetive uma experiência exitosa de IP, outros fatores demonstram igual relevância para tal efetivação. As conclusões apontadas nos estudos de Santos, Tascheit e Ventura (2020) coincidem com a proposição apresentada por Avritzer (2008, p. 47), de que “[...] o sucesso dos processos participativos está relacionado não ao desenho institucional e sim à maneira como se articulam desenho institucional, organização da sociedade civil e vontade política de implementar desenhos participativos”.

É oportuno lembrar que, na tipologia de modelos apresentada de Avritzer (2008), as conferências de políticas públicas se enquadrariam, em relação ao desenho institucional, como “de baixo para cima”, a exemplo do OP – mas ainda mais amplo que este, por envolver e articular, de forma ascendente, as três esferas de governo. Nesse desenho, atores da sociedade civil podem entrar livremente no processo participativo, de que também fazem parte os atores estatais, criando a institucionalidade em um movimento ascendente. Nesse modelo, entretanto, não é possível afirmar que o Estado tenha posição reduzida para a implantação das políticas – apenas diz respeito à conformação progressiva, desde a base ao topo decisório do aparato estatal, do processo institucional (AVRITZER, 2008).

Considerando todas essas questões, além dos aspectos relacionados à ideologia do governo, é importante compreender as dinâmicas de participação na geração de políticas públicas, o que inclui um olhar sobre a incidência dessas IPs na agenda estatal – principalmente as conferências, objeto do presente estudo –, bem como da atuação da sociedade civil, por meio dos movimentos sociais, no sentido de lograr seus objetivos nesse espaço de participação – o que será abordado a seguir.

2.3.2. Participação e políticas públicas: a incidência das conferências na formação da agenda estatal

O olhar para a incidência das conferências na formação da agenda do Estado inevitavelmente passa por uma reflexão sobre o aspecto da efetividade¹¹ dessas IPs. No caso do

¹¹ Embora exista uma definição usualmente atribuída à palavra “efetividade”, mais ou menos consensual nos usos comuns, seu conceito pode também assumir um caráter de terminologia polissêmica, como restará elucidado nesta

estudo específico ora proposto, um dos aspectos mais importantes da efetividade das conferências de saúde é a tradução das suas deliberações em diretrizes e políticas públicas efetivas¹², constituindo, assim, nosso principal foco de interesse.

Em relação a esse ponto, Brian Wampler pondera que há pouca evidência na literatura que demonstre sistematicamente como as conferências, de forma geral, impactam os resultados das políticas públicas, sendo sua influência, muitas vezes, indireta – ainda mais no caso de deliberações que chocam com as posições políticas do governo (WAMPLER, 2011). Nesse cenário, de toda forma, é importante pontuar que essas discussões sobre efetividade são vastas na literatura e abordam o tema a partir de diferentes perspectivas – não apenas do ponto de vista do resultado substantivo sobre as políticas públicas –, todas elas tendo como ponto principal a compreensão de qual evidência seria representativa do alcance da efetividade – e em que se traduz tal efetividade – por essas IPs.

Uma primeira possibilidade de se compreender a efetividade do processo deliberativo é aquela que pressupõe um adequado acesso às informações para a participação e para a tomada de decisão. Nesse sentido, o estudo de Avritzer (2012) sobre as conferências nacionais tenta captar a percepção dos participantes dessas conferências quanto ao atendimento a essa condição. Nele, de forma geral, mais da metade dos respondentes afirma ter acesso prévio a informações. Entretanto, a maior parte deles não a consideraram adequada, o que aponta para problemas na circulação das informações, ainda que esse problema de acesso pareça corresponder mais à falta de infraestrutura de certas áreas do que a resultados de intenções políticas. De toda forma, os problemas de falta ou acesso inadequado a informações trazem prejuízos à qualidade da participação e da deliberação, repercutindo sobre os resultados das conferências como processo deliberativo e participativo.

Outro ponto abordado nesse estudo problematiza a realização do debate político nas conferências. As conclusões sugerem que, de um lado, as conferências nacionais se expressam como fóruns em que o debate entre propostas distintas é concretizado, o que aponta para um elemento deliberativo da sua prática. De outro lado, há um equilíbrio na participação entre

subseção. Assim sendo, este trabalho assume tal característica, atribuindo à efetividade um caráter mais ampliado do que a mera noção de alcance de objetivos pretendidos, com o melhor uso possível dos recursos.

¹² Nos termos de Almeida (2012, p. 40) “[...] as conferências precisam ser avaliadas não apenas na sua capacidade de se articular com a pluralidade representada, mas também com o Estado. Isto porque a efetividade dos processos deliberativos depende de continuidade e implementação”.

governo e sociedade civil e, ainda que haja tal equilíbrio e a representação governamental costume apresentar maior escolaridade que os demais participantes, as propostas do governo nem sempre são aprovadas nas conferências nacionais. Esse quadro reforça fortes elementos deliberativos nas conferências nacionais, marcado pelo intenso debate de propostas, sem prevalência da vontade do governo (AVRITZER, 2012) – o que se traduz em indícios sobre a sua efetividade.

Alguns pontos importantes a se levantar sobre a efetividade das conferências, portanto, dizem respeito a compreender em que medida as pessoas que participam das conferências estão adequadamente informadas ou não, e se o processo decisório é influenciado pelo governo, bem como se as decisões tomadas nesses espaços de participação e deliberação são implantadas.

A percepção dos participantes do estudo citado é de que o governo nem sempre implementa as decisões, o que envolve, na prática, não apenas vontade política, senão também motivos técnicos ou legais. Entretanto, de forma geral, os participantes reconhecem que há implementação de um número de alto a médio das decisões das conferências nacionais pelo governo, em valor significativamente maior do que a percepção quanto a um número pequeno a inexistente de decisões tomadas implementadas. Esse resultado aponta para evidências, ainda que parciais, quanto ao esforço do governo de implementar as decisões tomadas no âmbito das conferências nacionais (AVRITZER, 2012).

Por fim, Avritzer (2012) destaca que, no nível nacional, a efetividade das conferências está ligada à realização de mudanças na implementação de políticas – mais do que no nível local, em que a dimensão da alteração de políticas não é tão relevante –, e, com isso, também ganha substância a dimensão da mudança normativa. Nesse sentido, conforme apontado nas conclusões de dois estudos sobre as conferências de políticas públicas no nível federal, entre os anos de 1988 e 2009, de Thamy Pogrebinski junto a Fabiano Santos, e da mesma autora junto a outros colegas, essas IPs têm importante impacto sobre o Poder Legislativo (POGREBINSCHI *et al.*, 2010; POGREBINSCHI; SANTOS, 2011). Isso faz com que seja impulsionada a atividade legislativa do Congresso Nacional – o que, por sua vez, fortalece a democracia representativa no Brasil, por meio do incentivo à prática participativa e deliberativa. Ainda nessa mesma perspectiva, de uma efetividade de natureza legislativa, Vick e Lavallo (2020) apontam que, para se constatar a efetividade dessas IPs, seria suficiente checar, no texto das normas produzidas e sancionadas, a presença de elementos que remetessem às diretrizes aprovadas pela conferência que se quer analisar.

Souza (2012), por sua vez, ilustra outras finalidades – que podem nos indicar elementos para aferir a sua efetividade –, além da propositiva, no bojo das conferências – no caso específico do seu estudo, as conferências nacionais, mas que pode ser válido para as conferências de outros níveis federativos. Uma análise por ele realizada das conferências nacionais entre 2003 e 2010 apontam que seus objetivos se relacionam com a realização de proposições, como esperado, mas também com o fortalecimento da participação, a análise de situações e o agendamento – discussão, debates – de assuntos. Assim, segundo a sua perspectiva, é razoável considerar que a análise da efetividade das conferências também deve levar em consideração os elementos que não necessariamente se expressam na forma de propostas objetivas ou de diretrizes de políticas públicas a serem implementadas pelo governo – ou, ainda, contempladas pelo Legislativo. A figura 1 apresenta alguns achados da pesquisa do Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC) em parceria com o Instituto Pólis (INESC; INSTITUTO PÓLIS, 2011), que, por sua vez, convergem com as conclusões dos estudos de Souza (2012), em resposta à pergunta, por ele, proposta: a que vieram as conferências nacionais?

Figura 1 - Mapa mental de finalidades declaradas nos atos normativos das conferências nacionais entre 2003 e 2010



Fonte: INESC; Instituto Pólis (2011, p. 56).

Na dimensão do fortalecimento da participação, uma importante finalidade das conferências é a inclusão de sujeitos diversos e grupos específicos ao debate público, de forma a conectá-los com a estrutura do sistema participativo mais amplo, como os conselhos. Na perspectiva do agendamento, essa inclusão de grupos e sujeitos diferentes proporciona um encontro plural de ideias, estimulando o debate e a deliberação (SOUZA, 2012).

Já no nível avaliativo, a análise dos encaminhamentos das conferências anteriores, com a reflexão sobre os avanços, sobre o que não foi implementado, sobre o que está em curso com

bons ou maus resultados, também se coloca como uma forma de garantir um aspecto de efetividade para o processo participativo via conferências. Segundo Souza (2012, p. 24), “a baixa existência de avaliação a respeito do próprio processo, embora seja explicada pelo pequeno número de conferências reeditadas, sinaliza tendência a começar de novo a cada nova edição”.

Conforme sustentam Almeida e Cunha (2011), a efetividade deliberativa, para além do desenho institucional, encontra-se calcada em fatores anteriores e exógenos à própria deliberação, como o associativismo local e o projeto político do governo. A qualidade deliberativa, por sua vez, é influenciada por elementos como i) quem participa – grau de inclusão, transparência da seleção do participante –; ii) as desigualdades existentes no processo – disposição do governo e mudanças institucionais, no caso de grande desigualdade, para viabilizar a deliberação e reduzir as assimetrias de poder –; iii) a influência do tipo de política em disputa; e iv) o impacto dos conflitos e interesses na legitimidade democrática.

Importante frisar que as experiências das conferências de políticas públicas no Brasil representam uma relevante contribuição da participação na construção de uma cultura institucional mais pluralista e democrática. Entretanto, as formas tradicionais de fazer política ainda são predominantes no país e acabam por expor as fragilidades desses procedimentos participativos, explicitando ambiguidades quanto aos avanços efetivamente proporcionados por esses processos, conforme Débora Gonzalez (2018). Essa reflexão é importante porque o envolvimento dos cidadãos nos processos participativos das IPs guarda relação com a expectativa de que seus esforços produzam resultados nas políticas públicas ofertadas pelo Estado (WAMPLER, 2011).

Contribuindo, também, com a compreensão sobre o que leva os cidadãos a participar, Lavallo (2011) destaca três conjuntos de efeitos da participação. Primeiramente, os efeitos de socialização e psicológicos, estimulando o civismo, o senso de pertencimento e a autoconfiança, contribuindo com um círculo virtuoso de participação gerando mais participação. Em segundo lugar, os efeitos distributivos das políticas. Por fim, os efeitos indiretos de geração de capital social, que aumenta os estoques de confiança da coletividade, fortalecendo a cooperação e o associativismo (LAVALLE, 2011). Tais efeitos podem ajudar a explicar a resiliência participativa dos atores que integram a estrutura de participação dos governos.

Em complemento a esses apontamentos, Pinto (2018) destaca que, de um lado, embora seja necessária e relevante a existência de uma sociedade civil engajada e robusta para a

conquista de direitos no âmbito das políticas participativas, de outro, há uma dependência proporcionalmente ainda mais forte da vontade política governamental na concretização desses avanços. Segundo essa autora, “as organizações da sociedade podem pressionar, demandar, questionar os governos, mas dificilmente terão poder para forçar políticas participativas, que são sempre políticas públicas de iniciativa governamental” (PINTO, 2018, p. 185).

Pensar a sociedade civil no contexto da ação política remete à ideia dos movimentos sociais e suas formas de organização e interação com o Estado, conforme Marcelo Kunrath Silva. Importante destacar que, a análise da relação dos movimentos sociais com o Estado – e com as políticas públicas –, após os caminhos já percorridos da institucionalização – promovida principalmente com a difusão das IPs e com a assunção, pela sociedade civil, de papéis na formulação, implementação e controle de políticas públicas –, requer o rompimento da imagem histórica que apreende essa interação (sociedade x Estado) pela perspectiva do confronto e da externalidade, bem como dos movimentos sociais como organizações homogêneas e imutáveis (SILVA, 2021).

Dito isso, e avançando um pouco nesse campo de formulações mais atuais, Rebecca Abers, junto a Luciana Tatagiba e Marcelo Kunrath Silva (TATAGIBA; ABERS; SILVA, 2018) propõem um modelo analítico sobre a agência dos movimentos sociais¹³ – compreendidos como tipo específico de ator ou rede inserido nas relações e experiências situadas no nível da política pública – no processo de produção das políticas públicas, cujos resultados são disputados por esses movimentos sociais. Segundo os autores, os movimentos sociais atuam nos subsistemas de políticas públicas com a apresentação de modelos alternativos de políticas públicas, que traduzem seu projeto político. Sua atuação está condicionada pelas características do regime – que apontam a permeabilidade do governo às propostas da sociedade –, do subsistema de políticas públicas – e suas possibilidade de acesso e atuação dos movimentos – e dos próprios movimentos sociais – em sua capacidade de interação com outros atores e movimentos sociais. Além disso, eles “[...] desenvolvem seus repertórios de ação utilizando as oportunidades disponíveis de acesso e atuação institucional, possibilitadas pelos

¹³ Conforme Tatagiba, Abers e Silva (2018, p. 106), a distinção da atuação dos movimentos sociais nos subsistemas de políticas públicas reside no fato de que eles proporcionam que pessoas comuns, a partir de sua articulação coletiva, sejam ouvidas pelos núcleos decisórios do Estado. Assim, “ao levarem para o interior dos subsistemas atores e interesses previamente não considerados pelos tomadores de decisão, os movimentos sociais acionam um conjunto de interações confrontacionais”.

subsistemas e pelo regime, ao mesmo tempo que buscam por meio delas criar novas chances de acesso e atuação institucional” (TATAGIBA; ABERS; SILVA, 2018, p. 112), reformulando, assim, a própria institucionalidade estatal que propicia a interação.

No mesmo sentido de analisar a relação entre movimentos sociais e políticas públicas, Abers, Silva e Tatagiba (2018) partem do chamado “contexto político” para compreender o condicionamento da ação dos movimentos sociais nas políticas públicas. Os autores constroem uma noção de “contexto político” que se afasta da noção de cenário, externo, para outra que abrange a “estrutura relacional” (regimes políticos e subsistemas de políticas públicas) observada entre instituições e atores – entre eles, os movimentos sociais –, a qual estrutura também ações futuras, determinando, assim, o “contexto político”. A relação dos movimentos sociais é “no” regime e “no” subsistema, e não “com” eles. Dito isso,

em função de seu posicionamento nas relações de poder nos regimes e subsistemas, os atores políticos (entre os quais os movimentos sociais) adquirem acesso diferenciado aos recursos materiais e simbólicos que circulam nessas estruturas, influenciando e distinguindo sua capacidade de agência e conseqüentemente de influência sobre a política pública. Ao mesmo tempo, argumentamos que os atores situados nessas estruturas também podem usar os recursos de que dispõem para criativamente construir novas relações (ABERS; SILVA; TATAGIBA, 2018, p. 17-18).

Nesse cenário, defendem os autores, um aspecto importante para a atuação dos movimentos sociais e logro de resultados é a trajetória institucional do subsistema da política, incluindo a conformação da sua burocracia, e os vínculos existentes entre os atores políticos.

Não raro, as análises apontam a importância de ativistas com filiações múltiplas a partidos, movimentos sociais, órgãos de governo e/ou associações profissionais, não apenas para que as demandas dos movimentos alcancem o Estado, mas para a própria formulação da demanda como uma política pública. Também mostram que esse esforço dos movimentos para influenciar as políticas não raro tem alterado a configuração dos setores, com a criação de institucionalidades como ministérios, secretarias e Instituições Participativas (ABERS; SILVA; TATAGIBA, 2018, p. 20-21).

Há que se considerar, enfim, o espaço fora da estrutura formal das IPs – e das conferências, em particular – como parte relevante do processo deliberativo. Isso porque, em paralelo aos procedimentos formais das IPs, há diversas atividades informais que contribuem com a interação entre os atores, por meio das quais são construídos laços de confiança e de solidariedade e se desenvolvem estratégias políticas coerentes com o que defende cada diferente ator e movimento social (WAMPLER, 2011). A estrutura formal das IPs, portanto, funciona também como catalisadora dessas outras dinâmicas que reforçam e fortalecem as próprias IPs no contexto da participação e da deliberação no Brasil.

A abordagem realizada neste trabalho da participação nas conferências coloca em evidência o papel dos movimentos sociais, notadamente o movimento feminista, e sua incidência sobre as políticas públicas. A fim de situar as organizações atuantes no campo amplo e diverso do feminismo na sua relação com o Estado, de forma a compreender as interações estabelecidas e a incorporação de pautas históricas pela agenda estatal, a próxima seção irá traçar um histórico sobre o movimento feminista no Brasil, suas reivindicações e participação política, com foco nas demandas da área da saúde.

3. A AGENDA POLÍTICA FEMINISTA NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

A história da sociedade brasileira é marcada, em grande parte da sua trajetória, a partir de relações de desigualdade entre homens e mulheres. Na tessitura desequilibrada e desarmônica imposta por esse quadro, as mulheres acabaram relegadas no país, em grande medida, ao papel de coadjuvantes da sua própria história, silenciadas pela naturalização de um lugar de subalternidade a elas relegadas pela dominação masculina patriarcal.

Salienta-se que, não obstante o hermetismo que envolve o próprio conceito de feminismo, tanto como movimento, mas também como teoria complexa e histórica, este trabalho se propõe a trazer algumas perspectivas sobre o tema, a título introdutório e de forma a orientar as bases iniciais sobre as quais serão construídas as discussões teóricas e empíricas sobre o feminismo, ao longo desta seção.

Simone de Beauvoir, autora fundamental do campo da teoria feminista, no primeiro volume do seu emblemático livro *O segundo sexo*, aponta a subordinação das mulheres como um problema de natureza ontológica: elas se definem e se diferenciam em relação aos homens, e não estes em relação a elas, traduzindo-se como “[...] o inessencial perante o essencial. O homem é o Sujeito, o Absoluto; ela é o Outro” (BEAUVOIR, 1970, p. 10). Nesse sentido, a mulher perde sua identidade pessoal e de sujeito social, encontrando-se limitada pelos ditames do patriarcado – este molde que exprime a perspectiva em que o mundo é normatizado e que restringe a liberdade e circunscreve o poder das mulheres – como explorado pela autora no segundo volume da mesma obra (BEAUVOIR, 1967). Assim, defende a autora nesse novo volume, somente por meio da transformação estrutural da condição das mulheres seria possível uma mudança concreta na maneira como homens e mulheres se relacionam entre si e com o mundo. Isso porque, nos termos de Joan Scott, os

usos e significados [acerca da temática de gênero] nascem de uma disputa política e são os meios pelos quais as relações de poder – de dominação e de subordinação – são construídas. O saber não se refere apenas a idéias (*sic*), mas a instituições e estruturas, práticas cotidianas e rituais específicos, já que todos constituem relações sociais. O saber é um modo de ordenar o mundo e, como tal, não antecede a organização social mas é inseparável dela (SCOTT, 1994, p. 12-13).

Segundo pontua o pesquisador Luís Felipe Miguel, o pensamento feminista que emerge de modo mais sistemático a partir do século XVIII vem quebrar essa reprodução de invisibilidade feminina, uma vez que, pela não aceitação desse quadro e “[...] ao denunciar a situação das mulheres como efeito de padrões de opressão”, ele “[...] caminhou para uma crítica

ampla do mundo social, que reproduz assimetrias e impede a ação autônoma de muitos de seus integrantes” (MIGUEL, 2014, p. 17).

Maria Amélia Teles explicita que o feminismo é uma filosofia que considera a existência de uma opressão específica que recai sobre todas as mulheres e assume diferentes matizes, a depender das características de classe, camada social, grupo étnico, cultura etc. das mulheres sobre quem a opressão recai. Segundo a autora, em sentido mais amplo, o feminismo é também um movimento político, na medida em que representa o contraponto ao patriarcado, questionando as relações de poder, a opressão e a exploração e propondo um novo modelo de sociedade, segundo a visão mais atual, pautado no “[...] conceito de libertação que prescinde da ‘igualdade’ para afirmar a diferença – compreendida não como desigualdade ou complementaridade, mas como ascensão histórica da própria identidade feminina” (TELES, 2003, p. 10).

Para Miguel (2014), o feminismo é um conjunto de pensamentos e teorias muito elaborados sobre o meio social e, como corrente intelectual, opera por meio da militância pela igualdade de gênero ao mesmo tempo em que tenta evidenciar as raízes e os mecanismos de reprodução da dominação masculina. A complexidade de elaboração do feminismo contemporâneo, conforme esse autor, baseia-se no desafio crescente de se compreender as intrincadas relações de dominação e de preservação da desvantagem feminina em uma realidade em que avanços vêm ocorrendo no âmbito da conquista de direitos e de maior igualdade formal nas diferentes esferas da vida social.

É importante reforçar, por outro lado, que, efetivamente, o feminismo são vários – e disso decorre a maior adequação, segundo algumas autoras, principalmente aquelas da abordagem interseccional, de utilização do termo “os feminismos” para designar esse movimento e essa teoria¹⁴. Martha Salgado aponta que a terminologia dos feminismos surge como contraponto crítico ao feminismo considerado hegemônico, e que tal postura “[...] não se trata apenas de protestar posições, mas, sobretudo, de elaborações teóricas e propostas políticas

¹⁴ Importante pontuar que, estritamente como opção semântica, e sem ignorar o respeito à pluralidade de abordagens históricas e teóricas sobre o movimento feminista, este trabalho opta, ao longo de seu desenvolvimento, por designar tal corrente unicamente por “feminismo”. Entretanto, pontua-se que tal designação não invalida a preocupação interseccional que deve circunscrever a discussão sobre o feminismo no Brasil – o que restará claro ao longo deste trabalho –, nem mesmo representa uma adesão inconsciente a uma possível terminologia de origem histórica eurocêntrica, que ignora o contexto multifacetado em que se operam as relações de gênero na realidade brasileira.

que materializem, entre outras coisas, a ideia de que o feminismo é uma crítica radical à própria cultura” (SALGADO, 2016, p. 9), a partir da consideração das condições específicas em que se desenvolve a vida das mulheres submetidas a questões sociais mais focalizadas. Essa postulação, portanto, busca abranger de forma mais intensa as heterogeneidades do universo feminino, de forma a “[...] atingir níveis cada vez mais profundos de compreensão das múltiplas formas como sexo, gênero, classe, raça, etnia e outras condições/organizadores sociais que se articulam em formas de organização social, culturas e ideologias localizadas” (SALGADO, 2016, p. 9).

Nesse contexto, esta terceira seção pretende resgatar a história de constituição e atuação do movimento feminista no Brasil, com foco na identificação das suas principais estratégias de ação e pautas vocalizadas, principalmente na área da saúde. Com esse cenário descrito, pretende-se contribuir, na etapa seguinte, com a identificação do lugar desse feminismo brasileiro – sua ação, suas pautas – em relação às políticas públicas construídas para as mulheres na saúde por meio das dinâmicas institucionais de participação via conferências de saúde, no estado de Minas Gerais.

3.1. Movimento feminista brasileiro: histórico e estratégias de atuação

Além de delimitar o conceito de feminismo, e antes mesmo de se iniciar a explicitação da sua constituição histórica no contexto brasileiro, há que se demarcar a diferença entre dois termos, ordinariamente utilizados, em muitas situações, como sinônimos: o “movimento de mulheres” e o “movimento feminista”.

Por “movimento de mulheres”, Teles (2003) identifica um conjunto de ações organizadas de certos grupos de mulheres que levantam a bandeira de direitos específicos e melhores condições de vida e de trabalho. Sonia Alvarez (ALVAREZ, 2000) destaca que esse termo surge no contexto da atuação das feministas da chamada segunda onda do feminismo latino-americano que, ao se afastarem da arena política tradicional e da relação com o Estado e atuarem na clandestinidade e na oposição ao regime ditatorial, passaram a trabalhar junto a mulheres dos setores populares, que viriam a conformar, posteriormente, esse “movimento de mulheres”. Já o “movimento feminista”, na visão daquela autora, “[...] refere-se às ações de mulheres dispostas a combater a discriminação e a subalternidade das mulheres e que buscam

criar meios para que as próprias mulheres sejam protagonistas de sua vida e história” (TELES, 2003, p. 12).

Nota-se que os movimentos de mulheres estiveram presentes entre as classes médias e populares brasileiras ao longo de todo o desenvolvimento do feminismo nacional, embora um não se confunda efetivamente com o outro:

Se não se pode tratar os movimentos de mulheres como algo totalmente dissociado do movimento feminista, deve-se reter, de qualquer forma, sua especificidade: foram movimentos organizados, não para pôr em xeque a condição de opressão da mulher, como no caso do feminismo, mas para, a partir da própria condição de dona-de-casa, esposa e mãe, intervir no mundo público. São exemplos dessas organizações os movimentos contra a carestia, os clubes de mães, o movimento pela anistia, entre muitos outros (PINTO, 2003, p. 43).

Para as análises pretendidas por este trabalho, tal diferenciação é importante de se realizar, visto que as terminologias “feminismo” e “movimento feminista”, opções conceituais adotadas neste estudo para se referir ao movimento observado que atuou e atua na produção de disputas e reivindicações, influenciando a geração de políticas para as mulheres, respondem mais adequadamente às questões levantadas pelo problema de pesquisa. Compreender as mulheres como protagonistas da construção de sua própria história, em suas contestações e formas de auto-organização visando à conquista de direitos, guarda coerência com um olhar preocupado com a construção de uma agenda de saúde pública aderente às reivindicações das próprias mulheres nos espaços de participação institucional e de interação com o Estado proporcionados pelas conferências. A oportunidade de vocalizar suas próprias preferências e lutas no campo da saúde pública é, por assim dizer, uma forma de reação à opressão das mulheres, antes objeto de políticas formuladas para si por governos essencialmente masculinos – e, por ser reação a uma forma de opressão – o silenciamento, o alijamento histórico da participação política –, esse movimento reivindicatório e participativo também guarda correspondência com o conceito de feminismo proposto por Letícia Godinho e Ana Paula Salej (GODINHO; SALEJ, 2022).

Com o objetivo de organizar a evolução do movimento a partir de um enquadramento temporal, em consonância com a agenda de contestações de cada período, o feminismo é, geralmente, dividido em ondas. Entretanto, anteriormente mesmo à ocorrência da chamada primeira onda do feminismo no Brasil, e embora às mulheres fosse atribuída uma esfera de atuação estritamente privada, sem autorização de participação na vida pública e política, conforme sustenta Flávia Biroli (BIROLI, 2014), o país já observava, no curso da história, a

presença de figuras femininas em realizações de grande importância no contexto nacional (GODINHO; SALEJ, 2022).

Virgínia Starling, em análise da atuação das mulheres no curso da história brasileira desde a Independência em 1822, aponta para que foi exatamente uma mulher, dona Leopoldina, a figura que decreta este ato de ruptura com a metrópole portuguesa – embora, além de Leopoldina, também tenham existido muitas outras mulheres envolvidas com movimentos e revoltas que tinham como causa a libertação nacional (STARLING, 2022).

Na disputa por direitos, também nessa fase anterior à primeira onda, as mulheres foram imprescindíveis na luta pela educação, de que elas estavam alijadas no período colonial brasileiro. Apenas em 1827 é editada a primeira legislação que autorizou a abertura de escolas femininas no Brasil e coube a uma mulher, Nisia Floresta Brasileira Augusta, uma atuação fundamental na pauta do direito feminino à instrução e ao trabalho, com a publicação do livro *Direito das mulheres e injustiça dos homens*, em 1832 – obra, ainda, a que se atribui o título de texto fundante do feminismo no país (GODINHO; SALEJ, 2022).

No curso da história, entre as bandeiras da chamada primeira onda do feminismo foram defendidos o sufrágio e o direito à participação na esfera pública e política pelas mulheres, para que participassem como candidatas e eleitoras¹⁵. Assim, o movimento sufragista no Brasil trouxe a pauta do direito ao voto como primeira agenda a ser incorporada à agenda pública estatal, com importante grau de institucionalidade e proeminência de atuação de Bertha Lutz, muito embora tenha representado um movimento relativamente elitista, sem participação popular, cujo direito repercutia em pequena parte da população apta ao exercício eleitoral (GODINHO; SALEJ, 2022). As mulheres negras, por exemplo, ainda lutavam por questões mais básicas, como a liberdade via abolicionismo da escravatura (PINTO, 2010).

Além do sufragismo – que foi muito encabeçado por personalidades e que, pela sua forma de ação e por não pretender alterar a posição do homem na sociedade, era considerado, nos termos de Pinto (2003), como uma espécie de “feminismo bem-comportado” –, outras duas vertentes do movimento feminista foram observadas nesse período no território nacional,

¹⁵ A primeira lei a autorizar o voto feminino no Brasil remonta ao ano de 1927, no estado do Rio Grande do Norte. Em 1932 o direito ao voto pelas mulheres é incorporado ao Código Eleitoral por Getúlio Vargas, a partir das pressões das feministas da Federação Brasileira para o Progresso Feminino (FBPF), fundada por Bertha Lutz e que tinha esse direito como luta central – excluindo, entretanto, as analfabetas, grande parte da população. Assim, o Brasil foi o quarto país, em todo o mundo, a incorporar o direito ao voto feminino no ordenamento jurídico (GODINHO; SALEJ, 2022).

conforme essa autora. Uma dessas vertentes foi o “feminismo difuso”, expresso por meio da atuação feminista na imprensa alternativa, que colocava na agenda uma série de contestações sobre a dominação masculina, o alijamento da mulher do espaço público, a sexualidade, o divórcio e o direito à educação das mulheres; e uma terceira vertente que representava o “feminismo anarquista” e o “feminismo comunista”, os quais envolviam trabalhadoras e intelectuais que sustentavam uma agenda de libertação radical da mulher, de forma articulada com ideias anarquistas e comunistas, cuja expoente foi Maria Lacerda de Moura e correspondeu à face menos comportada do feminismo dessa época, no início do século XX (PINTO, 2003).

Importante destacar a particularidade dessa vertente do feminismo anarquista e comunista que, ao contrário do movimento sufragista – organizado pela luta de mulheres brancas, de classe social mais elevada –, delineou-se principalmente a partir de mulheres brancas pobres trabalhadoras fabris (em grande medida imigrantes europeias) e de mulheres negras ex-escravizadas recém-libertas, mas ainda forçadas a um trabalho servil de exploração (GODINHO; SALEJ, 2022). Essas mulheres chamavam a atenção para a especificidade da opressão, ou seja, que os oprimidos o são de formas distintas pelo fato de ser mulher, de ser negro, de pertencer a qualquer minoria (PINTO, 2003). Ganham força, também, nesse período, os movimentos de mulheres negras, como as pioneiras Sociedade Brinco das Princesas e Sociedade de Socorros Mútuos, segundo Petrônio Domingues (DOMINGUES, 2007), bem como a Frente Negra Brasileira (FNB), movimento antirracista fundado em 1931 com significativa presença de mulheres entre suas fundadoras e, especificamente, de trabalhadoras domésticas (GODINHO; SALEJ, 2022). Nota-se, portanto, que essa foi uma vertente do feminismo forjada pela inclusão e por um primeiro movimento de tomada de consciência dos aspectos interseccionais que determinam a relação de opressão exercida pela sociedade patriarcal.

Importante situar que a interseccionalidade é um conceito que explora as consequências estruturais das relações imbricadas de opressão por que algumas pessoas são atravessadas, considerando as dimensões de subordinação relacionadas ao gênero, raça/cor/etnia, classe social etc. e que, ao atuarem de forma simultânea, moldando-se mutuamente, mascaram e ocultam formas cruzadas de discriminação, conforme apresentam Carolina Tokarski e outros (TOKARSKI *et al.*, 2023). Segundo Kimberlé Crenshaw, a interseccionalidade “[...] trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que

estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras” (CRENSHAW, 2002, p. 177), considerando certas ações e políticas como geradoras de opressão sobre tais eixos de subordinação, culminando em desempoderamento.

A ditadura militar no Brasil marca o nascimento de um novo feminismo, em que se fortalecem, entre os anos 1950 e 1970, as discussões sobre a opressão de gênero e tem início a fase do chamado, nos termos de Céli Regina Pinto, “feminismo malcomportado”. Se em um primeiro momento acontece a desmobilização do movimento em função da forte repressão e perseguição política, esse fator também é propulsor da organização das mulheres em movimentos de oposição ao regime, como alguns do interior da Igreja Católica, ou mesmo no Partido Comunista. Assim, o feminismo dessa nova fase é sustentado por mulheres que lutaram contra a ditadura militar, tornando-as cada vez mais implicadas com o campo da política institucional, principalmente a partir da redemocratização, quando as feministas passam a integrar os quadros dos partidos políticos, por vezes, de tendência divergente (GODINHO; SALEJ, 2022; PINTO, 2003). Segundo Bezerra (2014, p. 50) “a convergência de conjunto tão heterogêneo de atrizes é facilitada pelo caráter transversal da pauta e potencializada pelo momento de elevado confronto e de mobilização política do período”.

Assim, o movimento feminista no Brasil a partir desse momento histórico,

por um lado, se organiza a partir do reconhecimento de que ser mulher, tanto no espaço público como no privado, acarreta consequências definitivas para a vida e que, portanto, há uma luta específica, a da transformação das relações de gênero. Por outro lado, há uma consciência muito clara por parte dos grupos organizados de que existe no Brasil uma grande questão: a fome, a miséria, enfim, a desigualdade social, e que este não é um problema que pode ficar de fora de qualquer luta específica (PINTO, 2003, p. 45).

Além disso, segundo Pinto (2003), no interior do movimento feminista brasileiro, além da luta pela autonomia e contra a dominação, a questão da desigualdade entre as mulheres é algo fundamental:

É, portanto, tendo esse quadro como referência que o movimento feminista brasileiro deve ser entendido: é um movimento que luta por autonomia em um espaço profundamente marcado pelo político; defende a especificidade da condição de dominada da mulher, numa sociedade em que a condição de dominado é comum a grandes parcelas da população; no qual há diferentes mulheres enfrentando uma gama de problemas diferenciados (PINTO, 2003, p. 46).

Nesse período também é importante destacar a delimitação do feminismo negro brasileiro, que passa a se articular e se estruturar como movimento. Nesse sentido, figuras como Neuza Pereira – uma das criadoras do Movimento Negro Unificado (MNU) em 1978 e da

organização feminista negra Fé Cega, Faca Amolada que visava a unificar esse movimento – e Lélia Gonzalez – também criadora do MNU e de outras organizações como o Coletivo de Mulheres Negras N’Zinga, sendo defensora de um feminismo afro-latino-americano e uma das mais importantes debatedoras do tema no cenário acadêmico e político nacional – desempenham atuação fundamental para esse processo de estruturação (GODINHO; SALEJ, 2022).

Ampliando ainda mais a visão sobre o caráter plural, multicultural e pluriétnico “dos feminismos” àquela altura – e não apenas no Brasil, senão na América Latina em geral –, Alvarez (2000, p. 393) esclarece que

Com a expansão do feminismo negro, feminismo lésbico, feminismo popular, ecofeminismo, feminismo cristão e assim por diante, a segunda metade dos anos 80 e os anos 90 viram a proliferação de novas protagonistas cujas trajetórias político-pessoais diferiam de modo significativo daquelas das primeiras feministas (referidas agora como “históricas”).

Assim como as militantes do feminismo negro defendiam a ideia de que o racismo marca de forma profunda a vida das mulheres negras, demandando do movimento feminista uma atenção especial a essa causa, as militantes do feminismo lésbico, por exemplo, também arguíam como necessidade comum a extinção do isolamento e marginalidade que lhes foram, historicamente, impostos. Nesse sentido, caberia ao movimento feminista, como um todo, incorporar também a causa lésbica como uma questão relevante a todas as mulheres (ALVAREZ, 2000).

Tal conjunto de acontecimentos fez com que, ao se ingressar no período da redemocratização, o Brasil já contava com um movimento feminista estabelecido no país – embora fragilizado e fragmentado pela perseguição vivenciada durante o período da repressão (PINTO, 2003). A abertura do regime, por sua vez, proporcionou a oportunidade de fazer incidir as demandas e perspectivas do movimento feminista sobre as ações governamentais, o que de fato ocorreu a partir da década de 1980 (GODINHO; SALEJ, 2022). Na visão de Gonzalez (2018), além dessas mudanças contextuais no cenário político nacional – e internacional –, o protagonismo desse movimento na luta pela democratização e a pressão de organismos transnacionais também contribuíram com o surgimento no Brasil de Mecanismos Institucionais de Mulheres (MIM).

Os MIM são órgãos que, em última instância, destinam-se a coordenar e/ou implementar políticas públicas voltadas para as mulheres, de acordo com Clarisse Paradis

(PARADIS, 2013). Eles representam uma espécie de recurso institucional com importante função na transversalização das questões de gênero nas diferentes políticas públicas, as quais passariam a perseguir a superação das desigualdades entre homens e mulheres dentro do seu escopo temático.

Importante pontuar que esse termo foi traduzido a partir da expressão original em espanhol “mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer (MAM)”, constante no “Informe Anual 2011: el salto de la autonomía – de los márgenes al centro” produzido pelo Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (OIG), da Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Essa também é a expressão utilizada nas publicações da ONU Mulheres e outros organismos transnacionais que trabalham com a perspectiva da institucionalização de políticas de igualdade de gênero. Segundo Gonzalez (2018), a CEPAL identifica três modelos distintos de MIM no contexto latino-americano: o político-institucional, a exemplo do Instituto de la Mujer na Espanha; o mais altamente institucional, estabelecido no Chile por meio de um pacto entre partidos governistas; e o “movimentalista”, cujos expoentes são os Conselhos no Brasil, que contam com forte participação popular.

Sobre a expansão dos MIM¹⁶, além de ela promover a intensificação da interação entre as feministas e o Estado, também proporcionou a ampliação dos repertórios de ação e das estratégias interativas – tanto por parte do movimento, como do próprio Estado (GONZALEZ, 2018):

Nesses cenários, os movimentos feministas e de mulheres abriram espaços para incidir com maior peso no contexto político-institucional, debatendo sobre formas possíveis de políticas públicas que contemplem e respeitem as diversidades das mulheres, que operem de maneira transversal e questionem a organização e as estruturas patriarcais que permeiam os Estados, que considerem as mulheres como sujeitas de direitos e não apenas como responsáveis pela família ou beneficiárias de programas estatais (GONZALEZ, 2018, p. 58).

Entretanto, é importante pontuar que a discussão da institucionalização estatal e política do movimento feminista, antes da sua efetivação, adquiriu um debate que repercutiu intensamente no seu interior, conforme elucidado por Pinto (2003). Como pontua Gonzalez (2018), a

¹⁶ No Brasil, ressalva-se o término do ciclo de expansão dos MIM a partir de 2015 no Brasil. A essa altura, o país observou a implantação pelo governo federal de práticas voltadas à estagnação da agenda política para mulheres e específica retração dos MIM entre 2015 e 2018, e de efetivo desmonte das políticas no período que se inicia em 2019, com o governo Bolsonaro, conforme detalhado nos estudos de Tokarski et al. (2023).

participação nos ambientes institucionalizados e governamentais proporcionariam a criação de meios concretos para efetivação de demandas via políticas públicas. Por outro lado, a autora destaca que essa expansão da atuação feminista poderia ter impactos na substituição da militância por uma lógica tecnocrática e burocrática, trazendo um grau de submissão a todo o movimento – além de introduzir, inevitavelmente, hierarquias de temas e pessoas, com subordinação da agenda às políticas mais gerais.

Em outras palavras, o debate posto questionava se seria oportuno às ativistas do movimento integrar um partido ou um espaço institucionalizado – cargos na burocracia ou novos espaços em ascensão, como os conselhos –, ameaçando a sua unidade e autonomia, ou se o melhor seria ele se manter unido e coeso valendo-se da pressão como alternativa mais adequada de participação política. Destaca-se que tal preocupação no interior do movimento feminista brasileiro se fazia oportuna àquela época, principalmente ao serem considerados os riscos potenciais de enfraquecimento das pautas e das disputas por ele vocalizadas no contexto de sua institucionalização em uma realidade profundamente patriarcal¹⁷. De fato, (PARADIS, 2013) aponta que a relação entre feminismo e Estado é um tanto quanto contraditória, pois os Estados tanto institucionalizam avanços para as mulheres quanto mantêm estruturas patriarcais

Apesar de toda essa problematização anterior e competição de posições entre as feministas, os argumentos da defesa da corrente mais favorável à institucionalização estatal do movimento feminista acabou prevalecendo. Conforme Pinto (2018), o chamado feminismo estatal brasileiro, inclusive, se confunde com a própria história do movimento feminista no Brasil, principalmente em seu esforço pela redemocratização. Assim, nesse cenário, o início de um processo mais claro dessa institucionalização ocorre, de forma mais proeminente, a partir do estabelecimento dos conselhos estaduais da condição da mulher em São Paulo e em Minas Gerais, em 1983, e do Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM), em 1985 (GODINHO; SALEJ, 2022; PINTO, 2003).

¹⁷ Como sustenta Gonzalez (2018), a entrada do movimento no aparato estatal poderia favorecer o enfraquecimento das lutas feministas, além de promover uma aproximação dos discursos transformadores advindos dessas mulheres com o projeto de desenvolvimento neoliberal hegemônico e excludente, podendo contribuir com o esvaziamento da causa. Conforme a autora, dos embates decorrentes dessa aproximação, o resultado seria a cooptação das demandas por políticas de gênero, segundo uma corrente do pensamento feminista, ou a absorção dessas demandas nos espaços institucionais, de acordo com outras pesquisadoras. Como defensora dessa segunda abordagem – e, no entanto, aqui, sem a expectativa de trazer alguma síntese que solucione esse cenário de olhares divergentes –, importante sublinhar as contribuições a esse debate proporcionados por Alvarez (2000), que defende que a criação de novas narrativas institucionais sobre gênero pode abrir espaço para formas de resistência, mesmo que ocorram dentro das formas do discurso de desenvolvimento.

O debate constituinte também vivenciado nesse período demarcou um notável avanço da incorporação de demandas do movimento feminista no rol de direitos originariamente assegurados. A Assembleia Constituinte, que aconteceu entre 1986 e 1988, teve participação forte do movimento em diferentes frentes de atuação, sendo o CNDM um grande articulador das pautas, e exemplifica um exitoso processo de organização da sociedade civil com a finalidade de intervir no campo político (PINTO, 2003). Houve a apresentação à Assembleia da Carta das Mulheres pelo CNDM, um amplo texto de múltiplas colaboradoras, que requisitava, na sua segunda parte, uma série de direitos para as mulheres – relativos ao trabalho, saúde, propriedade etc. –, mas transcendia uma agenda de direitos específicos para as mulheres, ao apresentar, na primeira parte, direitos mais amplos como a justiça social, a criação do SUS, o ensino universal público e gratuito, a repactuação da dívida externa, entre outros (PINTO, 2003).

Já nos anos 2000, a relação dos direitos das mulheres com o Estado ganha ainda mais institucionalidade e consolida o chamado “feminismo de Estado” no país. Em 2002 é criada a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher pelo Governo Lula, com *status* ministerial, posteriormente, em 2003, transformada em Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), com o mesmo status. Nos anos de 2004, 2007, 2011 e 2016 são realizadas as 4 primeiras Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres, que produziram os três Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM) e demarcaram o processo de construção de políticas de igualdade de gênero no Brasil (GODINHO; SALEJ, 2022; TOKARSKI *et al.*, 2023).

Destaca-se que a criação de estruturas como a SPM não visa à “[...] guetização do tema [políticas para as mulheres] em um único espaço no governo, mas, ao contrário, tornar todo o governo permeável às necessidades e interesses das mulheres em cada sociedade” (TOKARSKI *et al.*, 2023, p. 10). Da mesma forma, a elaboração dos PNPM, no plano nacional, contribui com a definição de responsabilidades para os órgãos do governo federal em relação às políticas de gênero, de forma coordenada horizontalmente e não hierárquica, contemplando as demandas do processo participativo das conferências e a materialização do princípio da transversalidade de gênero (TOKARSKI *et al.*, 2023). Com isso, Planos com objetivo semelhante também devem nortear a ação dos governos estaduais e municipais, a fim de se efetivar, na prática, a contemplação da transversalidade de gênero como orientação das políticas públicas no país.

A transversalidade de gênero, do inglês *gender mainstreaming*, é um termo consagrado no âmbito das discussões sobre políticas públicas que adotam efetivamente a perspectiva de

gênero, contribuindo para a reorganização da ação estatal desde um ponto de vista da transversalidade horizontal (entre órgãos do mesmo nível federativo de governo), bem como da transversalidade vertical (entre as distintas esferas federativas). O objetivo é reconhecer e incorporar a responsabilidade compartilhada existente na execução de políticas para as mulheres, seja entre os órgãos setoriais do governo federal, seja pelos níveis locais de governo (TOKARSKI *et al.*, 2023).

Importante pontuar que, conforme explicitado por Mariana Mazzini Marcondes, Ana Paula Diniz e Marta Farah, a transversalidade aparece como estratégia para se incorporar a perspectiva de gênero na agenda de atuação do Estado, havendo adquirido, na realidade nacional, novas perspectivas com características contextuais da realidade brasileira. Isso porque, segundo as autoras,

[...] essa incorporação não constitui uma simples tradução da expressão *gender mainstreaming*, mas implica sua (re)construção contextual, em que uma multiplicidade de significados é mobilizada em distintos países, organismos internacionais e movimentos feministas e de mulheres (MARCONDES; DINIZ; FARAH, 2018).

Nesse sentido, de acordo com Silvia Aguião, a transversalidade seria um dispositivo do sistema burocrático-institucional utilizado para tratar as diferenças entre indivíduos, com o objetivo de reduzir desigualdades, sobretudo a partir de um olhar diferenciado sobre as diferenças, promovendo a sua inclusão – o que também deve ser operado no âmbito do gênero. Entretanto, segundo essa autora, a transversalidade de gênero também é atravessada por outras dimensões de desigualdade, que ampliam a possibilidade de efetiva aplicação desse conceito na realidade brasileira.

Desde a difusão do conceito, esses investimentos revelam também uma ampla discussão e uma série de controvérsias em torno da aplicação dos aspectos teóricos e práticos implicados na noção de *gender mainstreaming*. Entre essas discussões está a relação do gênero com outras formas de desigualdade ou a questão de como situar o *mainstreaming* de gênero em um contexto de múltiplas e diversas formas de desigualdade social (AGUIÃO, 2017, p. 26).

Importante situar que consoante Marcondes e Farah (2021), a transversalidade de gênero pode ser entendida como um processo de integração de perspectivas feministas na formulação de políticas públicas, abrangendo tanto a identificação do problema quanto a definição das ações a serem implementadas. Esse processo ocorre por meio da criação de condições institucionais que possibilitam a aproximação dessas políticas às pautas feministas. Esse conjunto de questões acerca do *gender mainstreaming* apontam para a existência de um

caminho a ser percorrido entre a não incorporação e a incorporação da perspectiva de gênero nas políticas públicas e, mais ainda, entre essa incorporação e a efetiva realização da transversalidade de gênero na prática dessas políticas.

Outro ponto de interesse entre o feminismo e o Estado diz respeito aos repertórios de ação daquele movimento frente ao poder público. Assim, ao analisar o desenvolvimento histórico dos repertórios e da agenda política do movimento feminista brasileiro entre a década de 1980 e o início do século XXI, tomando como referência analítica a Teoria do Processo Político, ou da Política do Confronto (*Contentious Politics*), Bezerra (2014) destaca a mudança do posicionamento das feministas frente ao Estado ao longo do tempo – que passou de um lugar de oposição ou indiferença, até de busca por incidência direta e atuação partidária ou via IPs, determinando, nos termos da autora, a institucionalização do movimento feminista.

No período da ditadura militar, segundo a autora, as feministas desenvolveram distintas estratégias de ação, que se mesclaram com o tempo, como mobilizações, associações, educação popular, participação direta nos governos, interação com parlamentares e criação de políticas públicas experimentais, combinando, assim, mobilização e confronto político com disputa por espaços institucionais, tal qual observado no movimento sanitaria à época. Já no período pós-constituinte, viu-se no movimento feminista um padrão de descenso da mobilização, concentrando-se as ações no lobby, pressão parlamentar e articulação por meio de alguma ONG, além da articulação de nível internacional. Com a ascensão do governo Lula ao poder, há o estabelecimento de canais institucionalizados de participação das feministas junto ao Governo, que convivem, no período, com outras estratégias de ação a depender das arenas e oportunidades políticas, além da retomada das ruas pelo movimento, seguindo os impulsos de ordem internacional, com destaque para a Marcha Mundial de Mulheres (BEZERRA, 2014).

Ainda no escopo dos repertórios e estratégias de ação, além do aspecto institucional – a existência de uma estrutura orientada para a articulação e implementação de políticas com perspectiva feminista, com a participação das mulheres do movimento –, Gonzalez (2018) aponta outros fatores que interferem na incidência feminista na definição de políticas públicas para as mulheres. Segundo a autora, analisando o plano federal, seriam eles: a orientação político-partidária do governo; a presença de mulheres feministas no Estado e nas instâncias participativas (incluindo o aspecto da diversidade de representação em todos esses espaços – mulheres negras, indígenas, rurais, lésbicas, com deficiência etc.); a institucionalidade dos órgãos de políticas para as mulheres; a existência de comissões interministeriais ou núcleos de

gênero nos ministérios; a relação do Estado com a sociedade civil; e a articulação e força dos movimentos sociais frente ao Estado.

Um ponto que não se deve ignorar é o fato de que o movimento feminista não serve apenas à reivindicação de políticas públicas para as mulheres. Conforme apresentado por Tatagiba, Abers e Silva (2018, p. 109), “[...] ele oferece e disputa códigos culturais que implicam organização das relações sociais em bases não patriarcais”.

Feitas tais reflexões, e como já pontuado, a história do feminismo no Brasil e no mundo tem sido retratada na forma de ondas, de forma a caracterizar traços ou pautas específicas de cada momento histórico dessa trajetória de organização, articulação e luta por direitos. O resgate histórico realizado ao longo desta seção permite, portanto, nos termos de Olivia Perez e Arlene Ricoldi, assim ordenar as ondas do movimento feminista no Brasil: “[...] a primeira onda teria como marco a conquista do sufrágio feminino em 1932; a segunda reivindicaria mais direitos, inclusive políticos, no contexto da ditadura militar; já a terceira teria sido marcada pela institucionalização da participação do movimento feminista” (PEREZ; RICOLDI, 2023, p. 2).

Há, entretanto, trabalhos mais recentes que têm apontado para a conformação de uma possível quarta onda do movimento no país. Marlise Matos apresenta essa possibilidade, baseada em quatro pontos fundamentais: a institucionalização de demandas feministas na agenda pública pela formulação, implementação e controle de políticas públicas para as mulheres com recorte de raça, sexo e idade, bem como via atuação política e, mais especificamente, parlamentar; a criação de novos mecanismos para gestão dessas políticas nos diferentes níveis federativos de governos; a institucionalização da organização da sociedade civil em organizações não-governamentais, fóruns e redes feministas em diálogo com as tendências internacionais; e o novo *frame* de atuação feminista, que transcende as fronteiras nacionais e articulam feminismos horizontais e de luta anticapitalista, bem como de congregação de países na moldura Sul-Sul (MATOS, 2010).

Em formulação posterior, a autora atualiza a caracterização e atribui como traços distintivos dessa quarta onda

1. o alargamento da concepção de direitos humanos, abarcando sexo, gênero, cor, raça, sexualidade, idade, geração, classe social, etc.;
2. a ampliação e diversificação da base das mobilizações sociais e políticas;
3. o foco no sidestreaming feminista, ou seja, na perspectiva que reforça a discriminação de gênero, mas vai além dela;
4. o foco no mainstreaming feminista, pelo qual ganham visibilidade e destaque as novas formas de relação com o Estado e com suas muitas instituições;
5. A nova forma teórica – transversal e interseccional;
6. uma retomada e uma aproximação entre o pensamento, a

teoria e os movimentos feministas (MATOS, 2014 *apud* PEREZ; RICOLDI, 2023, p. 5).

A partir da investigação baseada em algumas propostas de estudiosas sobre o tema, Perez e Ricoldi (2023) também apresentam uma proposta sobre as linhas gerais de características definidoras dessa nova onda, ou desse novo momento do feminismo brasileiro. Segundo as autoras, a quarta onda do feminismo no Brasil teria como marcas uma atuação e participação intensiva nas redes sociais, inclusive para fins de mobilização, debate, influência da pauta dos meios de comunicação *mainstream*; a interseccionalidade como ponto de consciência e luta do feminismo, uma vez que ela é definidora do cruzamento de desigualdades que agem simultaneamente na potencialização da situação de opressão a que se submetem as mulheres que acumulam traços identitários vulnerabilizados; e a composição de coletivos feministas de conformação não institucionalizada ou hierarquizada, com abertura para debates mais fluidos e atuações diversificadas.

Após essa traçar essa visão geral sobre a conformação do movimento feminista no Brasil, incluindo seu histórico e uma descrição das suas lutas mais amplas, a próxima subseção se propõe a realizar uma leitura das pautas específicas sobre as quais esse movimento vem atuando no que diz respeito à saúde pública. Esse recorte terá predileção sobre as pautas com enfoque na saúde das mulheres, que traduzem, em última instância, as agendas reivindicadas pelo movimento para si, de mulheres como sujeitas de direitos, na esfera sanitária.

3.2. O movimento feminista e a construção das políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil

A saúde representa, entre as áreas de políticas públicas, uma das precursoras na incorporação das demandas da questão da mulher. Já nos anos 1940, órgãos estaduais direcionados à questão da saúde da mulher são criados no Brasil, conforme Layla Carvalho (CARVALHO, 2018)Clique ou toque aqui para inserir o texto., e, ao lado da violência, a saúde foi tema central do movimento feminista nos anos 1980. Isso porque, até os anos 1970, os programas de saúde direcionados às mulheres baseavam-se em uma visão restrita sobre elas, pautada na concepção biológica e do papel social e doméstico de mãe, restringindo as ações a intervenções materno-infantis, verticalizadas, sem integração com outras iniciativas e, por isso

mesmo, de baixíssimo impacto na situação de saúde das mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De forma geral, os enfrentamentos e lutas por direitos na área da saúde aconteceram não apenas no interior ou a partir de instituições e grupos feministas ligados à saúde. Segundo Pinto (2003, p. 72) “entre 1985 e 1989, o CNDM tratou de quase todos os temas que centralizavam a luta feminista brasileira, desde questões consensuais como a luta por creches até as polêmicas ligadas a sexualidade e direito reprodutivo”.

Entretanto, nessa época também houve o surgimento de grupos específicos dentro do movimento feminista, pautados pela causa sanitária, que se articularam para lutar pelo estabelecimento de direitos de saúde orientados por uma perspectiva de gênero. No início dos anos 1980, um importante grupo de referência nacional no campo da saúde da mulher surge em Recife – o SOS Corpo. Nessa época, em São Paulo também é fundado o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Criados em torno da temática da violência, esses grupos funcionaram como proponentes de políticas públicas a partir da elaboração de documentos, além de atuarem na assistência de mulheres vulnerabilizadas (PINTO, 2003).

No ano de 1991 houve o surgimento de outro importante grupo, a Rede Feminista de Saúde. Trata-se de uma articulação política nacional de mulheres, feminista e antirracista, com atuação na defesa da saúde integral das mulheres e dos direitos sexuais e reprodutivos. Como forma de atuação, essa instituição utiliza estratégias de interação com a sociedade e, principalmente, com o Estado, valendo-se de recursos como o *advocacy* e o controle social (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2024).

Destaca-se que não foram apenas as pautas do CNDM ou movimentos feministas específicos que encamparam, dentro do feminismo brasileiro mais geral, as pautas relativas à área da saúde. Estudo conduzido por Girlene Galgani Reis, por exemplo, analisou as Conferências Municipais de Políticas para as Mulheres (CMPM) de Belo Horizonte dos anos de 2004, 2007 e 2010, procurando identificar, a partir da percepção das conselheiras do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (CMDM), a ressonância das propostas aprovadas nessas instâncias participativas nas políticas públicas para as mulheres na área da saúde¹⁸ – cujo

¹⁸ Na sua investigação, as conselheiras manifestaram com mais ênfase a sensação de que, às vezes, as propostas aprovadas nas CMPM para a área da saúde não são utilizadas pelos gestores como referência para a elaboração de políticas públicas – nem pelos órgãos da área da saúde, nem pelos órgãos da área das políticas para mulheres. Além disso, elas reconhecem que não há uma articulação entre o CMDM e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Belo Horizonte e que esse Conselho também não acompanha a execução das propostas aprovadas na área da saúde.

eixo orientador “saúde das mulheres e direitos sexuais e direitos reprodutivos” apresentou, no conjunto das três conferências analisadas, o maior percentual relativo de propostas em relação ao total de propostas aprovadas (na proporção de quase um terço entre todas as aprovadas) (REIS, 2012), mostrando a importância dessas pautas para a agenda mais ampla do movimento feminista atualmente.

Pela discussão da literatura, nota-se que os MIM, de forma geral, atuam no sentido de garantir a incorporação da transversalidade de gênero no escopo da ação estatal. Nesse sentido, compreender as pautas da saúde a partir do olhar sobre os processos participativos das IPs focadas nas mulheres, bem como a transformação das suas deliberações em políticas efetivas, é um procedimento relevante no contexto das discussões sobre feminismo, participação e políticas públicas de saúde.

Além do seu tratamento nas instâncias participativas e da proliferação dos movimentos citados – e muito em função da sua atuação e articulação –, nos anos que antecederam a promulgação da Constituição Federal na redemocratização do país em 1988, ou seja, antes mesmo da instituição do SUS, as pautas feministas já começavam a figurar como objeto de formulação de direitos contemplados pela agenda da saúde pública brasileira. Como pontua Pinto (2003, p. 84), “a experiência das feministas ligadas à área da saúde no atendimento das mulheres foi fundamental para que elas interviessem com muita presença na elaboração do PAISM [Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher]”, sendo esta “[...] uma das mais bem-sucedidas intervenções de um movimento social organizado na esfera das políticas públicas”.

Instituído em 1984, o PAISM representou um marco na incorporação do ideário feminista na atenção à saúde, notadamente no campo dos direitos reprodutivos, mas com avanços no sentido da proposição de uma atenção integral que rompe com o modelo de atenção materno-infantil vigente até então. A mulher, que “[...] era vista pelo sistema de saúde como produtora e reprodutora de força de trabalho, isto é, na sua condição de mãe, nutriz e cuidadora da prole [...]” (SOUTO, 2008, p. 165), passa a ser considerada como sujeito, em seu conjunto

Entretanto, há uma percepção de que as CPMs ampliam a participação das mulheres nos processos de discussão das políticas de saúde para as mulheres do município, constituindo-se espaço relevante de articulação, poder e decisão, na visão das conselheiras, além de ampliação de conhecimento e informação. Por fim, compreendem que a participação e presença nesses espaços torna-se ainda mais relevante para segmentos específicos, que expressam marcas interseccionais, de forma a integrar ao processo deliberativo demandas específicas desses grupos (BRASIL; REIS, 2015; REIS, 2012).

de necessidades de saúde. Conforme Maria José Osis, sua principal referência foi o documento intitulado “Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática” produzido pelo Ministério da Saúde, que desloca a mulher do lugar de mera reprodutora para uma concepção mais totalizante e integral do universo feminino, como trabalhadora e principal centralidade do núcleo familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984; OSIS, 1998). Além disso,

existe uma indissociabilidade entre integralidade e gênero, entendendo-se que a representação simbólica do corpo feminino expressa a construção social e cultural da mulher na sociedade e que esta representação se cristaliza na assistência à saúde da mulher, definindo formas de cuidado nas quais se observa a priorização da saúde reprodutiva e a medicalização do seu corpo, negando à mulher a autonomia para escolher e decidir (SOUTO, 2008, p. 170).

Assim, o PAISM introduziu um programa de saúde da mulher em todos os ciclos da sua vida – e não apenas na gravidez –, que incorporou ações educativas – visando à maior autonomia feminina –, de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, contemplando desde a ginecologia, o pré-natal, parto e puerpério, o planejamento familiar, as doenças sexualmente transmissíveis (DST)¹⁹ e os cânceres de colo uterino e de mama, até necessidades de saúde mais específicas identificadas no perfil epidemiológico da população feminina. Esse Programa foi uma espécie de ensaio das bases da organização do próprio SUS, considerando como princípios a descentralização, a hierarquização, a regionalização de serviços, a equidade e a integralidade, assim como foi também influenciado pela instituição desse sistema público universal a partir dos anos 1990, principalmente com a incorporação da lógica municipalista e da reorganização do nível básico de atenção a partir do modelo de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; OSIS, 1998).

Apesar dos avanços conquistados com a nova legislação, entretanto, a participação das mulheres na institucionalização dos direitos não se exaure com a publicação do PAISM. A implantação desse Programa contou com a participação e foi monitorada intensivamente pela Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), instância de assessoramento ao CNS criada em 1996, coordenada por mulheres feministas da saúde. Segundo Souto e Moreira (2021, p. 839), a CISMU representou “[...] 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

¹⁹ Contemporaneamente, as DST passaram a ser referidas por infecções sexualmente transmissíveis (IST).

coordenação dessa Comissão entre 1998 e 2015 ficou a cargo da Rede Feminista de Saúde, sendo precedida, a partir de 2016 até o atual momento, pela União Brasileira de Mulheres.

Um balanço realizado por Sonia Correa e Sérgio Piola em 2002, considerando-se o período entre 1998 e 2002 de aplicação do PAISM, aponta que houve uma priorização de resolução de problemas no campo da saúde das mulheres, particularmente no âmbito da saúde reprodutiva e nas ações de redução da mortalidade materna e infantil. Essa priorização dificultou a abordagem em outros temas de uma agenda de saúde mais ampla, de fato, além de comprometer “[...] a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, [...] e que houve a incorporação de um tema novo como a violência sexual” (CORREA; PIOLA, 2002 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 18-19).

Nesse balanço são apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 19).

Outras lacunas identificadas pela área técnica do Ministério da Saúde em relação à saúde das mulheres dizem respeito à “[...] atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 19). Com as contribuições advindas da ampliação da participação na formulação das políticas públicas, a partir de 2003, o Ministério da Saúde começou a trabalhar em propostas que considerassem a diversidade da condição feminina, sob uma perspectiva inclusiva desses grupos de mulheres, respondendo às demandas de gênero e de integralidade na multidimensionalidade de ser mulher (SOUTO, 2008).

Assim, a proposta de enfrentamento dessas lacunas e fragilidades do PAISM ocorre com a proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que, na prática, proporcionou uma espécie de elevação de *status*, de “programa” para “política”, da agenda de direitos estabelecida com a participação dos diversos grupos dentro do movimento feminista envolvidos pela temática da saúde no Brasil.

A PNAISM foi lançada em 2004 pelo Ministério da Saúde, sendo pautada e aprovada pelo CNS apenas em 2006. Chama a atenção, entretanto, que a PNAISM não tenha se

transformado em norma que a institucionalize, de fato, como é usual acontecer com as políticas públicas em geral.

A PNAISM parte da ideia de que, na medida em que as relações de desigualdade de poder²⁰ entre homens e mulheres impactam nas condições de saúde dessas últimas, “[...] as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 12). Isso porque, segundo Souto (2008, p. 165),

a abordagem de gênero na análise da integralidade na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher implica tomar como referência os modos como homens e mulheres se relacionam no cotidiano de suas vivências, que são resultado da determinação social do processo saúde/doença e se evidenciam nos seus corpos e marcam suas vidas.

A partir desses pressupostos mais amplos, entre os objetivos gerais dessa Política constam:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 67).

De forma sistêmica, as ações da PNAISM são atravessadas por seus princípios norteadores da humanização e da qualidade – tratados como indissociáveis pela política –, que definem o reconhecimento da busca pela resolução dos problemas de saúde, da autonomia, do autocuidado, da não discriminação e das determinações interseccionais em relação às mulheres. A atenção humanizada e de boa qualidade, segundo a Política, implica, assim, estabelecer “[...] relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 59).

A PNAISM não foi fruto de uma elaboração estritamente tecnicista, levada a cabo pela burocracia do Ministério da Saúde. Segundo Kátia Souto e Marcelo Moreira, a partir de 2003, a criação da SPM e a ampliação de espaços de participação social institucionalizada das

²⁰ Nesse campo das desigualdades, merece destaque a inclusão, pela Política, de homens e adolescentes no planejamento familiar, além de uma abordagem específica sobre a saúde mental, tendo em vista o diagnóstico de adoecimento diferenciado das mulheres na área, comparativamente com o público masculino (SOUTO, 2008).

mulheres proporcionada pelo governo Lula – como as Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (CNPM) ocorridas em 2004, 2007, 2011 e 2016 e a 2ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher também ocorrida em 2016 – contribuíram para os processos de elaboração, monitoramento e revisão da PNAISM (SOUTO; MOREIRA, 2021). Esse aspecto histórico levantado pelas autoras reforça, por sua vez, a centralidade da participação das mulheres na concepção e no acompanhamento dessa principal política pública de gênero na área da saúde no Brasil.

As CNPM dedicaram discussões extensas sobre as políticas públicas de gênero na saúde. A 1ª CNPM dedicou um dos seus eixos à saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos, que se transformou em um dos eixos temáticos do I PNPM. A 2ª CNPM, ao analisar o I PNPM, buscando seu aperfeiçoamento, e realizar propostas para o II PNPM, problematizou propostas e prioridades sobre a saúde das mulheres, destacando a necessidade de se alcançar as pretensões estabelecidas pela PNAISM. O eixo temático de saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos foi mantido nessa segunda versão do Plano. A 3ª CNPM também revisitou e pretendeu aprimorar o II PNPM, incluindo o tema da saúde em um eixo que também se voltou à discussão dos direitos sexuais e reprodutivos, e acabou gerando o PNPM 2013-2015. Por fim, a 4ª CNPM que, embora tenha sido, em certa medida, prejudicada por acontecer sob o contexto do golpe sofrido pela Presidenta Dilma Rousseff em 2016, visava à construção de um Sistema Nacional de Políticas para as Mulheres e também pautou propostas de políticas públicas para a saúde da mulher (MATOS; LINS, 2018).

Importante pontuar que a 2ª CNSMu representou um marco no sentido de reconhecer as intersecções de gênero e conferir visibilidade às diversidades que expressam o feminino:

mulheres brancas, negras, quilombolas, de matriz africana, indígenas, ciganas, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais, mulheres com deficiência, mulheres vivendo com HIV e aids, mulheres escalpeladas, mulheres privadas de liberdade, mulheres em situação de rua, mulheres ribeirinhas, pescadoras, marisqueiras, mulheres trabalhadoras, mulheres jovens, mulheres idosas, profissionais do sexo etc (SOUTO; MOREIRA, 2021, p. 842).

Além disso, ela reforçou o papel da participação social na garantia de direitos e aprovou realizar conferências municipais, estaduais e nacional de saúde das mulheres a cada quatro anos, implantar as CISMU nos conselhos de saúde e revisar a PNAISM (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Esse conjunto de políticas e debates sobre a saúde desde uma perspectiva de gênero deixam transparecer que, de forma geral, além dos temas considerados tradicionais como a

maternidade e a prevenção ao câncer, outros três temas ocuparam com mais proeminência a agenda de preocupação e reivindicações do movimento feminista ao longo dos anos, principalmente após a redemocratização. De acordo com Pinto (2003), o primeiro deles é o planejamento familiar, abordado pelo movimento feminista com a preocupação de imprimir a essa bandeira uma perspectiva não discriminatória ou violenta em relação às classes mais populares. Ao ser encampado também pelo discurso do movimento sanitarista brasileiro, a própria Constituição Federal de 1988 proporcionou um avanço em relação a essa pauta, prevendo o planejamento familiar como manifestação do livre arbítrio dos cidadãos – o que, conforme Ana Maria Costa, foi confirmado pelo PAISM, que ainda trouxe o entendimento de que essa prerrogativa também incluiria a atenção aos casos de infertilidade (COSTA, 2009).

O segundo tema era o da sexualidade, bastante debatido na Europa e nos Estados Unidos desde os anos 1960, mas que chegou tardiamente ao país e se manteve restrito a rodas de conversa e distante do debate público do movimento – uma vez que era considerado deveras burguês pelas progressistas da esquerda e uma ameaça à família pelas conservadoras da direita (PINTO, 2003). Importante situar que, se nos anos 1970 o direito à anticoncepção era uma expressão de setores da população que defendiam que a pobreza seria superada com o controle de natalidade dos mais pobres – e, por isso, o planejamento familiar baseado nessa concepção higienista era contraposto pelos movimentos de mulheres de então –, nos anos 1980 há um deslocamento desse tema na agenda das feministas, quando a sexualidade plena e as mudanças no comportamento sexual demarcam uma desvinculação entre desejo e vida sexual, e maternidade, criando a necessidade de políticas que viabilizassem acessar a anticoncepção (COSTA, 2009). Nesse momento, o movimento feminista passa a situar a anticoncepção no contexto do atendimento à saúde reprodutiva, como parte de uma abordagem de atenção integral à saúde das mulheres, e não mais como ações isoladas de planejamento familiar e de controle sobre os corpos femininos, o que foi viabilizado pela implantação do PAISM (OSIS, 1998). Ainda segundo Osis (1998, p. 31), “[...] a adoção do PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta”, como o que ocorreu com a incorporação dessa pauta pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1988.

Além disso, conforme pontua Souto (2008), a sexualidade feminina apresenta-se como questionamento central no discurso feminista, considerando-se as implicações da construção histórica e cultural do ser mulher em que o corpo feminino assimila dimensões para além do

biológico, instrumentalizando as vivências da opressão e submissão. Mais uma vez, é esse corpo para o qual se direcionam as práticas de cuidado quando se reflete sobre a saúde da mulher, o qual é definido a partir dos papéis que são hegemonicamente impostos pela sociedade às mulheres – mãe e reprodutora –, pautando, assim, a institucionalização dos cuidados em saúde à saúde materna, da gravidez e do puerpério, em que a sexualidade também está restrita (SOUTO, 2008).

Por fim, o tema do aborto. Apesar de ser um problema de ocorrência comum entre as famílias desde os anos 1960, era também um tema controverso desde então, quando surgiu no debate público, em função da oposição por parte a Igreja Católica à sua legalização – muito ligada à esquerda àquela época. A omissão da esquerda sobre o tema persistiu, em certa medida, mesmo no período pós-ditadura, restando como exceção as feministas – incluindo as ligadas à Igreja Católica – que enfrentaram, com vigor, esse tabu (PINTO, 2003).

Esses três temas sintetizam a agenda de reivindicações do feminismo na saúde²¹. De fato, o direito das mulheres ao aborto e às questões relativas à sua sexualidade e saúde reprodutiva é algo fundamental quando se pensa uma cidadania de igualdade entre homens e mulheres, uma das bases de orientação do pensamento do próprio movimento. A negação desse direito, por sua vez,

[...] retira às mulheres o domínio sobre seu corpo, restringindo também seu direito à privacidade na decisão sobre questões de forte relevância ética e moral para os indivíduos. Quando essa forma da privacidade e da intimidade, que garante a autonomia das mulheres na decisão sobre seu corpo e sobre questões relevantes para sua identidade, não é garantida, os direitos individuais são restritos. As formas de controle que assim se definem são, quase sempre, determinadas não por agendas feministas favoráveis à reconstrução das relações afetivas e sexuais, mas por agendas morais de grupos religiosos ou tradicionalistas, que tendem a operar contrariamente a relações de gênero mais igualitárias e à autonomia das mulheres (BIROLI, 2014, p. 44).

A título de exemplo do grau de conflito desses temas requisitados pelo movimento feminista na área da saúde, destaca-se que a pauta do aborto como problema de saúde pública, cujo apoio à descriminalização havia entrado no relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, acabou polarizando, novamente, o debate da plenária final na 13ª Conferência, segundo

²¹ Pode-se dizer, ainda, da ascensão desde o período da redemocratização, de uma agenda luta do movimento feminista pela atenção integral à saúde da mulher. Essa pauta teve avanços na institucionalização das iniciativas específicas que tinham essa atenção integral como pressuposto, como o PAISM e a PNAISM já apresentados, e, além de extrapolá-las, também contempla, em grande medida, a pauta dessas outras três temáticas que expressam boa parte da luta feminista na saúde no Brasil.

Brasil (2009). Nessa oportunidade, foi rejeitada pela plenária a resolução do relatório final que assegurava os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, e que propunha a discussão da descriminalização do aborto por projeto de lei – o que reforça o lugar de disputa dessas pautas, bem como o afastamento, nos processos conferenciais mais recentes, entre gestores e movimento social.

Além disso, é importante pontuar que, ao lado das pautas inconclusas e apesar dos avanços já alcançados, na prática a rede de serviços do SUS ainda não consegue responder a muitas demandas de uma concepção integral de saúde para as mulheres, gerando importante desigualdade de oferta (COSTA, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Do ponto de vista das pautas não conquistadas, Alvarez (2000) lembra que a absorção do discurso feminista pelo Estado no Brasil e na América Latina ao longo dos anos foi, quando muito, fracionária e seletiva. Essa incorporação ocorreu, principalmente, na perspectiva econômica da oportunidade de inclusão das mulheres ao desenvolvimento nacional e, uma vez educadas, para a modernização da economia. Por outro lado, sempre houve hesitação em adotar os discursos do movimento ligados a essa agenda feminista de direitos reivindicada na área da saúde, como a “[...] escolha na reprodução, autodeterminação sexual, estruturas familiares alternativas, direitos das lésbicas e assim por diante – porque isso provocaria uma grande perturbação nos arranjos predominantes de poder entre os gêneros” (ALVAREZ, 2000, p. 398).

No esforço de fechamento desses argumentos, importante recorrer às reflexões de Gonzalez (2018, p. 77) quanto ao papel dos MIM como “lugar de diálogos e negociações intragovernamentais e entre Estado e sociedade civil, para a construção e consolidação de políticas públicas que promovam igualdade de gênero e os direitos das mulheres”:

O empenho em inserir nas políticas públicas uma perspectiva feminista – que ultrapasse e se distancie de uma abordagem assistencialista, considere as desigualdades entre os gêneros, desafie os mecanismos de hierarquização e subordinação e seja capaz de contribuir para criar condições para o exercício pleno da cidadania e dos direitos das mulheres, respeitando e valorizando suas diferenças – tem sido um desafio primordial para os MIMs. Como espaços de tensões, contradições e ambiguidades por excelência, estas têm sido arenas de lutas às quais os movimentos feministas e de mulheres têm recorrido e orientado suas demandas (GONZALEZ, 2018, p. 77).

De forma análoga – e embora não constituam um MIM na acepção mais precisa desse termo – as conferências de saúde, como IPs consagradas e imbricadas na institucionalidade da saúde pública brasileira, e segundo uma perspectiva feminista de interação e incidência no Estado, também carregam o desafio de trazer essa abordagem emancipatória das relações de

desigualdade e subordinação de gênero na produção de políticas de saúde pelo SUS. Como instâncias de participação mais abertas e democráticas – o que diz respeito à recepção de diferentes grupos –, as conferências se apresentam como espaço privilegiado de vocalização do movimento feminista para pautar as visões e prioridades por ele defendidas no sentido de uma saúde pública efetivamente inclusiva e efetiva para as mulheres.

Uma reflexão final é proposta no debate construído até aqui. Assim como a condição de “ser mulher” implica, por si, demandas e direitos específicos na área da saúde – constituindo-se, inclusive, como campo singular de estudos e de políticas sanitárias, a chamada área da “saúde da mulher” –, é importante alertar sobre as especificidades de grupos de mulheres sobre quem atuam aspectos interseccionais, que aprofundam as desigualdades e opressões, traduzindo necessidades ainda mais focadas para a garantia de acesso aos seus direitos. Para melhor delimitar, a referência que se faz é às mulheres negras, pobres, periféricas, lésbicas, transexuais, com deficiência, quilombolas, indígenas, idosas, rurais, ribeirinhas etc. – identidades, portanto, que se realizam simultaneamente à identidade de ser mulher, não podendo ser afastadas das reflexões sobre as políticas públicas que são produzidas sob uma perspectiva de gênero, nem sobre os espaços de participação.

Nesse sentido, ao recorrer às reflexões sobre a política de presença e política de ideias desenvolvida por Anne Philips²², Pinto (2018) destaca que é fundamental, ao se pensar sobre as conferências, não apenas a presença dessas mulheres nesses espaços, senão refletir se há, de fato, participação delas, posto que elas são sistematicamente excluídas em todas as dimensões da vida. Corroborando esse entendimento, Marques (2018, p. 202) propõe que

Ainda que a conferência possa ter um projeto mais inclusivo, algumas experiências e trajetórias devem marcar a seleção de delegadas – e são aquelas clivagens que tradicionalmente geram desigualdades políticas entre as mulheres, como a classe social, a raça e a orientação sexual. Essas desigualdades impactam frontalmente a capacidade de participação política das mulheres, tanto considerando seu ativismo na sociedade civil organizada quanto sua participação institucional-partidária – o que gera efeitos marginalizantes para mulheres, e mais ainda para mulheres periféricas, no campo político.

²² Anne Phillips propõe uma análise particular sobre dinâmicas de representação e exclusão política. Segundo a autora, há uma tendência a se considerar uma boa representação a partir da coincidência das ideias compartilhadas sobre as políticas entre representantes e representados. Sua defesa, por outro lado, considera também um sistema representativo baseado na efetiva presença dos grupos excluídos dos locais de decisão, fazendo contemplar tanto as ideias quanto as presenças nesses espaços. Nas palavras da autora, “é na relação entre idéias (*sic*) e presença que nós podemos depositar nossas melhores esperanças de encontrar um sistema justo de representação, não numa oposição falsa entre uma e outra” (PHILLIPS, 2001, p. 289).

Ainda são relevantes as reflexões de Marlise Matos, Breno Cypriano e Marina Pinheiro que indicam que

Considerar a diversidade e as diferenças (elemento estruturante das políticas de gênero antipatriarcais, anti-LGBTfóbicas e antirracistas) é, contudo, reconhecer também que todos os segmentos sociais (e em especial aqueles segmentos que se aglutinam em torno do campo feminista de gênero e do campo étnico-racial), possuindo demandas que lhes são específicas, devam ter o direito de ser contemplados pelo Estado (MATOS; CYPRIANO; PINHEIRO, 2018, p. 228-229).

As ponderações realizadas por esse conjunto de autoras e autores sugerem a importância de se ter atenção sobre os processos participativos dessas mulheres vulnerabilizadas nas conferências e, por conseguinte, a sua capacidade de influenciar uma agenda de saúde – no caso do presente estudo – para geração de políticas públicas inclusivas, que atendam às suas singularidades.

Fechando, enfim, o percurso teórico proposto – ainda que sem o objetivo de esgotar o universo de temas diverso que demarca a trajetória das mulheres em luta dentro do sanitarismo – entende-se que compreender o histórico da constituição do movimento feminista brasileiro e as suas demandas históricas na agenda da saúde é parte fundamental dentro deste trabalho. Esse percurso visou identificar a consonância das reivindicações do movimento no Brasil com as vocalizações observadas na instância participativa das conferências de saúde em Minas Gerais, bem como a sua assimilação pelas políticas públicas produzidas pelo governo estadual, o que será desenvolvido nas próximas seções.

4. METODOLOGIA

O trabalho ora proposto consiste em um estudo de caso, com foco teórico-empírico, que tem como objeto de investigação as conferências de saúde em Minas Gerais e sua incidência nos instrumentos de planejamento governamental em saúde – notadamente os Planos Estaduais de Saúde (PES) de Minas Gerais –, nos últimos anos. O problema de pesquisa apresentado relaciona-se com a resposta à seguinte pergunta: as conferências de saúde têm incidido sobre os instrumentos de planejamento, no que tange à concepção de políticas públicas de saúde em Minas Gerais?

Essa análise foi realizada sob o enfoque das políticas públicas de saúde orientadas pela perspectiva de gênero – no caso, para as mulheres –, procurando captar as demandas das Conferências Estaduais de Saúde que expressam a luta histórica dos movimentos feministas na área da saúde, ou que repercutem sobre os processos de saúde e doença dessa população, sintetizadas na área temática classificada como “saúde da mulher”. Importante destacar o esforço de revisão bibliográfica empreendido na construção do arcabouço teórico sobre este aspecto específico, uma vez que constitui tema e objeto relativamente pouco abordado, com o enfoque ora proposto.

Dadas as características do processo de participação, via conferências – em que há uma lógica de realização e de conciliação de propostas de forma ascendente, dos municípios para o estado e do estado para o nível federal, esfera que, portanto, também pode incorporar certas propostas advindas da participação no nível estadual –, bem como do processo de produção de políticas públicas de saúde no Estado brasileiro – dada a sua natureza federativa, em que a União se responsabiliza pelas políticas mais gerais e estruturantes, que fogem do domínio regulamentador em caráter inaugural pelos entes subnacionais –, o recorte estabelecido para a análise da incorporação ou não das demandas foi restrito à esfera estadual de governo.

Assim, no contexto da pesquisa, a análise documental tem o objetivo de melhor compreender as diretrizes e demandas vocalizadas nas conferências, identificando a sua ressonância e sua incorporação à agenda estadual, expressa pelos instrumentos de planejamento do SUS. As diretrizes e demandas foram, ainda, problematizadas com os estudos produzidos sobre o tema, incluindo literatura teórica e empírica, buscando identificar a adesão das pautas trazidas nos relatórios das conferências com as pautas levantadas, ao longo dos anos, pelo

movimento feminista brasileiro, no que tange à área da saúde da mulher, o que se aplicou no processo de análise e discussão dos dados.

Para realizar a captação de dados e informação para a pesquisa, serão analisados, como fontes de dados secundários, as deliberações expressas nos relatórios finais da 7ª Conferência Estadual de Saúde (2011), da 8ª Conferência Estadual de Saúde (2015), da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres (2017), da 9ª Conferência Estadual de Saúde (2019) e da 10ª Conferência Estadual de Saúde (2023), bem como os PES dos quadriênios 2012-2015, 2016-2019, 2020-2023 e 2024-2027. No caso da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres de Minas Gerais (1ª CESMu-MG), o relatório disponibilizado pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG) corresponde à versão das prioridades deliberadas pelas delegadas, não sendo possível consultar o relatório final com a totalidade das propostas, como ocorreu com os demais relatórios das conferências gerais deste estudo.

Importante pontuar que se trata de documentos disponíveis para acesso público nas páginas institucionais de órgãos como a SES-MG e o CES-MG, sendo de fácil levantamento. Por serem documentos oficiais, contém informações que expressam exatamente a finalidade a que os documentos foram criados, arguindo um alto grau de confiabilidade. Como ponto de atenção, ressalva-se que os relatórios das conferências, por não possuírem uma padronização mais rígida quanto à sua elaboração, costumam apresentar algum grau de variabilidade entre si, quanto ao formato, conteúdo, seções etc., podendo representar limitações para a adequada apropriação das diretrizes de fato emanadas das conferências – o que exigiu um esforço adicional de interpretação e análise dos dados do material por parte do pesquisador.

Como técnica adicional de coleta de dados para a pesquisa, foram realizadas entrevistas a partir de roteiros semiestruturados, ou semi-diretivos, a fim de se obter dados primários para maior qualificação do processo de análise do estudo. Segundo Abramovay (2015), as entrevistas semi-diretivas permitem a apropriação da espontaneidade das questões colocadas ao entrevistado, a partir da condução por um certo grau de estruturação via ordenação prévia dos pontos de interesse, sendo adequada para a finalidade desejada nessa ocasião. Esses roteiros utilizados constam nos anexos deste trabalho. As entrevistas foram conduzidas com servidoras da SES-MG, responsáveis pela elaboração dos instrumentos de planejamento governamental na Secretaria, além de técnicas da área temática da saúde da mulher, bem como com mulheres com tradição de participação nas conferências de saúde, preferencialmente ligadas a movimentos ou causas feministas na saúde. As servidoras da SES-MG foram

identificadas de modo a contemplar toda a temporalidade de interesse do trabalho, podendo ter atuado nas funções determinadas em qualquer período entre os anos de 2011 e 2024 ou 2025, conforme a data de finalização de cada entrevista.

O objetivo dessa estratégia de definição do perfil de entrevistadas foi captar a percepção de ambos os grupos – formuladoras das diretrizes do planejamento, via conferências, e gestoras da área temática ou formuladoras do planejamento em si e, por conseguinte, das políticas públicas de saúde, via procedimentos administrativos e burocráticos –, principalmente, quanto à aderência das reivindicações postuladas, por meio da participação, aos instrumentos de planejamento. Além disso, outras questões também foram exploradas à luz do que apresenta a literatura sobre os temas, como a importância do processo participativo na formulação da política pública; a percepção quanto à maior ou menor aderência aos instrumentos de planejamento, conforme o tema ou natureza da política, ou ainda às posições ideológicas do governo; aos motivos que levam essas mulheres a participar das conferências; à percepção quanto aos grupos representados ou vocalizados pelas participantes das conferências; ao conhecimento e à prática do processo mais ampliado de planejamento pelas servidoras no contexto institucional do SUS-MG etc. De fato, a entrevista figura como adequada para captação desses pontos levantados, conforme ilustra Gaskell (2002, p. 65):

A entrevista qualitativa, pois, fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

O acesso às mulheres entrevistadas poderia constituir, a princípio, um entrave inicial para a execução dessa etapa da pesquisa, visto que há que se contar com a aquiescência e disponibilidade de tempo para a sua realização – dificuldade que, de fato, ocorreu. Entretanto, o fato de o pesquisador já ter trabalhado por muitos anos na SES-MG, e as aproximações prévias que foram sendo realizadas junto ao controle social, ajudaram a mitigar, em alguma medida, a abertura e disponibilidade para a marcação e execução das entrevistas. A maior dificuldade recaiu sobre o público de conferencistas ligadas a um movimento específico²³, de interesse prévio do pesquisador, em relação ao qual, por fatores relativos à indisponibilidade que fugiram

²³ Trata-se da Rede Feminista de Saúde, sendo feita aproximação com duas lideranças dessa instituição, pertencentes à direção da organização em momentos históricos distintos, e ambas declararam não ter experiência prévia de participação nas conferências de saúde, não sendo oferecidas, por elas, alternativas de outras lideranças potencialmente informantes, participantes desse movimento, para esta pesquisa.

da governabilidade do pesquisador, não houve nenhuma informante – sem maiores prejuízos, no entanto, tendo em vista os resultados apurados. Assim, e considerando a característica particular de esse público participante das conferências apresentar uma maior dificuldade para a sua identificação, foi utilizada como estratégia para a seleção das mulheres entrevistadas dentro de ambos recortes de público a técnica “bola de neve” em que, a partir de pessoas-chave inicialmente identificadas nas aproximações prévias, foram selecionados novos contatos para a ampliação do quantitativo de entrevistadas, até o alcance de níveis satisfatórios de saturação informativa em relação ao conteúdo das entrevistas.

Foram conduzidas 11 entrevistas presenciais, sendo 7 servidoras da SES-MG e 4 conferencistas, no período de outubro de 2024 a janeiro 2025. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, integralmente transcritas pelo próprio entrevistador, que foi a única pessoa a acessar os áudios e os textos completos dos depoimentos. Os roteiros de entrevista de cada grupo de entrevistadas constam entre os anexos deste trabalho.

Um ponto de destaque é o fato de que muitas das servidoras também tiveram experiência em conferências, quer na função de delegadas, representando o segmento da “gestão”, quer na função de apoio e organização. A maior parte das entrevistas foi conduzida no local de trabalho das próprias servidoras e conferencistas, em sala isolada, de forma a garantir a discrição da realização da entrevista em curso, bem como a sua não interrupção. A exceção foi a entrevista de 1 conferencista e 1 servidora, que preferiram realizar a sessão no local de trabalho do entrevistador, também em local preservado e isolado, e 1 outra conferencista, que preferiu conceder a entrevista na sua própria residência.

As entrevistadas foram informadas sobre os objetivos e as implicações éticas da pesquisa, havendo assinado termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) antes do início das entrevistas. A pesquisa foi submetida pela Plataforma Brasil e conta com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), parecer de número 6.955.425, emitido em 18 de julho de 2024.

As entrevistadas servidoras foram nominadas com pseudônimos de mulheres representativas de artistas importantes do cenário nacional – Gal Costa, Tarsila do Amaral, Rita Lee, Cássia Eller, Elza Soares, Maria Carolina de Jesus e Hilda Hilst. A mesma estratégia de anonimização foi adotada com as conferencistas, às quais se atribuiu nomes de mulheres proeminentes do movimento feminista do Brasil – Laudelina de Campos Melo, Nísia Floresta, Rose Marie Muraro e Bertha Lutz. Essa nomenclatura é uma forma de se render singela

homenagem a essas figuras históricas tão relevantes da vocalização artístico-política de protagonismo em suas áreas e de luta das mulheres, por direitos, no país. Destaca-se que ambos grupos de nomes constam apresentados na mesma ordem da cronologia de realização das entrevistas.

Importante pontuar que, no contexto deste trabalho, a entrevista atua como estratégia complementar de ampliação de conhecimentos sobre o objeto estudado, não constituindo um procedimento isolado e único de análise, o que, caso assim o fosse, poderia limitar, neste caso específico, a compreensão sobre a incorporação das demandas nos instrumentos de planejamento em si, sem os dados obtidos com o acesso a esses instrumentos e aos relatórios que pormenorizam as demandas.

O quadro a seguir apresenta um resumo sobre os procedimentos metodológicos propostos e sua relação com os diferentes objetivos da pesquisa. Importante situar que o quadro finaliza com o tema que faz referência à hipótese central da pesquisa, da qual são derivadas as sub-hipóteses apresentadas sequencialmente, dentro dos temas anteriores, na lógica de construção do percurso da abordagem analítica.

Quadro 1 - Esquema geral de organização metodológica da pesquisa

Tema	Questionamento	Hipótese central (HC) / Sub-hipóteses (SH_n)	Técnicas de Coleta de Dados	Fonte de Dados
Feminismo e participação na saúde	Como se dá a dinâmica de participação do movimento feminista nas conferências de saúde, considerando, ainda, as barreiras e incentivos para essa participação das mulheres?	SH ₁ : As mulheres figuram em situação de protagonismo nas conferências de saúde, mas experimentam importantes barreiras para a sua efetiva participação.	- Entrevistas (dados primários)	- Mulheres entrevistadas
Presença e interseccionalidade na participação	Há um caráter inclusivo na participação e na incorporação das pautas das minorias ou de subgrupos específicos, de forma interseccional, no que diz respeito à saúde da mulher?	SH ₂ : A agenda interseccional ganhou relevância ao longo dos anos, mas ainda aparece de forma limitada nos relatórios das conferências e é praticamente inexistente nos instrumentos de planejamento.	- Análise de dados secundários - Entrevistas (dados primários)	- Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde MG (2011, 2015, 2019, 2023) e CESMu-MG (2017) - Planos Estaduais de Saúde MG (2012 a 2024) - Mulheres entrevistadas
Agenda temática de reivindicação na saúde da mulher	Quais os principais temas que são objeto das deliberações relacionadas à saúde da mulher nas conferências e qual a percepção das mulheres quanto à sua incorporação nas políticas públicas?	SH ₃ : Há uma agenda de demandas clássica da saúde da mulher, principalmente temas relativos à saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, ISTs e contracepção; cânceres de mama e de colo do útero; aborto. Alguns desses temas, entretanto, enfrentam forte resistência para incorporação às políticas públicas.	- Análise de dados secundários - Entrevistas (dados primários)	- Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde MG (2011, 2015, 2019, 2023) e CESMu-MG (2017) - Planos Estaduais de Saúde MG (2012 a 2024) - Mulheres entrevistadas

Ideologia político-partidária dos governos e participação	O perfil ideológico dos governos afeta a valorização e predisposição aos procedimentos participativos e o interesse na seleção de pautas a serem incorporadas à agenda pública?	SH ₄ : A ideologia dos governos possui influência na valorização da participação e, de forma menos importante, na seleção das pautas a serem incorporadas, visto que a incorporação recai mais sobre os temas consensuais da área da saúde. Há temas interditados que assim permanecem, independente da orientação ideológica dos governos.	- Análise de dados secundários - Entrevistas (dados primários)	- Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde MG (2011, 2015, 2019, 2023) e CESMu-MG (2017) - Planos Estaduais de Saúde MG (2012 a 2024) - Mulheres entrevistadas
Interseção entre planejamento e participação	Há mecanismos estabelecidos que garantam a incorporação das diretrizes, em geral, aprovadas pelas conferências nos instrumentos de planejamento do SUS em Minas Gerais?	SH ₅ : Há a previsão legal, mas, na prática, não há mecanismos mais precisos que garantam a incorporação inequívoca das diretrizes. O CES-MG pode atuar no sentido de pressionar pela incorporação de algumas pautas, mas sua atuação e poder são limitados.	- Entrevistas (dados primários)	- Mulheres entrevistadas (principalmente as servidoras)
A efetiva incorporação da agenda reivindicada na saúde da mulher	As diretrizes relacionadas com as pautas feministas de saúde da mulher, aprovadas nas conferências estaduais de saúde de Minas Gerais, são incorporadas ao planejamento do SUS no estado?	HC: Observa-se uma ressonância apenas entre parte das demandas aprovadas nas conferências e algumas das diretrizes incorporadas. A aparente incorporação de parte dessas pautas decorre de uma possível agenda consensual, já tradicionais como políticas públicas de saúde direcionadas às mulheres.	- Análise de dados secundários - Entrevistas (dados primários)	- Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde MG (2011, 2015, 2019, 2023) e CESMu-MG (2017) - Planos Estaduais de Saúde MG (2012 a 2024) - Mulheres entrevistadas

Fonte: Elaboração própria (2025).

Especial atenção foi destinada à dimensão analítica neste trabalho. Em artigo em que reflete sobre o processo de análise nas pesquisas qualitativas, Maria Cecília Minayo destaca a importância de se abordar os atores investigados para além das suas falas, contemplando a sua diversidade e permitindo a construção “[...] de uma narrativa teorizada, contextualizada, concisa e clara” (MINAYO, 2012, p. 621). Essa narrativa, por sua vez, necessita pautar-se em um relato organizado, categorizado e contextualizado, em um sentido de objetivação, fruto do esforço metodológico do emprego de técnicas, permitindo a ascensão de uma análise, de fato, sistemática e aprofundada.

Conforme contribui Marco Antônio de Azevedo a este debate, os métodos interpretativos da realidade social devem assumir dois pressupostos básicos:

Em primeiro lugar, a realidade vai além dos fenômenos percebidos pelos sentidos e para ser conhecida precisa ser interpretada e a interpretação, por sua vez, como já foi visto, pressupõe um entendimento prévio, ou seja, uma teoria. Em segundo lugar, o fenômeno social é singular e, portanto, não admite objetividade, mas objetivação, ou seja, a impossibilidade de objetividade no estudo dos fenômenos sociais não implica numa impossibilidade de conhecimento, pois a subjetividade é tomada como parte integrante do processo de investigação (AZEVEDO, 2004, p. 129).

Assim, a análise dos dados foi realizada segundo a proposta metodológica de Minayo denominada análise hermenêutico-dialética, em que a linguagem necessita ser contextualizada, permitindo-se, somente assim, a sua apreensão específica e totalizante. Segundo essa proposta, o meio social determina em grande medida os sujeitos, mas também é por eles determinado, a partir das condições de ação que lhes são concedidas (MINAYO, 2004). Em suma, essa proposta da autora, que reflete sobre o fazer científico no campo da saúde coletiva, busca

[...] ressaltar a contribuição e os limites da hermenêutica e da dialética na compreensão e na crítica da realidade social. Ao mostrar como a primeira realiza o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade na qual ocorrem, ressaltar que suas limitações podem ser fortemente compensadas pelas propostas do método dialético. A dialética, por sua vez, ao sublinhar a dissensão, a mudança e os macroprocessos, pode ser fartamente beneficiada pelo movimento hermenêutico, que enfatiza o acordo e a importância da cotidianidade. Enquanto a práxis hermenêutica, assentada no presente, penetra no sentido do passado, da tradição, do outro, do diferente, buscando alcançar o sentido das mais diversas formas de texto, a dialética se dirige contra o seu tempo. Enfatiza a diferença, o contraste, a dissensão e a ruptura do sentido (MINAYO, 2002, p. 103-104).

Nesse sentido, a análise hermenêutico-dialética tem como propósito apreender a atuação empírica dos indivíduos no seio social em seu movimento contraditório:

Levando em conta que vivem em uma determinada realidade, pertencem a classes, grupos e segmentos diferentes, [esses indivíduos] são condicionados por tal momento histórico e, por isso, podem ter, simultaneamente, interesses coletivos que os unem e interesses particulares que os distinguem e os contrapõem. Sendo assim, a orientação dialética de qualquer análise diz que é fundamental realizar a crítica das ideias expostas nos produtos sociais (discursos, textos, instituições, monumentos) buscando, na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações (AZEVEDO, 2004).

A opção por esse método vem no sentido de contribuir com a construção crítica sobre a participação nas conferências de saúde e sobre a formulação das políticas públicas para as mulheres na saúde. A intenção foi partir, de um lado, da compreensão das atrizes implicadas com a institucionalidade participativa, desde o seu lugar de mulheres com conhecimentos, desejos e história, forjadas ao longo do tempo por movimentos sociais e experiências as mais diversas, e, de outro, das servidoras responsáveis por elaborar o planejamento governamental ou por conduzir técnica e gerencialmente a área da saúde da mulher no estado, também inseridas em um contexto institucional e político particular, sem renunciar à sua própria visão de mundo. Dessa abertura analítica, aliada à análise dos registros documentais e da própria literatura sobre os temas de interesse da pesquisa, foi possível captar as sínteses de consensos e dissensos para

a construção de uma objetivação da realidade empírica – que, nas ciências sociais, pontua Minayo (2004), é sempre uma aproximação da realidade social – das políticas públicas de saúde da mulher em Minas Gerais, a partir da participação nas conferências estaduais de saúde.

Para realizar a análise hermenêutico-dialética na prática, este trabalho usou como referência os dois níveis interpretativos e os passos definidos em Minayo (2004). O primeiro nível interpretativo diz respeito ao contexto sócio-histórico dos grupos de indivíduos investigados, que proporciona um retrato conjuntural sobre essas atrizes e sua história, a agenda política e sua relação com ela, e as instituições envolvidas. Já o segundo nível, por sua vez, é o momento de convergência com os fatos empíricos – um encontro com as próprias entrevistas e com os textos documentais, de modo a consubstanciar as “representações sociais”²⁴ daquela realidade.

Para realizar esse segundo nível interpretativo, foram observados os passos indicados pela autora: i) ordenação dos dados; ii) classificação dos dados; e iii) análise final. A ordenação dos dados ocorreu com a transcrição das entrevistas, releitura dos materiais (entrevistas e documentos) e organização preliminar dos dados relevantes identificados (recorte inicial das chamadas “unidades de registro”, excertos do texto potencialmente de interesse para a análise). A etapa seguinte, da classificação, envolveu uma leitura mais exaustiva dos dados (leitura flutuante) que contribuiu com a construção de categorias empíricas (nesse momento, dialeticamente confrontadas com as categorias teóricas de partida); a constituição de quatro diferentes “corpus” de comunicações, conforme o perfil das mulheres entrevistadas (conferencista ou servidora) ou dos documentos (relatórios das conferências e PES); a categorização das “unidades de registro” por temas ou categorias em uma planilha (construídos a partir do processo dialético entre as variáveis empíricas e teóricas); e o refinamento dessas categorias, agrupando-as segundo um movimento unificador. Como será revelado na próxima seção, esse exercício evidenciou a tendência de conformação de categorias em certa medida coincidentes com os próprios objetivos da pesquisa – o que seria mais ou menos esperado, visto que foram esses mesmos objetivos que nortearam a criação dos roteiros das entrevistas semiestruturadas e o embasamento teórico construído na fase de revisão da literatura. Por fim, a etapa da análise final envolveu o esforço de conjugação do marco teórico com o material

²⁴ Este termo foi utilizado segundo a acepção atribuída por aquela autora referenciada, na sua obra. Para maior detalhamento, consultar Minayo (2004).

empírico, em busca de uma “[...] objetivação da realidade e uma objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção” (MINAYO, 2004, p. 237). Como elucida a autora, “a interpretação, além de superar a dicotomia objetividade versus subjetividade, exterioridade versus interioridade, análise e síntese, revelará que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador. Sua obra desvenda os segredos de seus próprios condicionamentos” (MINAYO, 2004, p. 237).

Conforme pontuado, como parte dos pressupostos metodológicos da análise hermenêutico-dialética, é fundamental a caracterização sócio-histórica de cada um dos dois grupos de entrevistadas. Essa caracterização visa colocar em evidência o contexto mais amplo dessas mulheres, bem como sua agenda política e seu lugar nas relações institucionais.

O primeiro grupo é o das servidoras. Ele é formado por 7 mulheres, com idade entre 25 e 44 anos (média de 35,8 anos), estando 4 delas concentradas na faixa etária de 40 a 44 anos. Todas são servidoras públicas efetivas, sendo essas mais experientes com cerca de 15 anos de serviço público na saúde estadual, o que demonstra que o conjunto de entrevistadas, além de representar uma amostra de perfil geral mais jovem, possui entre pouca ou média experiência na SES-MG. A atuação delas, na Secretaria, envolve as áreas de planejamento, interface com o CES-MG e a área temática das políticas de saúde da mulher, sendo que mais da metade já integraram, ao longo dos anos, mais de um desses locais de atuação.

Do ponto de vista da escolaridade, todas têm nível superior de formação. Além disso, 3 das entrevistadas possuem mestrado completo, 1 está com o mestrado em curso e 2 concluíram especialização. Por fim, em relação à autodeclaração de raça/cor, 6 delas se identificam como brancas e 1 como parda.

Sobre a participação em movimentos sociais, político-partidários e feministas, a maior parte delas manifesta não integrar nenhum grupo de ativismo mais estruturado, ainda que a maioria, entre as que não participam desses grupos, manifeste interesse e uma inclinação positiva às pautas feministas e das minorias em geral, sob uma perspectiva mais progressista: “Eu gosto do discurso feminista, eu acho ele extremamente importante [...]” (Cássia Eller, servidora). Houve, ainda, menções diretas sobre se considerar feminista por parte de mais de uma entrevistada: “Claro que eu me considero feminista e estou sempre ligada à pauta” (Gal Costa, servidora). Entretanto, uma menor parte também se posicionou como estritamente sendo servidora pública, sem qualquer envolvimento externo com pautas políticas: “[...] eu sou única e exclusivamente gestora pública, tipo, meu engajamento é único e exclusivamente com o meu

trabalho aqui no Estado, nas SES” (Rita Lee, servidora). Apenas 1 participa de forma institucional de um partido político, o PT, onde direciona sua ação política dentro do setorial de mulheres.

Em relação ao feminismo, duas participantes manifestaram integrar ou já haver integrado instâncias que se relacionam com pautas de interesse das mulheres no estado, com papel de representação institucional, como o Conselho Estadual da Mulher (CEM), o Conselho Estadual da Assistência Social (CEAS), além de relacionamento institucional com movimentos como o Fórum do Aborto Legal, a Frente Mineira pela Descriminalização e Legalização do Aborto (Legaliza) e o Coletivo Feminista de Saúde e Sexualidade. Além disso, houve manifestação de 1 das entrevistadas de que mantém participação em um grupo de mulheres que atua na interface com a segurança pública. Em relação à participação em conferências, 2 delas manifestaram já ter participado de alguma Conferência Estadual de Saúde (geral ou temática), sendo a maioria delas participante em mais de uma oportunidade – em grande medida, como convidada ou comissão organizadora.

Nota-se, assim, um coletivo de mulheres que ocupam um lugar institucional de atuação em nome da gestão estadual da saúde – e, por isso mesmo, interessadas em defender o seu lugar como trabalhadoras que, por sua vez, são parte do grande “ecossistema” da gestão do SUS. O perfil médio de abertura às causas feministas e aos processos participativos, por outro lado, pode contribuir com um senso de maior visão crítica sobre as ações, omissões e escolhas do próprio governo, o que pode ser positivo para o reconhecimento de aspectos que possam ser mais complicados na atuação desse ator – que o seu interesse original destacado supra poderia mascarar nas suas análises. A participação explícita de algumas nos movimentos sociais, políticos e institucionais relacionados com a causa feminista ou com uma agenda mais progressista podem conferir a essas servidoras, especificamente, um caráter de maior ativismo burocrático em prol dessas causas em que elas acreditam. Seu perfil médio de mulheres mais jovens faz com que a experiência profissional e acadêmica seja algo ainda em fase de acumulação importante nessa etapa da vida, indicando um período de aprendizado em curso.

Já, entre o grupo das conferencistas²⁵, foram 4 mulheres entrevistadas, com perfil consideravelmente mais experiente – idade variando entre 49 e 64 anos (média de 57 anos,

²⁵ É importante ressaltar o uso do termo “conferencista” para caracterizar as mulheres participantes das conferências. Antes de tudo, trata-se de uma opção semântica de mera diferenciação em relação à categoria de entrevistadas qualificada como “servidora”. Não se ignora que, mesmo as “servidoras”, têm histórico e trajetória

mediana de 57,5 anos). Em relação ao trabalho, 3 delas relatam a construção da trajetória profissional formal na saúde pública, principalmente na área da gestão (Secretarias de Saúde), com vasto tempo de atuação, e todas apresentam envolvimento com movimentos ativistas dentro da saúde, tanto do ponto de vista da participação, quanto das pautas das mulheres – em Conselhos de Saúde, em comissões interinstitucionais temáticas, na educação em saúde, nas conferências:

[...] sendo conselheira de saúde, participei de conferências, de organização de conferências, de conferência municipal, estadual e nacional, já participei de todas elas, e participei da conferência de mulheres, da estadual, conferência de saúde das mulheres, [...] fui relatora da conferência, [...] participei de conferência livre de saúde das mulheres [...]. (Bertha Lutz, conferencista).

São 3 as que têm formação profissional na área da saúde. Além disso, todas as 4 possuem nível superior de formação, sendo que 1 possui mestrado e 2, doutorado – 1, dessas últimas, com pós-doutoramento –, o que demonstra um nível mais alto de formação média, em relação ao grupo das servidoras. Do ponto de vista de raça/cor, 1 se autodeclara preta, 1 se afirma parda e as outras 2, brancas.

Em relação à participação em partidos políticos e movimentos sociais ou feministas, todas relatam uma atuação ativista. Esse ativismo mais orgânico recaiu ou recai sobre a participação em órgãos representativos de classe e sindicatos na área da saúde, além do Instituto Mulheres Amadas (IMA), da Frente Brasil Popular, da Sentidos do Nascer, do Linhas do Horizonte, do Coletivo Alvorada, da Comissão Perinatal, do Levante Popular da Juventude, além, do ponto de vista político-partidário, do PT, com atuação no setorial de saúde do Partido.

De forma geral, todas têm um autorreconhecimento como feministas, pelo que se depreende de seu histórico e das suas falas, embora apenas uma tenha feito tal afirmativa nas entrevistas, de forma expressa. Nessa oportunidade, ela relata o seu processo de assimilação como ativista nesse campo, embora, inicialmente, ela não se considerasse feminista – “[...] eu

de participação em conferências, assim como algumas “conferencistas” são ou foram servidoras públicas. Assim como não se releva o fato de as “conferencistas”, muitas das vezes, serem mais que conferencistas, de fato, no contexto dos movimentos sociais e políticos em que se inserem. Entretanto, partindo-se do panorama geral das dinâmicas políticas e institucionais, entendemos que, para efeitos de classificação, os grupos podem ser diferenciados a partir dos termos escolhidos, no recorte espaço-tempo metodologicamente definido, atribuindo-se como parte do grupo de “servidoras” aquelas mulheres a quem lhes cabe, por papel institucional e segundo o viés analítico desta pesquisa, o exercício da função pública da área do planejamento ou das políticas públicas de saúde da mulher, dentro da SES-MG. Do outro lado, estariam as “conferencistas”, a quem cabe, no interesse analítico ora presente, o papel de, por meio dos processos participativos das conferências, pautar, discutir e votar temas, bem como representar certos segmentos e, caso queira, ser votada na eleição de delegada.

sempre me considerei assim, eu acho que eu sempre fui uma ativista, não exatamente feminista, mas desde 17 anos eu militava [...]” (Rose Marie Muraro, conferencista). Foi a partir da sua atuação no SUS, pelos trabalhos realizados nas funções que assumiu que, em dado momento, ela passou a se dizer também feminista:

[...] E isso era inovador, porque a gente fazia, botava todos os atores na roda de conversa, todo mundo, uma relação transversal, não hierarquizada, pra fazer avaliação, planejamento, escuta de todo mundo, com movimento social, então o ativismo que eu falo feminista, que eu me considero, ele veio daí, porque antes eu não era um ativista feminista [...] (Rose Marie Muraro, conferencista).

O perfil desse segundo grupo de entrevistadas, portanto, mostra-se como de mulheres extremamente engajadas nas causas da saúde e das mulheres. Além disso, indica um perfil de mulheres participativas nos movimentos políticos e sociais, com especial destaque à participação institucionalizada no SUS. Também são mulheres com uma trajetória de vida importante em termos de acúmulos e experiências, além de altamente graduadas, o que lhes confere uma visão crítica e consistente.

Não se ignora, entretanto, a presença de uma das conferencistas dentro de uma categoria fundamental de mulheres que integram os espaços de participação no SUS, que é o da representação da base, de origem popular e forjada pelos próprios movimentos comunitários e de disputa política, em nome dos seus iguais – usuárias e usuários do SUS, moradores dos rincões do país. Essa vivência lhe confere uma visão tão crítica e consistente quanto à das demais – dentro do que a experiência de luta por um SUS efetivamente universal e integral, que também a alcance, é capaz de proporcionar.

Assim, reforçando as indicações do próprio método, com a elaboração desse retrato geral das mulheres participantes das entrevistas é possível fazer uma leitura mais apropriada dos relatos registrados, desde o lugar, histórico e perfil de cada um dos grupos inquiridos na pesquisa, o que irá ocorrer nas seções de análise propriamente ditas. Concluída a etapa de discriminação das considerações metodológicas, por sua vez, a próxima seção visa apresentar o contexto institucional do SUS-MG em que se dá o processo de planejamento e de participação, responsáveis pela produção das políticas públicas no estado.

5. AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE NO CONTEXTO INSTITUCIONAL DO SUS EM MINAS GERAIS: O PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL E SUA INTEGRAÇÃO COM A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Além dos aspectos mais amplos referentes à incidência das conferências na formação da agenda estatal, já explorados nos capítulos teóricos deste trabalho, outro tema de relevo para explicitação do funcionamento da lógica participativa por meio das conferências no sistema público de saúde brasileiro é a inserção desta IP no contexto institucional mais amplo de funcionamento do SUS. Esse é, portanto, o intuito desta seção contextual: explicitar a interação da infraestrutura da participação na elaboração de diretrizes e propostas de políticas públicas de saúde com a efetiva produção das políticas, que se consubstanciam, principalmente, pela atividade de planejamento.

Assim, a seção se divide em duas subseções. Na primeira, são apresentados os instrumentos de planejamento governamental existentes no ordenamento jurídico-institucional, com foco nos instrumentos do estado de Minas Gerais. Além daqueles instrumentos mais gerais, que se voltam ao planejamento da máquina estatal como um todo, são também abordados os instrumentos de planejamento específicos do SUS, em sua interação com aqueles instrumentos mais gerais. Na segunda subseção, por sua vez, é trazida a discussão das conferências estaduais de saúde no contexto em que elas se inserem dentro do SUS-MG, bem como a sua interação com os instrumentos de planejamento da política setorial de saúde.

5.1. Os instrumentos de planejamento governamental do SUS-MG

A atuação dos governos observa a elaboração de instrumentos que, classicamente, compõem o tripé do planejamento governamental no Brasil. Constituem esses instrumentos obrigatórios de planejamento o Plano Plurianual (PPA) – que, no caso de alguns entes federativos como o estado de Minas Gerais, utiliza-se a nomenclatura Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG)²⁶ –, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Em Minas Gerais, a Constituição Estadual de 1989 determinou, ainda, a

²⁶ Neste trabalho, será utilizada preferencialmente a sigla PPAG, visto o recorte territorial proposto pelo estudo, circunscrito ao estado de Minas Gerais. Entretanto, o eventual uso da sigla PPA ocorrerá em preservação das citações reproduzidas que se refiram explicitamente ao instrumento utilizado no âmbito federal.

produção de um instrumento de planejamento adicional, de longo prazo: o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI).

O quadro a seguir busca sintetizar os principais aspectos desses instrumentos de gestão governamental, com foco na realidade mineira.

Quadro 2 - Quadro-síntese dos instrumentos de planejamento governamental de Minas Gerais

	PMDI	PPAG	LDO	LOA
Finalidade	Definir o planejamento estratégico governamental	Detalhar programas e ações para o enfrentamento dos problemas da agenda pública, constituindo o principal instrumento de planejamento de médio prazo do governo	Orientar a elaboração da peça orçamentária, (LOA), com regras referentes à elaboração e execução do orçamento	Detalhar as receitas e fixa as despesas
Elementos	Objetivos e diretrizes estratégicas; indicadores e metas	Programas e ações conectados aos objetivos e diretrizes estratégicas do PMDI; indicadores; produtos; metas físicas e financeiras regionalizadas; público-alvo; orçamento anual	Discriminação do equilíbrio entre receitas e despesas; autorização de aumento de despesas com pessoal; alterações no sistema tributário; prioridades de investimentos; metas fiscais	Peça orçamentária por excelência; sintonia de receitas e despesas com o PPAG e a LDO
Temporalidade	12 anos; longo prazo	4 anos (vigência a partir do 2º ano do governo até o 1º ano da próxima gestão); revisões anuais; médio prazo	1 ano	1 ano

Fonte: Minas Gerais (2024a).

Além dos instrumentos de planejamento governamental, a legislação infraconstitucional do SUS também estabelece alguns instrumentos de planejamento específicos do setor saúde para a organização das ações do sistema e o provimento de políticas públicas. A Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/1990 – determina no seu art. 15, inciso VIII, como atribuição comum entre União, estados e municípios, a “elaboração e atualização periódica do plano de saúde”. Além disso, ela prevê que a elaboração do planejamento e do orçamento do SUS aconteça de forma ascendente, “[...] do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União” (BRASIL, 1990a). Nesse sentido, o § 1º do art. 36 dessa lei define que os chamados “Planos de Saúde” expressam a base das atividades e da programação em saúde, devendo o financiamento dessas ações estar contemplado na peça orçamentária. Em

complemento, o § 2º desse mesmo dispositivo prevê a impossibilidade de transferência de recursos para financiar ações diversas àquelas previstas no Plano, à exceção das situações de emergências ou calamidades em saúde (BRASIL, 1990a).

O Plano de Saúde é, assim, o instrumento que norteia todas as atividades de planejamento em saúde nas distintas esferas de governo do país, expressando as políticas públicas desse setor a serem implementadas – ou mantidas – entre o conjunto de intervenções possíveis para enfrentamento dos problemas públicos de saúde. Em outras palavras, o instrumento definido pela legislação para expressar as funções de planejamento e orçamento específicas no SUS, de forma a contemplar a totalidade das ações, programas e políticas previstas para o sistema de saúde, é o Plano de Saúde²⁷.

Assim, o Plano Estadual de Saúde (PES) apresenta essas ações, programas e políticas no âmbito do estado, abarcando o período de quatro anos que, a exemplo do PPAG, também compreende o segundo ano do último governo eleito até o primeiro ano do mandato seguinte, garantindo alguma continuidade das ações planejadas.

A Lei Complementar nº 141/2012 trata dos Planos de Saúde no contexto dos demais instrumentos de planejamento governamental, nos termos definidos pelo art. 30 e seus parágrafos:

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades (BRASIL, 2012).

A Portaria MS/GM nº 2.135/2013, norma emanada pelo Ministério da Saúde, detalha ainda mais esse processo de planejamento do SUS, estabelecendo as suas diretrizes. Ela

²⁷ A nomenclatura oficial dos Planos de Saúde – e sua respectiva sigla – varia conforme o ente federativo a que ele se refere: Plano Nacional de Saúde (PNS) para o nível federal; Plano Estadual de Saúde (PES) para o nível estadual; e Plano Municipal de Saúde (PMS) para o nível municipal. Este trabalho tem foco, portanto, na análise dos PES de Minas Gerais.

determina, já no art. 1º, parágrafo único, importantes pressupostos desse planejamento, como o caráter ascendente do planejamento, que deve considerar problemas e necessidades de saúde para a construção de diretrizes, objetivos e metas; e a necessidade de compatibilização dos instrumentos de planejamento do SUS – Plano de Saúde e respectiva Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG) – ao PPA, LDO e LOA das esferas correspondentes de gestão (BRASIL, 2013). O art. 94, parágrafo único, inciso V da Portaria de Consolidação nº 1/2017 também define, como um dos pressupostos do planejamento no âmbito do SUS, a compatibilização entre os instrumentos de planejamento do SUS e os instrumentos de planejamento governamental (BRASIL, 2017).

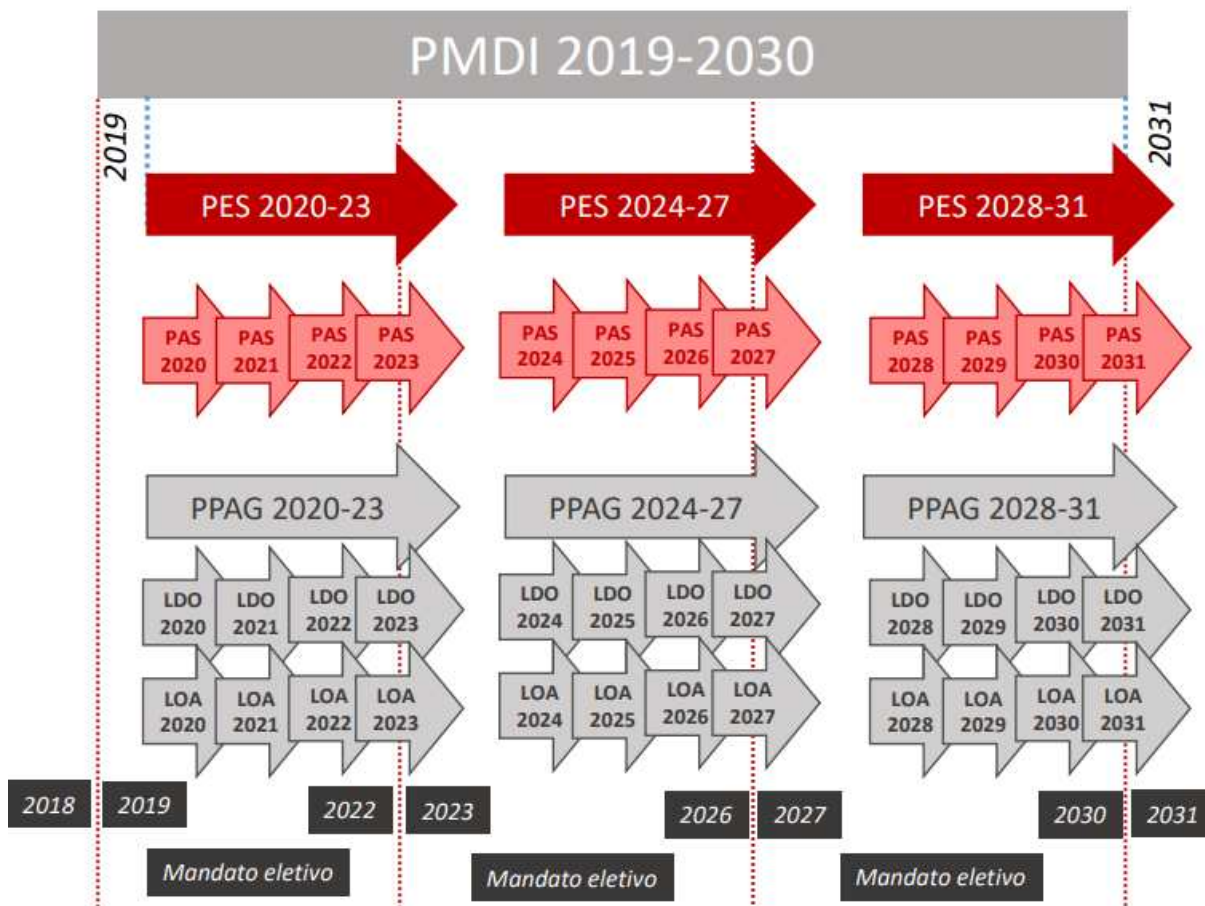
A PAS representa a operacionalização das ações previstas no Plano de Saúde para o período de um ano, e a elaboração ocorre no ano anterior à sua vigência, com base no que consta já planejado no Plano. Ainda segundo a Portaria MS/GM nº 2.135/2013, em seu art. 4º está previsto de que a PAS “[...] é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados” (BRASIL, 2013). O art. 97, § 1º, da Portaria de Consolidação nº 1/2017 complementa essa noção, definindo que a PAS de estados e municípios deve conter a definição das ações para garantir a consecução dos objetivos e metas do PES, a explicitação dos seus indicadores de monitoramento e a estimativa de recursos para o seu cumprimento (BRASIL, 2017). O RAG, por fim, é a materialização da prestação de contas das ações e da execução orçamentária realizadas no ano anterior, bem como das justificativas quanto a alguma eventual reprogramação ou não cumprimento de ações planejadas no PES, no caso do estado, e na PAS²⁸.

Considerando o esquema geral de execução da atividade de planejamento do setor saúde, apesar de não haver uma data legalmente estabelecida para esta etapa, como acontece com o PPAG, é desejável, pelo que se depreende, que a elaboração do PES ocorra antes da elaboração da proposta do projeto de lei que dá origem ao PPAG, a fim de garantir que este instrumento contemple as ações definidas no planejamento setorial da saúde, reproduzindo o

²⁸ Nesse sentido, apesar de a legislação classificar o RAG como um instrumento de planejamento do SUS, na prática ele representa mais um instrumento de gestão do SUS, que visa a dar transparência às ações já realizadas, como mecanismo de prestação de contas no SUS de todo o planejamento feito pelos instrumentos que possuem, de fato, essa finalidade – o PES e a PAS. Essa é a função também do Relatório de Detalhamento do Quadrimestre Anterior (RDQA), instrumento de monitoramento da execução da PAS que é elaborado quadrimestralmente pelo gestor do SUS para apreciação da Casa Legislativa respectiva.

alinhamento entre esses instrumentos. De fato, conforme expresso pela Portaria 2.135/2013, art. 2º, § 2º, “o Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde” (BRASIL, 2013), e “[...] observará os prazos do PPA, conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes federados” (BRASIL, 2013), nos termos do art. 3º, § 2º. Da mesma forma, essa Portaria, no art. 5º, I, e o art. 36, § 2º, da Lei Complementar nº 141/2012 também definem que a PAS deve ser elaborada e enviada para aprovação do Conselho de Saúde antes da data prevista para o encaminhamento da LDO daquele exercício correspondente (BRASIL, 2012, 2013), de forma, novamente, a garantir o alinhamento do conjunto dos instrumentos de planejamento. Por fim, o § 2º do art. 96 da Portaria de Consolidação nº 1 /2017 indica que o PES deve observar os prazos do PPAG (BRASIL, 2017).

Figura 2 - Ciclo de planejamento governamental do setor saúde em Minas Gerais - exemplo do período 2019-2031



Fonte: Elaboração própria (2025).

Feita a descrição mais ampla do processo de planejamento governamental na saúde, é importante situar o lugar da participação social – especificamente, das conferências de saúde – nesse quadro geral de atribuições e atividades.

5.2. As conferências de saúde no contexto do SUS-MG e a atividade de planejamento governamental

O modelo institucional do SUS conforma-se por um desenho tripartite de responsabilidades compartilhadas entre os três entes federados. Para além das atribuições gestoras, esse modelo institucional inovou ao incorporar o controle social e a participação da comunidade como pilares fundamentais do processo de planejamento, gestão e monitoramento das suas políticas públicas.

A Lei nº 8.142/1990, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS, inaugura esse papel basilar da participação ao definir o conselho e a conferência de saúde, instâncias colegiadas, como parte integrante do SUS em cada esfera de governo. Essa lei define, em seu art. 1º, § 1º, que a conferência de saúde, conformada por segmentos sociais diversos, reúne-se a cada quatro anos e tem por finalidade avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a elaboração das políticas públicas de saúde para o seu nível de governo (BRASIL, 1990b):

Estabelecer diretrizes significa indicar caminhos para atingir objetivos definidos como fundamentais para que sejam atendidas as necessidades expressas pela população e alterada a situação de saúde identificada no momento da realização da conferência. Isso envolve o debate entre os representantes dos diferentes grupos de interesse e a construção de acordos sobre aspectos que devem ser considerados prioritários na definição das ações do sistema (BRASIL, 2009, p. 33).

Em complemento a esse dispositivo, a Lei Complementar 141/2012, art. 31, parágrafo único, informa que “a transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde” (BRASIL, 2012), enfatizando o caráter participativo que envolve a concepção desse instrumento. Já o art. 3º, § 7º, da Portaria MS/GM nº 2.135/2013, é mais direto quanto à inclusão da atividade participativa no planejamento ao destacar, explicitamente, que o Plano de Saúde deve considerar, na sua formulação, as diretrizes definidas na conferência de saúde, devendo tal Plano ser, ainda, objeto de aprovação pelo respectivo conselho de saúde (BRASIL, 2013).

Nota-se que, diferentemente de outras conferências de políticas públicas no Brasil, as conferências de saúde integram legalmente a estrutura de planejamento e produção de políticas públicas dos governos, funcionando como instâncias deliberativas de diretrizes que devem compor o planejamento governamental²⁹ – não sendo apenas consultivas. Além disso, o papel dos conselhos de saúde na aprovação dos Planos de Saúde apresentados pelo gestor do SUS pode funcionar como um elemento adicional para a garantia de que o que consta aprovado pelas conferências – nas quais os conselhos têm forte participação, incluindo atribuições centrais na sua organização – esteja efetivamente incorporado pelo instrumento prescritivo das ações estatais. Além disso, como ressalta Almeida (2012, p. 39), “[...] os conselhos são instâncias importantes de formulação e fiscalização, no nível local e estadual, das políticas deliberadas nas conferências nacionais e, portanto, poderiam assumir uma posição ativa na publicização de tais resultados”. Em síntese, as conferências de saúde apresentam-se como instância legalmente responsável pela produção de diretrizes a serem incorporadas ao planejamento em saúde pelos três níveis de governo quando da elaboração dos Planos de Saúde, os quais devem conter, além das diretrizes, os objetivos, metas e indicadores pelo período de quatro anos na área da saúde (BRASIL, 2016).

As conferências de saúde – e, mais especificamente, as conferências estaduais de saúde – são as conferências realizadas pelo setor saúde de forma sistemática e com regularidade de ocorrência quadrienal³⁰, permitindo a retroalimentação do processo de planejamento do ponto de vista da coincidência cronológica de sua produção – o que já foi apresentado nesta seção.

Em Minas Gerais, a 1ª Conferência Estadual de Saúde aconteceu em 1986, como etapa preparatória para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco da Reforma Sanitária brasileira, já no contexto da chamada Nova República. Essa conferência estadual foi precedida de pré-conferências municipais e regionais, culminando com a produção de um documento que

²⁹ Documento do Ministério da Saúde intitulado “Manual de Planejamento no SUS” destaca, de forma objetiva, que “[...] o Plano de Saúde deve conter uma seção que apresente a incorporação das recomendações da Conferência de Saúde” (BRASIL, 2016, p. 106), conferindo destaque e transparência a essa incorporação dos resultados do processo participativo na estrutura do planejamento governamental da saúde.

³⁰ Em decorrência do “descompasso” do calendário eleitoral municipal em relação às eleições estadual e federal, os municípios costumam adotar a temporalidade bienal de realização das conferências municipais. Assim, a cada quatro anos, é viabilizada, após a realização de conferências, a produção de relatórios que orientam a elaboração PMS, em observância à legislação do SUS. Da mesma forma, a cada quatro anos, também são produzidos relatórios decorrentes de procedimentos conferenciais que trazem propostas para as conferências estaduais e nacional de saúde, funcionando quadrienalmente como etapa preparatória para elas, mas no interstício de dois anos após as conferências municipais destinadas à elaboração das diretrizes e propostas para o planejamento municipal.

defendia propostas a partir de três grandes teses temáticas centrais, coincidentes com os painéis por que se organizou a Conferência Nacional: i) a saúde como direito fundamental de cidadania – o que incluía a necessidade de ampliar a participação social nas instâncias decisórias do sistema de saúde –; ii) a reformulação do sistema – com a criação de um sistema unificado, de competências definidas para os diferentes entes federados, e com fortalecimento do provimento público e municipalizado de ações e serviços –; e iii) a estruturação do financiamento do setor – com implantação de um modelo tributário progressivo, aumento do orçamento para o setor e definição de mínimos percentuais de aplicação em saúde (BRASIL, 1986). Como viria se concretizar com a promulgação da Constituição Federal de 1988, várias dessas teses foram incorporadas no bojo da Reforma Sanitária empreendida após a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Assim, a 8ª Conferência marca a consolidação de mudanças importantes no cenário institucional brasileiro, no sentido de ampliar o espectro de atores envolvidos e determinar orientações para a reorganização do sistema de saúde no país – o que acabou por ser garantido pela Constituinte, em termos muito similares aos do seu relatório final (BRASIL, 2009).

A edição seguinte, a 2ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, aconteceu em 1991, um ano antes da 9ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1992. Desde então, as demais conferências estaduais de saúde mineiras coincidem com o ano de realização das conferências nacionais. Importante destacar que, em 2003, a partir da 5ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais e da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a sua realização passa a observar a regularidade quadrienal³¹, além da correspondência com o primeiro ano do último governo eleito, tal como ocorre até os dias de hoje. O quadro 3 a seguir apresenta a síntese do ano de realização das conferências de saúde em Minas Gerais e das conferências nacionais.

³¹ Na visão de Cortes (2011), as conferências de políticas públicas teriam caráter eventual, contrastando com a regularidade e frequência das reuniões de outras IPs, como os conselhos de políticas públicas e os OPs. Essa visão se estende mesmo à área da saúde, o que a autora justifica pelos intervalos de ocorrência imprecisos das conferências nacionais de saúde até os anos 2000 (entre três e seis anos). De toda forma, consideramos que o amadurecimento da institucionalidade das conferências na área da saúde, aliado ao seu ganho de maior aderência, ao longo dos anos, com o processo de planejamento governamental, conferem, hoje, às conferências, um caráter não eventual, ou seja, um caráter sistemático e regular, de fato quadrienal na prática, conforme argumentos apresentados ao longo deste trabalho e reforçados, tanto no plano nacional, quanto no estadual de Minas Gerais, pela cronologia apresentada no quadro 3.

Quadro 3 - Conferências de saúde nacionais e estaduais de Minas Gerais, por ano de ocorrência

Ano	Conferência Estadual (MG)	Conferência Nacional
1986	1 ^a	8 ^a
1991	2 ^a	-
1992	-	9 ^a
1996	3 ^a	10 ^a
2000	4 ^a	11 ^a
2003	5 ^a	12 ^a
2007	6 ^a	13 ^a
2011	7 ^a	14 ^a
2015	8 ^a	15 ^a
2019	9 ^a (8 ^a + 1)	16 ^a (8 ^a + 8)
2023	10 ^a	17 ^a

Fonte: Elaboração própria (2025).

Do ponto de vista dos processos conferencistas nacionais, que também se replicam no âmbito estadual e no âmbito municipal, conforme Soraya Cortes, eles podem estar relacionados na sua realização como “[...] a grande conferência setorial nacional – de assistência social, de saúde, das cidades, da cultura, de educação, por exemplo – ou como conferências temáticas, subsetoriais – tais como, conferências de saúde mental, de saúde da mulher, de saúde bucal ou de vigilância em saúde” (CORTES, 2011, p. 139). Nesse sentido, é importante destacar que, ao longo dos anos, tem-se ampliado a realização de conferências de saúde temáticas, referentes a políticas específicas, de forma a aprofundar e focar o debate em algumas matérias particulares dentro do sistema de saúde. Sua realização é geralmente viabilizada a partir da mobilização de grupos em torno dos temas de seu interesse – seja da sociedade civil, ou mesmo da própria burocracia estatal –, sendo concretizadas por recomendação das conferências nacionais ou por deliberação do CNS. Pontua-se que as conferências temáticas ocorridas até o momento não exauram as possibilidades substantivas de realização de uma conferência temática de saúde, podendo, a qualquer tempo, ser desencadeada a realização de uma primeira conferência em uma eventual nova temática dentro da saúde.

A primeira conferência de saúde temática aconteceu como desdobramento da própria 8^a Conferência Nacional de Saúde, ainda em 1986. Trata-se da 1^a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), fruto da mobilização de entidades sindicais e de trabalhadores,

cujo relatório final apresentou contribuições para a formulação de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

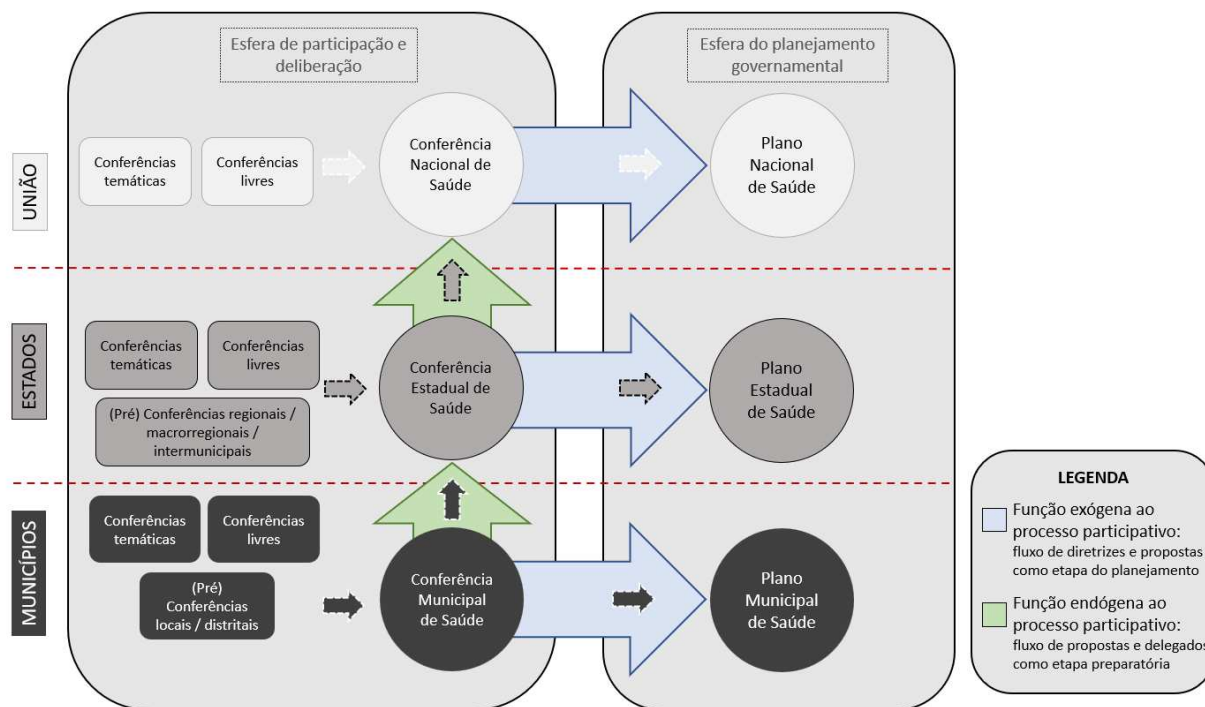
Pela sua lógica de realização, essas conferências não têm uma periodicidade já estabelecida e regular, como a conferência (nacional, estadual ou municipal) de saúde, mas fornecem, desde um campo específico de conhecimento e produção de políticas de saúde, subsídios para contribuir com o processo de planejamento e formulação de políticas públicas para o SUS. São, também, um espaço de mobilização e de colocação em evidência de temas, políticas ou demandas de grupos que compõem o sistema de saúde, funcionando como estratégia de pressão política e de influência sobre a priorização de assuntos da agenda da saúde. Suas deliberações, enfim, ganham projeção na medida em que ecoam nas discussões das conferências de saúde (as gerais – de funcionamento regular, sistemático), ou mesmo diretamente na agenda dos governos.

Cabe, ainda, destacar outra modalidade de conferências, que se somam às conferências temáticas, na medida em que não integram a estrutura da conferência de saúde “regular”, e que vêm ganhando cada vez maior relevância: as chamadas “conferências livres”. Trata-se de tipos particulares de conferências temáticas na área da saúde, realizadas nos diferentes entes federados, geralmente como etapa preparatória para uma outra conferência posterior³². O objetivo das conferências livres é debater o tema da conferência geral, ou parte dos seus eixos temáticos, e produzir relatórios a serem integrados ao processo conferencial, bem como eleger delegados, nos termos do regulamento (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2022).

Buscando uma melhor elucidação, a figura a seguir retrata o esquema geral de funcionamento institucional das conferências de saúde, no contexto institucional do SUS, como instrumento de participação e etapa subsidiária à atividade de planejamento governamental na saúde. O esquema ilustra, na horizontal, os territórios municipal, estadual e federal (da União) e, na vertical, os macroambientes da “esfera de participação e deliberação” e da “esfera do planejamento governamental”, sendo ambas esferas presentes em cada um dos três territórios descritos.

³² De acordo com o Regimento da 17ª Conferência Nacional de Saúde, a título de exemplificação em uma situação fática, essas conferências são de livre organização por qualquer dos segmentos que compõem o CNS ou pela própria sociedade civil, sendo sua realização de âmbito municipal, intermunicipal, regional, macrorregional, estadual, distrital ou nacional (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2022).

Figura 3 - Fluxo geral do sistema de planejamento na saúde e conexões com o sistema integrado de participação e deliberação



Fonte: Elaboração própria (2025).

Na esfera de participação e deliberação, encontram-se apresentadas as conferências de saúde, com centralidade para as conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde – aquelas de funcionamento regular e que têm a função de produzir as diretrizes para a formulação das políticas públicas por meio do planejamento. Gravitando ao redor delas, observa-se a ocorrência das demais conferências – as temáticas, as livres e as de base territorial diferenciada, que representam uma fração do território municipal, estadual ou federal, em que elas ocorrem.

Nessa imagem, também constam retratados dois grandes fluxos, que correspondem a uma “função endógena” ao próprio processo participativo e a uma “função exógena” a esse processo. O fluxo correspondente à “função endógena” está retratado em verde, com direção vertical, e reflete o curso ascendente de propostas e de delegados eleitos, considerando-se cada conferência municipal e estadual de saúde como etapa preparatória para a conferência subsequente, de maior abrangência territorial, conforme retratado. Nota-se que as deliberações das conferências temáticas, livres ou de fração do território do ente federado também podem integrar substancialmente o escopo das propostas encaminhadas à conferência de saúde subsequente, bem como o universo de delegados eleitos, nos termos dos regulamentos. Já o fluxo correspondente à “função exógena” ao processo participativo diz respeito ao sentido

horizontal do fluxo esquematicamente retratado, na cor azul, em que, a partir das deliberações das conferências de saúde, são direcionadas diretrizes e propostas para composição do planejamento governamental em saúde, em cada ente federativo, na figura dos Planos Municipal, Estadual ou Nacional de Saúde.

Nesse sentido, é importante frisar e diferenciar o duplo caráter das conferências, do ponto de vista do que é produzido como deliberação. De um lado, as deliberações das conferências possuem o caráter de etapa preparatória para a conferência posterior, que responde territorialmente a uma unidade geográfica mais ampla do arranjo federativo brasileiro do que aquela correspondente à da etapa preparatória, em uma lógica ascendente do processo participativo³³. Nesse fluxo, realiza-se o sistema integrado de participação e deliberação, marcado pela conexão de práticas sociais de participação, representação e deliberação levadas a cabo em diferentes espaços, incluindo vozes plurais na formação da opinião pública sobre os problemas de saúde, de baixo para cima (FARIA; LINS, 2013). Desse modo, as conferências locais são preparatórias para as conferências municipais, e devem produzir, em parte, deliberações que traduzam propostas coerentes com o espaço municipal, viabilizando a discussão que transcenda o espaço local. Da mesma forma, as conferências municipais produzem deliberações de interesse estadual e nacional³⁴, mais amplo que o municipal – e os estados, idem, em relação às conferências estaduais e seu papel preparatório para as discussões na conferência nacional.

Essa ascendência nas proposições – que reforça o caráter “de baixo pra cima” do desenho participativo dessa IP, nos termos de Avritzer (2008) – também está refletida na eleição de delegados, que são votados em cada fase preparatória anterior, para que viabilizem sua participação na conferência territorialmente mais abrangente a seguir, conforme critérios definidos nos regulamentos das conferências. Importante pontuar que, conforme lembram Faria e Lins (2013) a composição dos delegados observa o critério de paridade definido por lei na saúde, sendo 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores e prestadores de serviço.

³³ O mesmo ocorre com as conferências livres, temáticas ou de parcela do território do ente, que podem ter função preparatória para a conferência geral desse mesmo ente.

³⁴ A especificidade das conferências municipais, que se realizam a cada quatro anos como etapas preparatórias das conferências estaduais e nacionais, intercaladas bianualmente com as conferências municipais cujo objetivo é produzir diretrizes e propostas para o nível municipal de governo, já foi tratada em nota anterior neste trabalho.

Além dos delegados, com direito a voz e voto, participam das conferências de saúde, ainda, os convidados, com direito a voz.

Na lógica do encadeamento participativo, o CNS, ao propor o regulamento da Conferência Nacional, define o tema, eixos e regramentos do processo participativo ascendente mais geral, desde as etapas municipais, até a realização da Conferência Nacional³⁵. Assim, fica sob responsabilidade dos Conselhos estaduais e municipais a elaboração do regramento no seu âmbito e, no caso dos estados, do regramento que se relaciona aos processos participativos municipais como etapa preparatória para a Conferência Estadual – de proporção de delegados, prazo de realização da conferência, quantitativo de diretrizes e propostas a serem remetidas à etapa estadual etc.

Faria e Lins (2013) destacam que a mudança na escala das conferências de saúde implica uma sofisticação das regras – com maior precisão sobre os atores que poderão participar das etapas, bem como sobre como se dará a forma de participação, em que é reduzida a possibilidade de criação de novas propostas ou alteração substantiva de propostas nas etapas estadual e nacional – e a mudança no comportamento dos participantes sendo que, a cada etapa, “[...] mudam os repertórios de ação, os quais passam a ser mais e mais representativos, embora nem sempre mais deliberativos” (FARIA; LINS, 2013, p. 90). Segundo as autoras, a participação nas conferências de saúde é mais presente nas etapas iniciais, caracterizada como uma fase de aprendizado, sendo a representação presente nas etapas seguintes – e a representação, por sua vez, abre espaço para a inserção de novos atores, introduzindo novas vozes a esse debate público. A representação de gênero, entretanto, se altera ao longo do processo, sendo mais igualitária nas etapas iniciais e, no decorrer da municipal à nacional, há um aumento da predominância do gênero masculino, principalmente no segmento de usuários (FARIA; LINS, 2013).

De outro lado, as deliberações das conferências também fornecem insumos para uma discussão de propostas do seu próprio nível de abrangência territorial. No caso do estado de Minas Gerais, por exemplo, as conferências estaduais de saúde, além de apresentarem propostas que façam sentido para a discussão nacional – e que serão direcionadas ao CNS para inclusão

³⁵ Sobre o processo ascendente das conferências, apontam Faria e Lins (2013, p. 78): “A dinâmica por meio da qual se discute e se delibera o temário proposto já mostra a conexão que se estabelece entre um nível e outro: o tema é debatido, reelaborado e votado do nível local até o nacional, possibilitando o desenvolvimento da expertise deliberativa dos atores e a reconfiguração de suas preferências e escolhas”.

nas propostas debatidas na conferência nacional –, devem também aprovar propostas que contribuam com a formulação das diretrizes do PES e que, por isso mesmo, façam sentido para a realidade estadual. São essas as propostas que devem alimentar o planejamento e a formulação de políticas públicas no SUS do estado.

Essa distinção é importante de ser demarcada, visto que algumas propostas, mesmo que apresentadas ao nível estadual de gestão do SUS como deliberações da conferência estadual para a incorporação ao planejamento da SES-MG – e demais organizações do seu sistema de saúde –, só poderão ser incorporadas ao planejamento ou ao ordenamento jurídico a partir de uma tramitação anterior pelo nível federal de governo.

Especificamente sobre as deliberações produzidas, observa-se uma tendência de crescimento exponencial de propostas aprovadas nos relatórios das conferências nacionais após a 8ª Conferência, sem hierarquia entre elas – o que, possivelmente, também se repete nas conferências subnacionais. Como pontuam Luciani Ricardi, Helena Shimizu e Leonor Santos, essa tendência, de um lado, reflete a complexidade e diversidade da sociedade e seus interesses – o que evidencia mudanças observadas no movimento social brasileiro³⁶ de ampliação da sua diversificação e pautas, o que se reflete na dinâmica das conferências de saúde –, mas também pode sugerir uma perda substantiva nas propostas e da sua potencial exequibilidade (BRASIL, 2009; RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017).

De fato, “essa crescente pulverização das deliberações, que abrangem praticamente todo o espectro de ações implementadas pelo sistema, torna difícil a identificação das diretrizes que devem orientar a política de saúde e não permite identificar as prioridades” (BRASIL, 2009, p. 23), contrariando o propósito principal das conferências de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para essa política setorial, sem entrar no detalhamento de ações – uma função da gestão. Priorizar, enfim, não significa que as demais ações em curso não sejam importantes, mas sinalizar o que merece atenção especial: “Se as conferências não forem capazes de indicar

³⁶ Segundo Brasil (2009), com o fim da União Soviética, os partidos e movimentos de esquerda em geral perderam seu referencial e sofreram redução de influência com a ascensão da ideologia neoliberal, abrindo espaço para o surgimento de novos atores e movimentos sociais que não se pautavam mais na relação de classes, senão de identidades de cunho cultural, como gênero, raça e etnia, meio ambiente etc. Seguindo tal tendência, a Reforma Sanitária, que ocorre nesse período de aumento da diversificação da luta social, proporcionou a incorporação de novos atores sociais nos processos participativos do SUS, para além dos sindicatos. Mais recentemente, há uma tendência, nas conferências, de afastamento entre gestores e sanitaristas tradicionais, de um lado, e participantes das conferências e novos movimentos sociais, de outro – problema que fora documentado pelos editores da revista Radis da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) sobre a 13ª Conferência Nacional, mas que já era registrado desde a 9ª Conferência em outras frentes de debate, e precisa ser enfrentado (BRASIL, 2009).

o que é mais relevante [...], torna-se impossível identificar que ações devem ter precedência e fica comprometido o esforço de análise e acompanhamento do planejamento da ação governamental [...] pelos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 2009).

Além disso, é importante pontuar que, como demarcado ao longo desta seção, embora as conferências venham se constituindo como um instrumento regular de participação e de institucionalização das demandas da população nas diretrizes do planejamento da saúde, esse entendimento não é uma unanimidade na realidade das políticas públicas em geral. Na visão de alguns autores, como Daniel Avelino e José Santos, planejamento³⁷ e participação ainda não constituem processos integrados entre si na realidade brasileira:

Por mais expressiva que seja a expansão e a pluralidade nas formas de participação, ela tem se dado de forma desarticulada, dispersa e com poucos encaixes e formas de integração no ciclo de planejamento, gestão e controle das políticas públicas. Desta forma, há uma fragmentação, uma pulverização desses espaços, que são de vários tipos e estão incluídos em várias áreas, mas não dialogam muito entre si (AVELINO; SANTOS, 2015, p. 213).

Esses autores destacam que o desencontro entre as estruturas de planejamento e de participação no Brasil tem origem no próprio contexto de assimilação dessas últimas na institucionalidade nacional. Segundo eles, a urgência de uma inclusão mais expressiva da sociedade na vida política nacional à época da redemocratização se chocava com uma percepção comum que reduzia a importância do planejamento naquele momento histórico – e isso contribuiu para que a abertura à participação não servisse a uma função democratizante do processo de planejamento. De forma geral,

[...] os espaços de participação acabaram sendo entendidos e restringidos muito mais às funções de acompanhamento cotidiano da atividade governamental e muito menos no sentido de desenvolver caráter propositivo, criativo ou estimulador de espaços geradores de reflexão coletiva sobre os rumos das políticas públicas e sobre os rumos do país.

Esse fato se manifesta, sobretudo, no nível setorial, pois algumas áreas de políticas públicas começaram a inovar e a trabalhar instrumentos de planejamento de médio e de longo prazos e ainda se está em processo para algo num nível mais sistêmico. Nesta linha de interpretação, pode-se dizer que os mecanismos de participação consolidados no período anterior já não são mais capazes de responder a essa nova demanda pela construção de uma visão compartilhada de futuro, porque estavam ali já não integrados, abduzidos pela gestão cotidiana e pela função do controle sobre a gestão, ao invés de se direcionarem para discussões mais amplas, de pensar os rumos, as prioridades, a pactuação de projetos de desenvolvimento, seja no nível local, estadual ou federal (AVELINO; SANTOS, 2015, p. 211-212).

³⁷ Importante pontuar que esses autores se detêm em sua análise, basicamente, sobre os PPAs – e não sobre os Planos (Nacionais) de Saúde.

Estudo realizado por Ricardi, Shimizu e Santos (2017), que analisa as deliberações das conferências nacionais e o planejamento delas decorrentes entre 2004 e 2019, demonstra que muitos Planos de Saúde nem mesmo referenciam as respectivas conferências como fonte – o que não necessariamente indica que elas não tenham sido utilizadas. De toda forma, evidencia, segundo os autores, a necessidade de mudanças nesse processo para aumentar a sua efetividade. Além disso, elas apresentam problemas de falta de continuidade, ausência de reflexão sobre a gestão do sistema e deficiência no monitoramento e avaliação (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017), o que prejudica o seu papel como base dos instrumentos de planejamento.

Apesar das limitações apontadas na interação entre participação e planejamento, esses autores reconhecem que as conferências nacionais, entre todos os espaços institucionais existentes, são os que mais aproximam a participação de uma dinâmica de criação de diretrizes que orientariam a elaboração de estratégias e políticas no processo de formulação do planejamento governamental. Eles também reconhecem os avanços de certas experiências setorializadas de participação, como o caso da saúde. Por outro lado, mesmo com esses avanços pontuais, os autores entendem que é fundamental a criação de espaços mais amplos de discussão das políticas públicas no sentido de orientar-se rumo a uma agenda desenvolvimentista, sinérgica e intersetorial (AVELINO; SANTOS, 2015).

Alerta-se que os Conselhos de Saúde também possuem papel de relevância no planejamento em saúde. Esses atores, além de participarem da elaboração das diretrizes por meio dos processos conferenciais, analisam e aprovam os Planos de Saúde, sendo importante a articulação dos Conselhos, pelos gestores, ao processo de planejamento (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017).

Outra reflexão importante é trazida por Danusa Marques diz respeito à necessidade de se resgatar o papel originalmente pensado para as conferências nesse lugar da produção de políticas públicas a partir da abertura democrática de um espaço institucionalmente concebido para esse fim (MARQUES, 2018). Segundo a autora,

Se as Conferências de políticas públicas foram pensadas, na teoria política deliberacionista e quiçá na implementação governamental, como espaços alternativos de elaboração e articulação de agendas políticas coletivas, mais permeáveis à participação “dos/as comuns”, da sociedade civil, daquelas pessoas que não são profissionais da política, cabe também pensar em como controlar, cobrar e ajustar esse modelo de tomada de decisão para que cumpra com o seu propósito democrático (MARQUES, 2018, p. 223).

Após a demarcação desse contexto de produção de políticas públicas do SUS no âmbito estadual, por meio dos instrumentos governamentais de planejamento, e sua interface com a participação social advinda das conferências, a próxima seção dará início à etapa de apresentação e análise dos principais achados da pesquisa, a ser concluída, por sua vez, na seção seguinte.

6. AS MULHERES NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS: AGENDA, REPRESENTAÇÃO E DINÂMICAS DE PARTICIPAÇÃO

A construção do argumento analítico deste trabalho envolve, basicamente, duas instâncias de observação. Em primeiro lugar, a participação. Nessa instância, busca-se identificar a reverberação, nos processos conferenciais, de representações, vozes e pautas feministas que integram a agenda reivindicatória das mulheres na área da saúde. É importante também compreender o que leva as mulheres a participar das conferências, dada a realidade de que, nem tudo que se pleiteia, retorna como política, de fato – o que depende de um fator decisório por parte dos governos. Assim, nessa linha reflexiva, muitos fatores podem explicar a receptividade dos governos quanto às pautas que advêm da participação, havendo se apresentado o componente ideológico como importante fator a se considerar, quando o que se pretende é fazer uma leitura da presença ou não da participação nas políticas públicas produzidas pelo Estado.

Em segundo lugar, como instância de observação, há a ação estatal materializada nas políticas públicas. Nesse horizonte, abre-se um caminho possível de análise mais ampla sobre os documentos produzidos para o planejamento governamental e que espelham (ou não) o que vem das conferências. Além disso, é importante compreender os procedimentos que envolvem a atividade de planejamento, dos insumos utilizados até a efetiva tomada de decisão, visando identificar mecanismos que garantam a preservação das deliberações das conferências como fonte de produção dos PES em Minas Gerais. Uma apreciação desses Planos de forma mais atenta, confrontando com os relatórios das conferências, com a literatura e com a percepção das entrevistadas, já caracterizadas em sua singularidade, enfim, desponta como fechamento do processo de exploração da etapa analítica e permite, em última instância, responder à principal questão que motiva esta pesquisa.

Dessa forma, a análise se desdobra nas duas seções subsequentes, cada uma respondendo a uma dessas instâncias descritas. Nesse sentido, esta seção analítica, que se dedica a focar o elemento participativo das mulheres, incluindo suas pautas e expectativas quanto à incidência no Estado, se organiza a partir de uma discussão sobre os processos participativos na saúde pelas conferências e a interação do movimento feminista com esse espaço de participação institucionalizada, segundo a percepção das entrevistadas. Na sequência, tem lugar uma subseção que discute a agenda feminista na saúde brasileira, procurando compreender as

pautas requeridas por meio da participação e a percepção das entrevistadas quanto à facilidade ou dificuldade de sua incorporação, bem como quanto ao que elas percebem ser mesmo incorporado como política pública. A título de fechamento, a seção finaliza com um aprofundamento adicional da reflexão sobre as possibilidades e limites de incorporação das pautas advindas dos espaços de participação, gerando políticas públicas, a partir de um olhar sobre a ideologia dos governos – e sua maior ou menor abertura às dinâmicas de participação.

6.1. O feminismo e as dinâmicas, barreiras e incentivos à participação: o que dizem elas?

Um dos pontos que marcou o debate público e teórico sobre os movimentos sociais e o movimento feminista, ainda no período da redemocratização, diz respeito à sua institucionalização e à discussão de que se essa institucionalização permitiria uma ampliação, de fato, dos espaços de promoção de pautas por esses movimentos, ou se isso poderia contribuir com uma possível cooptação dessas pautas e deles próprios (GONZALEZ, 2018; PINTO, 2003; SCOTT, 1994). Não há uma percepção uniforme quanto a esse ponto, pelo que se registra nas falas das servidoras – há uma clara divisão, em que três entrevistadas reconhecem os avanços advindos da participação institucionalizada, três destacam o esvaziamento das pautas feministas e uma considera que se vive um momento de transição. Na visão das três servidoras a seguir, a institucionalidade não trouxe prejuízos no sentido da cooptação e enfraquecimento do movimento, conforme destacado nesses trechos das entrevistas.

Acho que é um momento que elas realmente expressam a luta. Eu mesma nas minhas vivências no conselho, a gente tem a participação de ter essa representação da sociedade civil e da gestão. Então realmente tem uma cobrança efetiva da participação social que vem ali da luta, dos movimentos de luta e que dá as necessidades sociais e a gente tenta trazer essas requisições que são demandadas pela participação social para dentro da Secretaria [...]. (Maria Carolina de Jesus, servidora).

Acho que trouxe muito avanço. Acho que se não tivesse tido uma grande parte dos movimentos feministas, eu acho que a saúde da mulher e a mulher em si, nós ainda seríamos muito negligenciadas. Se não tivesse esse tipo de movimento, talvez a gente não tivesse voz da forma que nós temos hoje. Se você pensar, a gente foi ter direito de votar muito tempo depois. Então foram esses movimentos que foram dando espaços e direitos para que a gente conseguisse conquistar as coisas. (Elza Soares, servidora).

Na minha vida de saúde pública eu vejo como avanço [a participação institucionalizada do movimento feminista]. Bom, eu posso estar enganada, mas a gente hoje tem melhorado a exposição aos problemas e isso acaba trazendo pra voga algum problema e você tem que fazer alguma coisa com

aquilo. [...] quanto mais movimento mais barulho. Acho que tem evoluído para melhor. (Hilda Hilst, servidora).

Outra visão, de uma das conferencistas, é de que a cooptação ou não do movimento depende da articulação, histórico e força daquele movimento feminista específico em questão:

Se for um movimento feminista articulado, nunca são cooptadas. Nunca é uma palavra forte, né? Mas não são cooptadas. Elas já chegam lá com a sua pauta definida, com carta, é com proposta articulada. Agora, se forem mulheres em movimentos menos históricos, que não têm uma ação, assim, aí pode acontecer de ter cooptação. (Bertha Lutz, conferencista).

Interessante notar que, ainda que reconheça os avanços, esta última servidora também pontua que o movimento feminista – e mesmo as mulheres, de forma geral – ainda está apartado da institucionalidade. Segunda sua percepção, as mulheres não participam dos espaços de poder, o que faz com que exista um movimento nas ruas, mas que não integra, efetivamente, as estruturas institucionais, quando se pensa no feminismo e na saúde.

Às vezes pessoas, mulheres, que têm muita condição, eu nunca vi uma secretária de saúde mulher e a saúde é toda feita por mulheres. Eu nunca vi uma secretária adjunta, a primeira vez, agora é a Poliana. Eu nunca vi uma secretária de saúde de carreira. Não é carreira, mas é você estar num espaço que talvez você tenha um conhecimento até maior e você não está como deliberativo, como gestor e isso é uma visão que a gente ainda tem machista do mundo. Esses movimentos, eles estão na rua, mas longe de estarem nas instituições. (Hilda Hilst, servidora).

Entretanto, entre as mulheres que participam desses espaços de poder, da participação institucionalizada, nota-se que, ao invés de uma convergência, de uma conciliação, na verdade há uma disputa, exatamente porque se trata de lugar de poder. A experiência de ter participado de uma conferência de mulheres em Minas Gerais foi assim relatada por uma das conferencistas:

Eu acho que todos os lugares têm relação a poder, né? Não é porque é feminismo, que as mulheres estão lá, que você não tem. Tem sim. Na conferência de mulheres, aconteceu uma coisa muito engraçada, que foi assim. Eu estava na relatoria, na última que teve, de mulheres estaduais, e aí as mulheres, ‘não, a gente tem sororidade, vamos acompanhar, não, vamos cuidar uma da outra’ [...]. As pautas, teve alguns tensionamentos, porque tinha mulher trans, tinha as travestis foram, tinha as lésbicas, tinha alguns tensionamentos, enfim. Mas foi legal demais, transcorreu, mas na hora de tirar delegada da Conferência Nacional, pensa se a sororidade existiu?! Era uma voadora no peito de cada uma, juro para você, as mulheres se engalfinharam, eu falei, “não estou acreditando nisso”, por quê? Porque é um lugar do poder. Eu estou disputando para ir para uma Conferência Nacional, o meu, o movimento que eu estou disputar com o seu... o meu é das feministas lésbicas, o seu é das feministas orgânicas, não sei da onde, por exemplo, entendeu? E só tem uma vaga. Aí, como é que nós vamos fazer? (Bertha Lutz, conferencista).

Outra entrevistada cita a importância dos movimentos sociais do feminismo e da ação efetiva das mulheres dentro desses coletivos. Na sua visão, entretanto, a chegada recente de pessoas que não contribuem efetivamente, que não têm, de fato, uma postura de consciência, pode representar um risco para a institucionalização do movimento feminista – que, conforme postulado por Silva (2021), como movimento (ou movimentos) social, também não se constitui como organização homogênea e imutável. Isso porque, ao trazer para a institucionalidade pessoas pouco consistentes dentro do feminismo, para que representem todas as demais mulheres e pautas, eventualmente, tal fato pode culminar com uma não representação, de fato, dessas mesmas pessoas e pautas que deveriam estar, ali, vocalizadas, abrindo margem, também, para a sua cooptação:

[...] hoje a gente tem movimentos aqui que eram potencialíssimos. Vou voltar na Marcha das Vadias. A Marcha das Vadias, quando a gente começou a entender da força política que ela tinha, uau! Mas aí, a gente começou a trazer pessoas que começaram a falar assim, ‘não, a gente tem que levar isso, a gente tem que levar isso’. E só levou, só levou, e quem veio não deu conta de bancar essa questão política, essa questão, como é que eu vou te falar? Essa questão de garantia mesmo dessa política. [...] É igual falar da Maria da Penha. a Lei da Maria da Penha, se a gente não abrir os olhos e potencializar, ela vai virar uma coisa só no discurso, no discurso poético. [...] consciência não é um dia, conscientização é a vida inteira, é só 365 ou mais, eu não posso, eu acordo e durmo mulher preta, eu sou política. [...] quando a gente fala de institucionalizar as nossas políticas, é o que eu mais tenho medo, porque eu não consigo dizer dessas pessoas, sabe? Elas não têm consciência, tem gente defendendo política social, falando de direitos e deveres, não tem toda uma comunidade, sabe? Você fala assim, mas você sabe o que é isso que você está falando na realidade? Não sabe, não sabe! E tão lá em cima, na ponta, discutindo a minha vida, a minha realidade, sem me conhecer, entendeu? Então é esse lugar, falar de mim sem mim, falar de nós sem nós, é muito louco! (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

Essa relação com a ponta, com a base, representando um estímulo à participação, é um ponto importante para as IPs em geral, como os conselhos e as conferências. Essa relação reforça o que Elstub, Ercan e Mendonça (2016) apresentam como o que representaria o *continuum* deliberativo, que implica processos e instituições em espaços sobrepostos de deliberação, interligando locais formais e informais na constituição de uma espécie de sistema deliberativo. Segundo relata uma das conferencistas,

[...] a gente não teve reparação desses momentos autoritários, e aí, para a gente desvincular dessas correntes, é difícil demais, porque culturalmente está entranhado em todo mundo a não participação. A gente não cresceu com participação do cidadão em todos os lugares, né? [...] Eu penso que o Conselho pode tanto fomentar a participação da sociedade, como ele pode ser um lugar burocrático. E as conferências também. [...] quem está dentro do Conselho tem que ter uma militância para fora. Isso é muito importante. Porque essa militância para fora sustenta essa pessoa dentro do Conselho. E essa pessoa

retroalimenta essa militância. [...] quando a pessoa representa ela mesma, ela mesma e mais ninguém, aí é isso que você falou. Aí oferece um prejuízo. [...] Democracia representativa, elas representam grupos. Ela vai discutir com esses grupos em um determinado lugar, né. O que veio acontecendo ao longo do tempo, e esse é o problema, é que muitos grupos se afastaram desses lugares também, de controle social. (Bertha Lutz, conferencista).

Outra servidora traz em sua visão uma percepção de que, atualmente, não há cooptação do movimento feminista, embora já tenha havido. Ou seja, seu entendimento é de que se vivencia uma espécie de transição, prevalecendo, atualmente, um papel de representação efetivo das pautas do movimento.

Eu acho que está acontecendo uma transição. Já aconteceu de ser cooptação e hoje é necessidade de estar ali, de ser representado mesmo. [...] eu sentia que antes tinha que representar e hoje eu quero ser representado. Eu sinto essa transição, sabe? (Rita Lee, servidora).

Há, ainda, uma visão ainda mais crítica, evidenciando que nem seria apropriado em falar de cooptação, ainda, porque, na prática, as pautas feministas são pouco discutidas na saúde, apesar de, historicamente, elas terem se constituído como importante foco de atuação do movimento feminista brasileiro (PINTO, 2003). As duas primeiras falas, a seguir, destacam esse esvaziamento do movimento e das pautas na saúde. Essa visão também dialoga, de certa forma, com a terceira fala destacada, em que a servidora chama a atenção para que não há um estímulo ao debate do empoderamento e da emancipação das mulheres na saúde – questões historicamente caras ao movimento feminista –, concentrando-se muito o debate na pauta da violência.

Eu vou te falar que eu acho que essas pautas feministas, eu acho que elas são pouco discutidas, pra te falar a verdade, em conferência, no próprio conselho, eu acho que essas pautas mais feministas mesmo, eu acho que elas ainda têm pouco espaço ali dentro, elas vêm num discurso ou outro, elas vêm às vezes de uma forma meio atravessada [...]. eu acho que falta um pouco disso, de trazer a discussão de uma forma mais séria, e não só no "ah, tem que ter uma mulher, um negro, não sei o que", não que eu não acho que isso é importante, eu acho que é importante, acho que a gente tem que se ver e a gente tem que ver a diversidade até num palco, numa coisa assim, eu acho que isso é importante sim. Mas não é só isso, e às vezes fica só isso, fica só no aparente assim, sabe? [...] Então acho que ainda falta, eu não sei nem se é de cooptar, eu acho que falta a pauta ser trazida de uma forma mais séria, mais consistente. (Cássia Eller, servidora).

[...] na saúde, pensando na saúde, eu acho que [o espaço institucionalizado de participação feminista] é um esvaziamento completo. [...] O 8M unificado, a Marcha das Mulheres, a Marcha das Margaridas, que são coalizões de movimentos feministas, eu não acho que eles.... estão muito, muito longe de sequer estar nesse espaço institucionalizado da saúde. Não vejo isso mesmo, nem na conferência, nem no conselho. Muito, muito longe. E inclusive de estar talvez engajados nas pautas de mulher, à exceção talvez da questão do aborto.

Então eu tenho dificuldade de te dizer se esses espaços são espaços de cooptação ou não, porque a minha impressão geral na saúde, mas nos espaços de participação geral aqui no estado, é de um esvaziamento completo. Então eu não acho que são espaços que nem estão fortalecidos o suficiente para sequer conseguirem cooptar alguém, porque eles são espaços absolutamente esvaziados. Eu acho que a cooptação chega talvez quando você tem um espaço organizado que consegue incidir, nem estou dizendo que ele precisa ser deliberativo, mas que as discussões são feitas ali, eu não acho que é isso que acontece (Tarsila do Amaral, servidora).

[As atuações institucionais nos espaços de participação] promovem muito [o movimento feminista e suas pautas]. Só que uma coisa que me incomoda, mas infelizmente é a nossa triste realidade do Estado, é que 80% das pautas são relacionadas a violência contra a mulher. E não tanto de empoderamento das mulheres [...] Mas assim, 80 a 90% é violência contra a mulher. Que infelizmente é o assunto que mais surge, porque é o maior problema que se tem hoje em dia relacionado à pauta, infelizmente. (Gal Costa, servidora).

A própria experiência de realização das entrevistas nesta pesquisa – que envolveu a dificuldade de encontrar atrizes da Rede Feminista de Saúde com histórico de participação nas conferências estaduais de saúde – trouxe um indicativo prático que traduz e ilustra essa percepção de afastamento dos movimentos ligados ao feminismo de uma atuação nos espaços institucionalizados de participação na saúde. De fato, apesar do histórico de relevância da Rede e de outros movimentos feministas na luta pela defesa da saúde integral das mulheres e dos direitos sexuais e reprodutivos, Silva (2021) esclarece que os movimentos sociais não podem ser vistos como organizações inalteráveis.

Não obstante, em 2017 houve a realização da 1ª CESMu-MG, como já elucidado. Na visão de uma das conferencistas, essa Conferência se demonstrava necessária e perfeitamente justificável:

Porque as conferências elas podem acontecer a cada quatro anos, como você sabe, no máximo. Você tem as conferências gerais, pra construir o Plano Municipal de Saúde, o Plano Estadual, Nacional, mas além disso tem conferências temáticas [...]. Teve a conferência específica de saúde das mulheres, e isso é uma coisa que intriga muito as pessoas: ‘para que é uma conferência de saúde das mulheres?’ Veja bem: se a maioria da população é mulher, se a maioria de quem é atendido nos serviços de saúde de atenção básica são as mulheres, ou elas vão ser atendidas por elas mesmas, ou elas vão levar os filhos, os maridos, não sei quem – porque elas são pessoas cuidadoras na nossa sociedade, mulheres que cuidam das pessoas... Estão numa sobrecarga de trabalho, são as que sofrem violência, cotidianamente... Então, a violência também é um tema da saúde pública. Então tem uma conferência para você discutir esse tipo de coisa, e além disso tudo, também discutir as questões de gênero, discutir como é que a mulher é lésbica, como é que ela quer ser cuidada, o que ela precisa, as mulheres trans, porque são temas atuais, e as pessoas ficam a demandar os temas e políticas. A política pública, a meu ver, ela não é feita só pelo gestor que acompanha os indicadores, ela é também, mas ela precisa acompanhar também a sociedade, o que está acontecendo,

quais as necessidades, as demandas de saúde dessa sociedade [...]. (Bertha Lutz, conferencista).

Entretanto, chama também a atenção de que, na CESMu-MG, assuntos totalmente desconexos da centralidade da temática da Conferência tenham ocupado o debate e o relatório produzido, como fica elucidado na fala da servidora a seguir:

Eu participei da Conferência, mas eu não tinha nem lido o relatório. Então foi a primeira vez que eu li o relatório e aí você identifica umas coisas assim. Tinha lá, dentro do relatório da Conferência de Saúde Mulher, tinha lá, sei lá, acabar com o ICMS, entendeu? Isso não cabe à gente enquanto estado, não cabe à gente enquanto saúde, não é nosso papel isso aqui. Então aí você vai vendo que tem uns negócios lá que são muito aleatórios, que ninguém vai responder isso aqui [...]. (Cássia Eller, servidora).

Importante resgatar que, essa aparente desconexão temática entre certas políticas discutidas e a saúde da mulher em sentido mais estrito, espelha a forma como as mulheres do movimento feminista, desde a Carta das Mulheres apresentadas pelo CNDM à Assembleia Constituinte, também se preocupam com a luta por alguns direitos menos focalizados e mais difusos (PINTO, 2003).

Um aspecto que apareceu, também, no discurso de uma das servidoras é que a atuação das mulheres – e das pessoas em geral – nos espaços de participação acontece no sentido de defender pautas específicas de um grupo específico de mulheres, de forma muito concentrada e sem uma articulação ampla do coletivo de mulheres. Além disso, desses grupos específicos, a servidora diz que apenas o das mulheres negras e o das mulheres trans – não pela pauta dessas mulheres, mas pela pauta da política mais ampla de saúde da população trans e da população negra – têm observado maior incidência e avanços nas políticas de Estado.

Ó, eu acho que na participação social mais ampla ainda está muito voltado em caixinha. Então tipo assim, quando vai dizer das mulheres, diz das mulheres hipotéticas assim, genéricas. Eu acho que ainda tem uma, eu sinto que nos discursos tem tido uma clivagem maior pra mulheres, principalmente mulheres trans e de certa forma pra mulheres negras. Então eu acho que isso na fala fica mais claro pra esses dois grupos, mulheres trans e mulheres negras. [...] Do ponto de vista de quanto isso se torna prático, eu ainda vejo muita dificuldade, sabe, como que a gente monitora efetivamente a situação das mulheres negras ou das mulheres trans? Por escassez de dado eu acho, mas também porque eu acho que nós estamos avançando em termos de discurso, mas em termos de planejamento eu acho que não. [...] eu acho que para mulheres trans, mulheres negras, já existe um discurso que menciona elas, mais do que para outras mulheres, como por exemplo mulheres indígenas, mulheres com deficiência, mulheres gordas, outras mulheres. Mas nesse caso eu acho que sim. O quanto isso tem incidência nas políticas públicas do SUS? Pouco, muito pouco eu acho. Acho que para mulheres trans sim, mas por causa da pauta trans. Para as mulheres negras sim, por causa da pauta das mulheres da população negra. E aí eu acho que isso acontece por dois motivos, sabe? Eu acho que um motivo é a dificuldade da secretaria como um todo organizacional de pensar em intersectorialidade. Então quando a gente está falando de interseccionalidade, aí

vai com as cucuias mesmo. Porque todo mundo está trabalhando só na sua caixinha. Então as pautas transversais têm muita dificuldade. (Tarsila do Amaral, servidora).

Uma conferencista, na fala a seguir, também chamou a atenção para a diversificação das pautas no movimento feminista, mas ponderou a importância da unificação da luta, para a garantia da conquista dos direitos. Essa diversificação encontra sustentação na própria dinâmica mais contemporânea de formatação do movimento feminista, com a proliferação de novas atrizes vocalizadoras do feminismo lésbico, negro, ecofeminismo e outros, e na ideia de que, portanto, caberia ao movimento feminista incorporar essas causas como questões relevantes a todas as mulheres (ALVAREZ, 2000):

[...] a luta feminista é para incluir as pessoas e para avançar nos direitos humanos de todas as mulheres, independente se é indígena, parda, preta, com deficiência, das águas, urbanas, rural. Assim, tem que ser uma luta unificada. Agora, as pautas elas são diversas. Por isso que tem que ter essa conjunção aí e realmente trabalhar todas as especificidades. (Nísia Floresta, conferencista).

Há visões que consideram essa postulação de pautas específicas de forma positiva e negativa. Uma das servidoras e uma das conferencistas destacaram, por exemplo, um possível desvio de foco que, na visão delas, as conferências deveriam ter, de discutir a política de saúde de forma mais ampla, sem fragmentação, esvaziando, assim, a oportunidade da construção de políticas públicas consistentes:

[...] tem gente que acho que vai porque defende uma bandeira específica de alguma área, tem gente que é saúde do idoso, saúde da mulher, e aí tenta desviar sempre o foco só para a sua área, e aí esquece do todo, então eu acho que em alguns momentos seria melhor aproveitado se as pessoas entendessem que aquilo é para construção de algo mais amplo [...] (Elza Soares, servidora).

Não é que não tenha as especificidades, mas eu entendo que as especificidades elas têm que estar contempladas dentro da política, igual a equidade. Quando eu vou fazer uma política, eu tenho que contemplar essas coisas, não sair fragmentando. (Elza Soares, servidora).

[...] eu vejo que tem diversificado cada vez mais, né? Principalmente com entidades que representam pessoas que têm algumas doenças, né? Acho que o pessoal se organiza muito, que eu não acho muito positivo se organizar, que segmenta muito, né? Mas tem acontecido muito essa segmentação, né? Infelizmente. (Nísia Floresta, conferencista).

Por outro lado, duas conferencistas destacaram a importância desse movimento de inclusão e expansão da participação, que permite que pautas, antes não discutidas, venham a compor, também, o espaço público da discussão e da construção coletiva – o que é reforçado, como algo positivo, por Marques (2018), Matos, Cypriano e Pinheiro (2018) e Pinto (2018). Essa visão faz coro com a posição de teóricos participativos que defendem a ampla inclusão e

envolvimento direto dos cidadãos dos processos decisórios de natureza pública como meio de efetivação da participação (PAPADOPOULOS; WARIN, 2007), favorecendo o chamado controle político apresentado na teoria de Pateman, conforme explicita Quintão (2014), em que um bom governo seria possível com a conciliação do sistema representativo e de espaços de participação direta que assegurem a realização da vontade dos cidadãos. Corresponde, também, à dimensão da inclusão defendida pelos deliberativos, como fator essencial nos processos de tomada de decisão (LÜCHMANN; FARIA, 2020):

Tem idosos que a gente fala ‘gente!’. A participação das pessoas com deficiência, da mobilidade, da dificuldade, eles vão, de acesso, eles vão. É um lugar tão de direito que a gente fica impressionado. Quando alguém chega e fala assim ‘eu fiquei cinco dias para chegar numa conferência’, sabe? Porque ali é o lugar que eles se identificam. O SUS é realmente nosso. Esse lugar ainda nos cabe, esse lugar é o que me cabe nesse latifúndio. Eu falo que a gente se identifica muito. Mas a Conferência Nacional tem um grande desafio hoje. Porque ela está trazendo todo mundo. Eu brinquei que a última Conferência foi um grande arrastão. Porque a gente conseguiu ver pessoas com papel de protagonismo que a gente não via antes. Principalmente quilombolas. As matrizes africanas, a questão de gênero. Hoje o movimento todo consegue trazer políticas que a gente nem imaginava. [...] Então, nas conferências hoje, a participação está muito bacana, muito maior. A gente está vendo que as pessoas querem lugares para poder trazer esse lugar de fala, de garantia de fala. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

Tanto é que, como eu te falei anteriormente, houve uma diversificação, até arrepio, falar assim, lindo demais, sabe?! As últimas conferências que eu participei, nacional, foram, nossa, lindas, lindas, assim, o debate vivo ali e cada um bem seguro e firme, com as suas pautas, pautas aí defendendo o Sistema Único de Saúde com as suas pautas, assim, com todos os seus princípios. (Nísia Floresta, conferencista).

Todo esse movimento de expansão observado encontra eco no que Lúchmann e Faria (2020) apresentam como dimensões da democracia participativa, com a autodeterminação, a dilatação dos espaços de participação e a ampliação da liberdade de ação política do cidadão considerando o contexto de desigualdade existente. Nesse sentido, duas das conferencistas reforçam o papel adicional que as Conferências Livres têm tido nessa expansão da participação e na inclusão de novas pessoas e movimentos nos processos conferenciais, o que, por causa da diversidade de atores, pode estar favorecendo cada vez mais a expressão da multidimensionalidade dessa política pública (ALMEIDA, 2012):

[...] a entrada de movimentos sociais, ela vem arejar esses espaços, né?! Então têm alguns lugares que estão muito, assim, fechados, muito só a gestão que domina e tal. E partir do momento que o Conselho Nacional de Saúde... já tem vários anos, instituiu as Conferências Livres, né?! O que são as Conferências Livres? Elas vieram arejar esse espaço, sabe assim, e trazer novas pautas, pautas que estavam invisibilizadas, pautas que não entravam na saúde e que a gente sabe que o conceito de saúde, ele é amplo. [...] Então a gente tem que

trazer essas pautas mais gerais da sociedade e as Conferências Livres conseguiu que trouxesse. (Nísia Floresta, conferencista).

Por que as conferências têm mudado o perfil [de participantes]? Eu acho, uma hipótese: por conta das Conferências Livres, também. Eu acho que esse é um dado muito legal. As Conferências Livres permitiram grupos se reunirem sobre uma determinada temática e propor discussões. [...] eu acho que as Conferências Livres permitem mudar esse perfil de participante de Conferência, mas muita gente participando de Conferência, eu acho que talvez quem está organizando, quem está mais à frente, às vezes são as pessoas que têm uma história de participação em Conferência, sabe? (Bertha Lutz, conferencista).

Nota-se, segundo a percepção das entrevistadas, que o perfil de participantes das conferências tende a confluir para pessoas com maior atuação política e vocalizadoras da defesa de pautas específicas. Além disso, as pessoas que participam tendem a continuar participando desses espaços. A renovação é, em certa medida, um desafio. E isso vem da própria conformação também dos traços de quem integra outras IPs, como os Conselhos, segundo resta explicitado nos dizeres das servidoras e da conferencista a seguir:

Acho que as pessoas que estão participando de uma conferência, elas têm uma atuação política muito maior do que pessoas que talvez nem saibam que existe uma conferência de saúde. E é um espaço também que as pessoas que muitas vezes não têm oportunidade ou são negligenciadas têm um espaço maior. E tem uma abertura maior para poder falar e ser ouvido. [...] normalmente ela é um usuário do SUS, mas está engajada em alguma causa específica. E aí são 'n' bandeiras: LGBTQIA+, saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental, hanseníase. (Elza Soares, servidora).

Para você conseguir ser conselheiro hoje, você tem que estar muito... você tem que estar numa instituição forte, um movimento social forte, e tem que ter um... dentro desse movimento social forte você tem que ser forte. Entendeu? Então assim, não é para qualquer um. [...] E eu vejo isso na conferência assim, um pouco menos forte, né? [...] Nós temos lá, sei lá, um grupo LGBTQIA+ que é forte, que está ali. A gente sabe que a gente precisa de fato de políticas mais específicas para aquele grupo e de certa forma ele está ali representado. Mas é sempre aquele mesmo grupo, não dá aquela variada, sabe? [...] Eu acho que a gente consegue ter representações que de fato a gente precisa. Eu acho que ela não é tão popularizada, eu acho que podia ser um pouco mais aberta, que a gente conseguisse uma participação um pouco mais... Mais extensa mesmo, mais outros grupos da população, são sempre aqueles mesmos. O que eu não acho que seja uma perda total, mas que tem uma perda aí também. (Cássia Eller, servidora).

[...] a gente tem que fazer um grande movimento de resgate histórico no SUS, porque o jovem está muito além, ele não tem muito tempo, ele quer ir para ontem. E a gente ficou na construção do SUS, ela foi muito coletiva e gradativa. Então as nossas referências, a velha guarda está muito preocupada, porque muitos estão morrendo, o jovem não tem muita paciência para a Comissão Local, porque o horário não facilita, a dinâmica não é legal, essa coisa do presidente da Comissão Local, isso não nos cabe mais. Então a gente hoje precisa rever regimentos, precisa trazer isso mais. A própria comunicação de mídia, que é um desafio das conferências, a gente não consegue. [...] essa

participação de 50% de usuário que não se renova. O jovem não dá, ele não dá conta de entender. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

Uma das conferencistas, entretanto, reconhece um início de participação maior da juventude nas conferências, principalmente nas nacionais.

[...] eu estou participando de uma pesquisa da Conferência Nacional de Saúde, porque tem uma discussão falando assim, que são as mesmas pessoas. Tem críticas, né? Tem pessoas que escrevem sobre isso, falando que é a mesma coisa, que é mais do mesmo, que as pessoas... que não muda, que você não tem gente nova, a juventude tá fora e tal. E aí a Conferência Nacional tem mostrado que não. É muito interessante essa pesquisa, porque a maioria das pessoas é a primeira vez que estavam indo na Conferência Nacional. E eu achei muito interessante esse dado. Qual o perfil que eu observo de quem vai em conferência, de um modo geral? Pessoas que querem falar sobre algum tema, seja esse tema pessoal ou coletivo. [...] Movimento sindical, sempre presente, com pauta dos trabalhadores, pauta em defesa também do SUS no geral, né? Contra privatização, contra a terceirização, essa é uma pauta do movimento sindical, que tá sempre presente em todas as conferências que eu vou [...]. Para o movimento sindical, não é possível construir políticas públicas com a terceirização do serviço. [...] tem gestores que vão com as suas demandas também [...]. A gente encontra muitas pessoas idosas, é um dado que tem, muita gente fala assim, mas por que? A gente fala, reunião de Conselho de Saúde durante o dia, todo mundo trabalhando, se você não é servidor público, da saúde, você já não consegue, é difícil ser liberado, né? [...] a juventude de modo geral está indo muito organizada com uma coisa muito importante, movimento de residência. [...] Agora, tem gente que você vai lá e você vai ver em toda conferência [...]. (Bertha Lutz, conferencista).

Um ponto interessante que apareceu sobre o discurso feminista e os enfrentamentos diz respeito ao fato de que a forma como se fala e o tom que se usa nas lutas podem afastar algumas pessoas e trazer maior resistência contrária ao próprio movimento. Uma das servidoras pontua nesses termos essa posição:

Eu gosto do discurso feminista, eu acho ele extremamente importante, porque eu acho que eles trazem uma... Eles trazem para discussão uma pauta que eu acho que é importante, que a gente tem que bater e que a gente tem que trazer mesmo. [...] Então eu tenho uma teoria que eles precisam ter e eles precisam ter posicionamentos firmes, mas eu não gosto dos posicionamentos agressivos. [...] Então assim, é uma coisa que eu tenho uma certa dificuldade, aí eu falo nem só com o movimento feminista também. Na própria questão do racismo, do movimento negro, quando começa a ficar um discurso mais do tipo 'ah, vai estudar porque eu não tenho que ficar te ensinando', eu entendo perfeitamente quando alguém coloca isso. Se chega uma mulher a falar 'pô, vai estudar o feminismo, vai estudar não sei o que, porque eu não tenho que te ensinar', eu entendo isso, mas eu acho que esse discurso traz um afastamento até das pessoas que às vezes têm realmente uma curiosidade, mas não têm essa proatividade de chegar, de ler, de participar das coisas. Então eu acho importante, eu sou uma super apoiadora, eu gosto de acompanhar e gosto do posicionamento firme. Mas quando ele começa a ser agressivo, eu acho que a tendência é dissipar as próprias mulheres e acabar reforçando o posicionamento onde o homem vai estar sempre no poder mesmo, entendeu? (Cássia Eller, servidora).

Em relação à presença e participação das mulheres nas conferências, todas as servidoras e conferencistas manifestaram que ela ocorre de forma expressiva e com protagonismo, como evidenciado nesses trechos das entrevistas de uma servidora e de uma conferencista:

[...] eu acho que as mulheres têm um protagonismo sim, nesses ambientes [...] eu acho que normalmente as mulheres têm protagonismo nesses espaços, tanto não só em conferência, mas no dia a dia do conselho. A comissão, a CISMU, que é a comissão das mulheres, ela é muito atuante, uma das mais atuantes ali no conselho e eles promovem muitas discussões relacionadas à saúde da mulher ali dentro do espaço do conselho. (Gal Costa, servidora).

A conferência nasceu pela mulher [...]. O SUS é mulher. O SUS vem de mães, de avós. Eu tenho um orgulho muito grande, que chega a ser ancestral, porque quando a gente fala até do parir, né, a gente fala do cuidado da mulher, é SUS. A gente fala da parteira, é SUS. A gente fala do cuidado da medicina alternativa, da integrativa, do chazinho, do... Sabe? É SUS, é mulher. E assim... Grata sou dos homens que estão chegando e entendendo esse SUS feminino, né. Então a mulher hoje, ela tem uma participação imensa. Estatisticamente, o grande público das conferências são as mulheres. As comissões locais, a base são as mulheres. O grande desafio que nós temos hoje no SUS é que os homens, eles consigam construir essa política de saúde, porque o homem sempre teve um papel dentro do controle social muito de achar que as coisas precisam acontecer porque têm que acontecer. Era um papel político, né, porque o homem entrou muito com esse lugar de fala, mas era uma construção para garantir, e a mulher de construir. Então eu sempre vi a mulher nesse lugar. [...] as mulheres são realmente fundamentais, porque as construções de políticas, se você for olhar historicamente, elas vêm muito desse lugar de fala da mulher. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

Além de presentes, por serem inclusive a maioria na saúde e nesses espaços, segundo a visão geral das servidoras, essas mulheres que participam das conferências não se defrontam com barreiras à participação, do ponto de vista de se colocar, debater, expor suas ideias. Esse ponto de análise sobre as barreiras é importante, pois, como indicado por Young (2002), dificuldades impostas ao acesso e vocalização de qualquer pessoa ou grupo nos espaços de participação geram inclusão política e exclusão pública, em que a sua presença não determina influência sobre o debate e a deliberação.

Olha, eu não identifico barreira não, eu acho que todo mundo que está ali, que pedi voto tem direito a fala, eu acho que a participação numa conferência ela é pouquíssimo limitada pros participantes, então se você está ali, se você tem uma causa, se você está engajado em qualquer tipo de solicitação, você não vai ser barrado, eu não vejo nenhum impedimento, não vejo nenhum barramento, não vejo nenhuma dificuldade pra participação não, de nenhum tipo de, não só das mulheres, mas de nenhum tipo de pessoa da sociedade. (Rita Lee, servidora).

Essa visão se contrasta um pouco com a percepção de algumas conferencistas, que chamam a atenção para outros aspectos que também constituem barreiras e são presentes. Uma

delas diz respeito à linguagem – “Então, a gestão tem dificultado isso, usado uma linguagem mais difícil para as pessoas entenderem [...]”. (Nísia Floresta, conferencista); “[...] a saúde ainda é muito autoritária. [...] Isso eu acho que é para excluir mesmo, como em todos os lugares. Muita linguagem técnica ainda, formal, né?” (Bertha Lutz, conferencista). Essa barreira da linguagem se apresenta como um entrave principalmente ao segmento de “usuários”:

A própria linguagem. Esqueceram que a conferência, a participação é do seu José, da Dona Maria, da Dona Chiquinha, da fulana lá que, sabe, que é semianalfabeta, porque o conselheiro não tem exigência de escolaridade. Então a Dona Maria hoje, ela quer entender o que a gente está falando. [...] É uma linguagem de gestão, é uma linguagem técnica que perdeu o encanto desse SUS, sabe? Que não identifica... Então, aí, quando você fala do espaço que tem, não é só da mulher... O acolhimento hoje que a gente precisa é esse resgate. O SUS tem 50% de representação do usuário porque é a base. O SUS só nasceu para isso, para que o usuário tivesse esse lugar. E isso foi começando a ficar muito técnico, né? (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

A linguagem, além de ser uma barreira do ponto de vista tecnicista, também pode ser uma barreira do ponto de vista de se apresentar como meio de reprodução de situações de violência: “Os ambientes de conferência, eles podem ser bacaninhas, legais, mas eles também podem ser violentos no modo de falar, no modo de argumentar [...]”. (Bertha Lutz, conferencista).

Também pensando a linguagem, o silenciamento e a interrupção das mulheres pode ser uma forma de criar barreira para a sua plena participação. Nesse sentido, visando a combater esse cenário, uma das conferencistas assim ilustrou o que vem ocorrendo nas conferências de mulheres de que ela tem participado, nos últimos tempos:

Nas conferências que eu participei de mulheres tem até tido pautas, assim, de escutar todas, de todo mundo poder falar, de não silenciar as mulheres. Por quê? Porque muitas vezes você vai numa reunião, numa conferência, os homens querem falar, que é sempre assim, os homens querem falar, querem colocar a mulher para ser relatora, eles querem falar, coordenar grupo, a maioria, e as mulheres são reladoras. Eu já vi isso em muitos lugares, porque relatoria dá trabalho, você tem que escrever, ficar depois, e o homem quer só mandar, né? [...] e fica calada ali, você tem que escrever. E aí fica lá mandando. Então assim, nas conferências de mulheres eu não percebi, né? Pode ter acontecido silenciamento, sabe, tentativas de silenciamento, mas as mulheres falaram o que queriam falar, elas falaram, e elas vão pro enfrentamento. [...] Porque como eu disse, que é um espaço pedagógico, essas mulheres também estão aprendendo. Então se elas não falarem, como é que elas vão aprender a falar? (Bertha Lutz, conferencista).

Ainda sobre a linguagem, essa mesma conferencista apresenta uma barreira adicional, que ela chama de tempo de elaboração:

Não sei se você viu em conferência, a pessoa fala, ela vai fazer uma proposta. Ela tem um tempo de elaboração dela, que ela tem que contar uma história para

elaborar a questão dela. Ela vai lá e quando todo mundo fica sem paciência de esperar, mas é porque é o jeito dela fazer elaborar. Então, essa coisa de respeitar as pessoas, sabe? De ter, tem que ter essa sensibilidade, tem que ter esse respeito, você garantir que as pessoas participem, se não também se torna uma barreira para a participação [...]. (Bertha Lutz, conferencista).

Outra barreira relatada seria inerente à própria condição da mulher, considerando o papel que lhe é esperado, a partir do que lhe é socialmente atribuído:

Apesar de mulheres ser a maioria, enquanto trabalhadoras do sistema, a gente vê o desafio da participação das mulheres nessas conferências, nos conselhos. [...] Porque a gente vê que é difícil isso, por vários motivos. Tripla, quádrupla jornada de trabalho, por ser responsáveis únicas pelo cuidado de tudo, da casa, das crianças, dos idosos, da comunidade, inclusive do companheiro e companheira. Então, essa falta de divisão equitativa do trabalho faz que dificultem, as mulheres tenham dificuldade de participar tanto dos conselhos quanto das conferências. (Nísia Floresta, conferencista).

Uma servidora e duas conferencistas também lembraram da conferencinha, como meio de ampliação das possibilidades de participação das mulheres nas conferências de Minas Gerais:

[...] aqui em Minas Gerais, com o Conselho Estadual de Saúde, eles fazem uma questão violenta da tal da conferencinha, que seria um espaço para aquelas mães que não têm como vir para uma conferência estadual, não têm onde deixar o filho, elas poderem trazer o filho, e o filho ter alguma atividade enquanto elas são participando ativamente da conferência. (Cássia Eller, servidora).

[...] muitas têm crianças pequenas, não só crianças pequenas, né? Tem pessoas com deficiência que são maior de idade e aí nas nossas conferências, nas últimas, a gente criou a conferencinha, que foi uma experiência muito interessante, que é os conselheiros, conselheiras que não têm com quem deixar os seus filhos, né? É garantido a participação deles, eles ficam na conferencinha. Inclusive fazem propostas para a conferência [...]. (Nísia Floresta, conferencista).

Nos últimos tempos, as conferências têm conseguido fazer assim... para as mulheres que vão ter condições de ir, levar os filhos, por exemplo, ter a crechinha (aqui chama conferencinha). Mas tem creche para as mães, para ela conseguir ficar lá e participar, inclusive levar acompanhante para cuidar do filho, porque esse é um problema também [...]. (Bertha Lutz, conferencista).

Há, ainda, um aspecto de dificuldade da participação que é referente ao financiamento, principalmente de conselheiros, para irem às conferências. A “gestão” acaba impondo restrições, o que antes não existia, segundo relato dessa conferencista:

A gente está enfraquecido politicamente porque no meio do caminho foram nos proposto que... Fiquem tranquilos, vai acontecer. E a gestão começou a entrar, sim. [...] Nós temos uma política que tem a garantia de uma dotação orçamentária legal pra fazer as conferências. [inaudível] O conselheiro tem que ter garantida participação. Isso foi diminuindo, drasticamente. Hoje não é garantido mais. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

O horário de realização das conferências e o fato de elas serem presenciais também foram apontados como dificultadores da participação das mulheres:

O horário é uma barreira. Ser presencial, totalmente, é uma barreira, muitas vezes. Você tem que ver o estado, o tamanho de Minas Gerais. Como é que você tira a mulher de tudo quanto é canto para ir participar? Você tem que ter uma estrutura muito boa. E a Conferência Livre também proporcionou isso, que eu achei legal. Por exemplo, eu participei de uma de Conferência Livre das Mulheres que ela aconteceu num domingo de manhã. Teve um intervalo do almoço e as mulheres participavam fazendo almoço, conversando, arrumando as coisas em casa [...]. (Bertha Lutz, conferencista).

Mais um ponto que traz sensação de cerceamento da participação, segundo três das servidoras, diz mais respeito à condição de representante de segmento diferente do segmento de “usuário” e, principalmente, da “gestão”. Essa percepção de menor acolhimento e maior confronto com as posições de pessoas representantes da “gestão” esteve presente nas falas de outras servidoras.

[...] as vezes que eu me senti mais tolhida, foi muito mais pelo meu segmento do que por ser mulher, ou por alguma outra dificuldade de colocar minhas opiniões. (Cássia Eller, servidora).

Eu senti muito, é engraçado, eu senti muito mais, às vezes, uma resistência, quando quem se posicionava era a gestão ou um trabalhador. E aí vinha uma barreira em relação aos segmentos que participavam e não ao gênero. [...] Era como se as pessoas estivessem tentando enganá-los. Como se tivesse uma coisa de desconfiança. E não como se as pessoas que normalmente estão no dia a dia trabalhando, elas de fato estivessem tentando fazer uma coisa de jeito certo. (Elza Soares, servidora).

Sobre as motivações à participação, a visão de que somente ela pode proporcionar a transformação das políticas acaba sendo o maior incentivo nesse sentido para as atrizes que participam – muito embora, ponderou uma das conferencistas, participar não seja algo trivial: “A minha opinião é que porque tem uma alienação também, sabe? Da participação, cidadã, porque também é difícil participar. [...] Você escolhe ser militante, é mais uma coisa que você vai ter que fazer”. (Bertha Lutz, conferencista). A título de exemplo, uma das servidoras pontua que a participação, apesar das dificuldades, continua acontecendo porque, sem a luta, não seria possível alcançar alguns direitos: “[...] o silêncio já vai ter um resultado definido. Se eu não me manifestar, se eu não me colocar, se eu não falar, se eu não brigar por algo que eu acredito, a pessoa que não acredita não vai brigar por mim”. (Elza Soares, servidora). Essa percepção encontra coro na fala das conferencistas, quando questionadas sobre o que as leva a continuar participando – e também se relaciona com os efeitos de socialização e psicológicos (o censo de

civismo e pertencimento que estimula a participar), bem como os efeitos distributivos da política, ambos gerados pela participação, identificados nos estudos de Lavallo (2011), que ajudam a compreender a resiliência participativa nessas IPs:

Eu sou uma pessoa que fala ‘a gente participa porque a gente é participante mesmo, a gente acredita sim que tem que fazer’. E não adianta o sistema falar que não vai ter conferência porque não tem dinheiro. Nós vamos fazer na rua, vamos fazer na escola, na igreja, na paróquia. A gente vai fazer. Porque essa política a gente tentou garantir que nos desse suporte, mas não foi uma troca, não foi uma barganha. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

É porque não sou só eu, é uma política. Então o SUS é isso, sabe? E aí eu vou lá na construção dele, sabe? Eu vou lá na oitava conferência, onde as pessoas estavam vibrando, esperançosas, e que essa esperança que Freire fala, que a Arouca fala, permanece em mim. E tem que permanecer em outros. E esse desafio cada dia é maior, né? É imenso, sabe? [...] Apesar de tudo, a esperança permanece. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

Aí você me lembrou do Eduardo Galeano [...]. Eu sou movida pela utopia. De um projeto civilizatório que é uma utopia [...]. O Lancelotti falou ‘eu faço parte do grupo vencido, então a gente tem que lutar sempre, pra vencer’. Mas é isso, é a utopia que me move. Mas eu acho que isso é possível. A gente vai cada vez melhorando. [...] foram muitas lutas na década 70, 80, a luta para o voto, para a mulher ter direito a voto. Até a década de 80, a mulher que era estuprada, a lei dizia que [...] se o estupro casasse com ela, estava tudo tranquilo, entendeu? [...] E as desigualdades são muito grandes. Eu estudei muito isso e eu vi que até os processos, por exemplo, os processos onde homens são réus, eles demoram mais e eles não têm a pena, é muito desproporcional. Mulheres, os processos andam muito mais rápido quando ela é ré e as penas são assim, sabe? De arrepiar. (Nísia Floresta, conferencista).

[O que me move a participar] é defender o SUS. [...] eu acredito que só há mudança com a participação, eu não acredito que tem mudança de outro jeito. [...] E quando você defende o SUS, você está dizendo isso: todo mundo tem o direito de viver. [...] o lugar que me sustenta para isso é a participação, porque se não tiver a cobrança das pessoas, dos governos, não vai existir. [...] no Brasil nada foi dado para ninguém. Ninguém acordou um dia e falou assim ‘olha, vamos criar um SUS, porque o povo brasileiro está precisando do SUS’. [...] Foram lutas de muitos anos [...]. (Bertha Lutz, conferencista).

Aliás, parece haver um aspecto ético importante da participação, que foi destacado por uma das conferencistas. Como representante eleita por toda uma base de “usuários”, ela enxerga a responsabilidade de defender e garantir que a voz dessas pessoas encontre mesmo ressonância no que resulta desse espaço de participação:

Então essa conferência está tendo um choque intelectual. Ela está tendo um choque de vivência. E a nacional foi para a gente um grande desafio. Porque eu volto para minha comunidade com isso para casa. De identificar essas pessoas na comunidade. ‘Olha, eu discuti lá e foi aprovado uma política que te contempla’. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

Outro aspecto interessante da participação é compreender se a motivação a participar é maior quando se tem no governo um mandatário que compartilha de alinhamento ideológico com o das participantes, ou o contrário. As respostas contemplam ambas as situações, por diferentes motivos. A conferencista a seguir, por exemplo, manifesta que um governo alinhado costuma mover e estimular mais essa postura participativa, o que tem relação com o que foi apontado por Wampler (2011) de que a expectativa sobre os resultados da participação nas políticas públicas é determinante para o maior envolvimento dos cidadãos nas IPs:

[...] eu preciso de quem acredita pra que eu me potencialize. Então, a política pra mim é isso, é fortalecimento. Eu tô feliz pra caramba, porque vai ser difícil, mas eu tô com alguém [na Presidência da República] que acredita no que eu acredito. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

Duas das conferencistas, entretanto, chamaram a atenção para a sua motivação à participação no contexto de cada uma dessas situações:

[...] eu acho que as duas coisas, né? Quando não é [da mesma orientação ideológica], pra poder desenterrar as coisas, sair do lugar, e quando é da mesma, pra fazer avançar também. Porque aí a gente vê que tem mais possibilidade de avançar em algumas pautas que anteriormente estavam paradas. [...] quando é diferente, há um certo, um desânimo. Você vê que você vai ter que fazer muito mais, trabalhar muito mais pra conseguir não tanta coisa. [...] Mas é uma coisa assim, quando você consegue, é muito bom. Dá uma satisfação muito grande. (Nísia Floresta, conferencista).

[...] no governo mais alinhado, tem mais chances de acontecer, aí ele é mais esperançoso nesse sentido. Você participa acreditando que aquilo vai acontecer. No governo que é menos alinhado, você fala assim: 'isso aqui é só uma luta, eu vou ter que vir aqui e lutar, mas eu vou ter que ir lá, implementar'. Desgasta mais, entendeu? Você tem que organizar mais, porque a luta desgasta a gente, demanda tempo, energia. Então, eu me sinto animada nos dois contextos. (Bertha Lutz, conferencista).

Assim, a título de fechamento da subseção, após situar o feminismo e as dinâmicas e interações dentro desse espaço de participação institucionalizada, a próxima subseção tem o propósito de compreender melhor a agenda que compõe a prioridade de reivindicações das mulheres na área da saúde.

6.2. A agenda feminista na saúde: percepções das mulheres sobre o que é pautado nas conferências e o que se incorpora como política pública para si

As pautas da saúde da mulher trazidas ao debate nas conferências estaduais de saúde em Minas Gerais, segundo percepção das entrevistadas, têm encontrado ressonância, em partes, com o que registra o referencial teórico sobre o tema. De forma geral, a literatura aponta que,

além dos temas tradicionais da saúde da mulher como prevenção e enfrentamento aos cânceres, e os cuidados relacionados à gravidez e ao parto, bem como a atenção integral à saúde da mulher – que tentou se expressar como agenda pública por meio do PAISM e da PNAISM –, outros três grandes temas comporiam o repertório de reivindicações e lutas do movimento feminista na área da saúde no período pós-redemocratização: o planejamento familiar (COSTA, 2009; PINTO, 2003), a sexualidade (COSTA, 2009; OSIS, 1998; PINTO, 2003; SOUTO, 2008) e o aborto (PINTO, 2003).

Nas entrevistas, tanto com as conferencistas, quanto com as servidoras, os temas tradicionais da saúde da mulher aparecem com frequência, quando perguntadas sobre as principais pautas reivindicadas quanto à saúde da mulher, nos dias atuais. Questionada sobre esse ponto das principais pautas da saúde da mulher requisitadas nesses espaços de participação, por exemplo, aquelas mais básicas do autocuidado e da prevenção aparecem no relato de uma das servidoras:

[...] na saúde como um todo, eu acho que é esse cuidado mesmo, a atenção primária mesmo, básico assim, fazer os seus exames de Papanicolau, da saúde da mulher mesmo, básica [...]. Nesse autocuidado da mulher, eu acho que pela natureza, a mulher por ser geralmente a cuidadora, que vai cuidar dos filhos, que vai cuidar dos filhos, ela acaba negligenciando um pouco a própria saúde. [...] Então assim, eu acho que a mulher tem uma tendência a ficar muito aquele negócio de cuidadora de casa, que ainda é uma realidade no Brasil e tal, de ficar muito cuidadora ali da família, do não sei o quê, que tem que negligenciar a própria saúde. Então eu vejo como coisas básicas, é isso, cuidar do Papanicolau, de fazer mamografia, o cuidado básico eu acho que é uma pauta que a gente tem que ter. (Cássia Eller, servidora).

Além do autocuidado citado anteriormente, a política mais geral do cuidado, na visão de duas das conferencistas, também alcançou de forma transversal as políticas de saúde – “[...] a questão do cuidado, que é uma pauta muito em voga [...]. A mulher está cuidando do filho, ela está cuidando da mãe, está cuidando do marido, ela está cuidando de uma mulher e ela não está se cuidando, porque ela não tem tempo de cuidar”. (Bertha Lutz, conferencista). Assim, pensar o cuidado de quem cuida também foi citado com uma agenda de muita relevância nas discussões sobre a saúde da mulher, nos espaços de participação. Segundo essa entrevistada,

A pauta da mulher hoje, dentro das conferências de saúde, quando começa a falar assim, ‘Gente, quem vai cuidar de quem cuida? Quem vai construir mecanismos pra que essa mulher so-bre-viva?’ Bruno, hoje o maior desafio [...] é cuidar das mulheres que cuidam. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

Entretanto, uma das conferencistas trouxe um desafio presente dentro dessa pauta das mulheres que cuidam das mulheres – no caso, as doulas, que cuidam das mulheres durante a

gestação, principalmente no parto –, a partir da experiência que ela observou em Belo Horizonte. Nos dizeres dela,

Doula é uma mulher que cuida de outra mulher, ninguém sabia. ‘Bora entender isso aí, bora fazer’. Começamos a fazer o curso, fizemos uma política de doula e isso está sustentado até hoje. Eu acho muito pela pressão das próprias doulas, porque se deixasse [na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte], não ia fazer. Não era prioridade da gestão, nunca foi, a gente que bancava. A gestão quando nos bancava, era, mas essa gestão que ficou... [...] A partir de um certo momento, nós começamos a incomodar demais, falar de violência obstétrica, falar o que deve ser feito, o que não deve, enfermagem obstétrica mais empoderada, mulheres empoderadas, acompanhantes. Muita coisa eles conseguiram absorver. Teve resistência ao acompanhante, mas eles viram que depois ficava melhor. A doula também ficava melhor para a mulher, dava menos trabalho: mulher mais calma, melhor para todo mundo. Até hoje as doulas são muito... [...] elas falam ‘[...] a gente é negligenciada, a gente é assediada, a gente não é respeitada, a gente não tem lugar, a gente é recriminada, questionada, julgada, desqualificada’. [...] Porque é isso, né, são mulheres também, então quem manda aqui sou eu, etc. (Rose Marie Muraro, conferencista).

Dentro da saúde da mulher, um tema consensual e de fácil incorporação pelo Estado, na percepção de uma das servidoras, é “[...] a questão da oncologia. Porque o câncer de mama é o que mais incide e é temporal. Se você não tem tempo para fazer exame para retirar um nódulo, você daqui um ano é metástase. Então a saúde não atuando, não tendo acesso, você coloca a mulher em óbito”. (Hilda Hilst, servidora). Importante pontuar que esse tema também aparece em diversas outras manifestações que constam relatadas ao longo dessa seção, ao lado de outros de destaque.

Temas relativos à maternidade também são bastante tratados nos espaços de participação, segundo a visão de uma das servidoras:

[...] do que acompanhado lá, muitas das pautas giram mais em torno da violência. E as outras questões são as questões sociais, né? Assistenciais e sociais. [...] Violência obstétrica, a diminuição da violência obstétrica. O que eu acho que entra muito na questão do parto humanizado, da dificuldade de acesso ao parto humanizado, de priorização das cesáreas. (Maria Carolina de Jesus, servidora).

Importante um parêntese que, ainda que de fácil incorporação, a questão da gestação e do parto teve um episódio específico, lembrado por duas das conferencistas, que representou uma dificuldade de provimento de melhor atenção à saúde das gestantes na capital do estado. Trata-se da não abertura do Centro de Parto Normal Leonina Leonor, uma maternidade baseada em atendimento humanizado e com total autonomia e respeito à mulher, com potencial para ser referência nacional nesse modelo de atenção. Uma das conferencistas fez o seguinte relato:

[...] a gente tenta mudar o paradigma, que a mulher não seja mero objeto, mas que ela seja sujeito, o que a gente vê? Por exemplo, em Belo Horizonte, tanto o Conselho Municipal, levou para várias conferências que foram aprovadas, aprovaram orçamento para construir o Centro de Parto Normal, que é uma Resolução de 2013, acho que da época da Dilma, Presidenta Dilma, e que muda o paradigma do atendimento à mulher. Que, anteriormente, o parto era um evento familiar, o hospital era para pobre, lá no início dos hospitais. E aí, com o advento do desenvolvimento da medicina, das tecnologias, começou... era uma parteira em casa, e não hospitalar. Aí passou a ser tudo no hospitalar. Aumentou as infecções... O que a gente vê, por exemplo, que o parto deveria ser... o parto natural é que deveria ser valorizado e não é. Ficou muito médico-centrado, e isso que desencadeou, por exemplo, a destruição da maternidade Leonina Leonor, aqui em Belo Horizonte. Foi uma luta grande. Entraram na justiça, o movimento, e mesmo assim o prefeito da época, Kalil, não me engano, o secretário, não me lembro agora... [...] Jackson, isso mesmo, destruiu a maternidade com dez banheiras. Foi muito triste isso, e até hoje a gente luta para que seja retomada essa forma de atendimento, que considera as mulheres e as crianças também como sujeitos de direitos. O que a gente vê é muitas violações de direitos nesse sentido. Por isso que não consegue, por exemplo, redução da mortalidade infantil e materna. (Nísia Floresta, conferencista).

Conforme registra uma das conferencistas, o motivo de não abertura de uma maternidade desse tipo

[...] não é técnico, é político, é ideológico. Eles não querem deixar a Leonina porque as mulheres não merecem um lugar lindo pra parir. Elas têm que parir feito bicho, maltratadas, né? Nem bicho, porque bicho, nós somos mamíferas mesmo, tudo bem se tiver boa condição pra parir como bicho, é ótimo. Não! Tem que ser violentadas nos seus direitos, tem que ser cerceada sua liberdade de escolha, tem que ser impedido, o lugar tem que ser inadequado, elas têm que sofrer, não pode ter anestesia nem método não farmacológico, não pode ter doula nem enfermeira, eles são negacionistas, mas porque são ideológicos [...]. (Rose Marie Muraro, conferencista).

Relacionado ao tema da maternidade, a mortalidade materna, outro tema clássico, aparece como um subtópico de interesse e de fácil incorporação pelos diferentes governos, em função da sua presença constante nas análises de situação de saúde como problema de saúde pública.

[...] tema fácil de incorporar é se ele aparecer na análise de situação de saúde. Apareceu na análise de situação de saúde, a gente enxerga como uma coisa a ser tratada. [...] Um tema fácil é... a taxa de morte materna, que aparece muito. (Rita Lee, servidora).

É importante pontuar que, desde uma perspectiva ampliada, tanto as questões relativas à maternidade, quanto os cuidados preventivos, que geralmente são tratados do ponto de vista de pautas mais gerais e tradicionais no campo da saúde da mulher, também pertencem à grande

pauta do planejamento familiar³⁸ – o que, por si só, já representaria uma ressonância das pautas apresentadas nos dizeres das entrevistadas com o que registra a literatura. A título de exemplo, as falas reproduzidas são exemplos de relacionamento do tema do planejamento familiar com essas pautas mais gerais:

[...] eu acho que os temas que são mais fáceis de incorporar são os temas do planejamento familiar, com exceção do aborto. Mas por exemplo, relacionados à violência obstétrica, ao direito ao pré-natal e ao cuidado humanizado das mulheres gestantes, esse eu acho que é o mais fácil de tudo (Tarsila do Amaral, servidora).

A questão do parto e do nascimento, que está longe das necessidades. O que é hoje a saúde reprodutiva e sexual... todos têm que ter acesso ao planejamento, é um direito humano. A gente vê que os métodos contraceptivos, eles nem sempre estão disponíveis todos, que é de escolha da mulher, não é de escolha do profissional. Acho que são esses, os DST/HIV, como que é? IST/Aids... que também é outro. A gente vê que não consegue reduzir a sífilis congênita, de jeito nenhum, está aumentando. (Nísia Floresta, conferencista).

Uma segunda servidora também citou a saúde reprodutiva – pauta de relevância entre as políticas públicas de saúde da mulher desde o PAISM em 1984 – e a prevenção ao câncer, temáticas mais clássicas e que se relacionam como tópicos do planejamento familiar, como pautas em voga e fáceis de se incorporar pelas políticas públicas do estado: “Mais fácil [de se incorporar] ... parte de saúde reprodutiva ou de câncer, que já está posta. As pessoas já sabem que têm que fazer um exame preventivo, já sabem mais ou menos, podem até não ir, podem ir procurar, ou ter dificuldade de acesso, mas isso está ali”. (Elza Soares, servidora).

De toda forma, mesmo o planejamento familiar em sentido objetivo e estrito – ou seja, que considera as questões diretamente ligadas ao ato da fecundidade e às decisões sobre concepção, atuando como manifestação do livre arbítrio das cidadãs e dos cidadãos, conforme apresenta Pinto (2003) –, também é uma pauta que apareceu em algumas falas das servidoras, como presente na agenda feminista na saúde, na mesma direção da literatura sobre o tema – uma visão do planejamento familiar como fruto de um processo emancipatório e de igualdade de direitos:

Eu vejo que talvez [a mulher hoje] reivindica [...] essa questão do planejamento familiar. Uma coisa, que antes só podia por DIU se o homem assinasse. Hoje,

³⁸ A Lei Federal nº 9.263/1996 define que o planejamento familiar como direito de todo o cidadão, o qual está descrito como toda e qualquer ação de regulação da fecundidade que permite à mulher, ao homem ou a ambos constituir, limitar ou aumentar a prole. Segundo a Lei, ele integra um conjunto de ações de saúde desde uma perspectiva do atendimento integral, incluindo a assistência à concepção e contracepção, o pré-natal, a prestação assistencial ao parto, puerpério e neonato e o controle e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e o de câncer cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis.

a partir dos movimentos, não existe mais, salvo engano não tem que assinar. E o homem fazia vasectomia, a mulher não tinha que assinar. Para você fazer uma ligadura, eu mesmo fiz a ligadura e meu marido teve que assinar (Hilda Hilst, servidora).

Dentro desse tema, surgiu também como observação de uma das servidoras a importância do atendimento humanizado e do combate à violência obstétrica como pauta entre as políticas direcionadas às mulheres no papel de mães:

E claro, eu acho que não pode deixar de lado a parte de empoderamento de mães também, porque eu acho que não a lógica de “a mulher só saiu para parir”, mas aquelas que parem precisam de ter um atendimento humanizado, porque a gente sabe que existe muita violência obstétrica, isso é muito triste. Isso é uma coisa que tem sido falado aqui dentro também. Então assim, não é só tratar a mulher como reprodutora, mas é entender que as mulheres que estão com bebê, elas precisam também ser tratadas como gente (Gal Costa, servidora).

Depois do planejamento familiar, o segundo grande tema de reivindicação das mulheres e do movimento feminista na agenda da saúde no período pós-redemocratização, conforme descrito na literatura, seria o da sexualidade. E, de fato, esse tema, que pode ser tratado de forma complementar ao do próprio planejamento familiar – a partir de uma lógica de sexualidade como prerrogativa plena que separa desejo e vida sexual, de um lado, e maternidade, de outro, conforme defendido por Costa (2009) – é presente em falas como as do tipo “[...] na saúde essa questão da prevenção a engravidar, que antigamente não era nem permitido”. (Hilda Hilst, servidora).

Segundo percepção de uma das conferencistas, a saúde sexual é uma pauta de difícil incorporação: “[...] saúde sexual, ela é uma pauta difícil, porque a gente tem muito tabu [...]. Então, se você discute saúde sexual, você tem que discutir gênero, você tem que discutir aborto, tanta coisa você tem que discutir junto, e que são pautas muito difíceis, ainda, no Brasil”. (Bertha Lutz, conferencista). Importante destacar que a sexualidade e os direitos reprodutivos também integram a agenda de luta do CNDM, de atuação mais ampla que a área da saúde, desde os anos 1980 (CARVALHO, 2018).

Interessante notar que a sexualidade também aparece como tema de educação de meninos e meninas mais jovens, o que tem evidenciado um grande tabu na sociedade conservadora. Além disso, os assuntos referentes à sexualidade muitas das vezes também são tratados como parte de uma agenda mais ampla sobre a violência sexual, apresentando uma interseção com esse tema da violência que foi uma pauta muito presente nas falas da pesquisa, reconhecida como mais fácil de ser incorporada pela agenda governamental.

Prevenção da gravidez na adolescência, eu acho que também tem uma incidência maior aqui também na saúde. E o tema da violência sexual, das mulheres que sofrem violência sexual, eu acho que é um tema que a gente consegue incorporar mais e melhor (Tarsila do Amaral, servidora).

A violência é outra pauta mais ou menos consensual de que tem aparecido como tema de importância na área da saúde das mulheres, segundo o que requerem elas próprias nos espaços de participação. Recorda-se que a violência é um tema central para o movimento feminista desde os anos 1980 (CARVALHO, 2018), e que, nos últimos anos, tem sido tratado também no âmbito das políticas de saúde da mulher. Uma das entrevistadas pontua que não acredita que esse tema apareça mais hoje em dia devido a um aumento nas ocorrências, senão devido a um incremento nas notificações: “Questões de violência contra a mulher, essa pauta está muito em voga, mas não é porque está crescendo, eu acho, é porque está sendo notificado”. (Hilda Hilst, servidora). Outra conferencista também relata sua percepção de aumento da relevância na temática da violência: “A questão das violências, sexual e violência no geral, que é demais e está aumentando”. (Nísia Floresta, conferencista). Um outra conferencista conclui que, onde há violência, a saúde está ausente, motivo pelo qual ela é sim uma pauta muito presente:

A questão da violência no Brasil é uma questão muito presente na pauta das mulheres na saúde, por quê? Porque na violência, a gente tem as violências domésticas, racismo, institucional. Em todas as violências, não tem saúde. Se a gente não tem uma pauta antirracista, antiviolaência, a gente não tem saúde. (Bertha Lutz, conferencista).

Ao se analisar a forma como a violência é explorada como tema de interesse para as mulheres, nota-se que ele é apresentado em suas múltiplas formas de ocorrência, como se depreende das falas registradas a seguir:

[...] eu acho que a parte relacionada à saúde de mulheres que sofreram violência sexual, ela é muito importante aqui dentro também (Gal Costa, servidora).

[...] dentro de saúde, mas não é só saúde, que é violência, que eu acho que é uma questão crítica, que ela afeta não só a questão psicológica da mulher, ou a integridade física, mas muitas vezes vai para um comprometimento que às vezes ela não consegue nem ter forças pra fazer uma outra luta. (Elza Soares, servidora).

Entretanto, embora apareça como pauta de importância, uma das servidoras ponderou que o problema da violência acaba não sendo de fato enfrentado pelas políticas públicas do estado:

Então assim, o que é desconforto aparece muito. O que não é desconforto... Então vamos supor, sei lá, um tipo de coisa que mata mulheres, violência. É

falado, é discutido, mas é velado. Você não vê políticas públicas realmente fortes voltadas para violência. Talvez não seja uma coisa que deve ter tratado na saúde. Mas e o psicológico? Será? Saúde mental? Então assim, depende do que está sendo... eu acho que saúde mental é uma coisa que fala-se muito pouco, apesar dessa doença do século, a depressão. Apesar de milhões de casos de violência, as mulheres não têm cuidado psicológico (Rita Lee, servidora).

Nesse mesmo sentido, outra servidora indica que, inclusive, os avanços que se tenta alcançar nessa pauta demandam intervenções criativas por parte das pessoas que pensam essa política, atualmente, no estado:

Mas nessa questão da violência [...] a gente tem esses percalços que a gente ainda tem uma dificuldade muito grande de avançar. [...] a gente tem que ir fazendo uns “maqueios” para a gente conseguir passar as coisas. (Maria Carolina de Jesus, servidora).

Outro aspecto relatado por uma das servidoras que tem sido negligenciado, que não tem encontrado um tratamento adequado na prática das políticas públicas de saúde da mulher é a abordagem da saúde integral. Na visão de uma das conferencistas, isso ocorre porque se trata mesmo de um problema complexo, que deve merecer uma abordagem intersetorial, para além das políticas de saúde.

E acho que de não enxergar a mulher como um todo [...]. As pessoas não pensam a saúde do ser humano, pensa a saúde da mulher em idade reprodutiva, [...] mas esquece do ser humano, esquece do cuidado, de como que ele está, a questão do biopsicossocial. Hoje, divide ele em mil pedacinhos... (Elza Soares, servidora).

[...] para garantir a saúde integral das mulheres não é possível só com o SUS. É preciso ter políticas intersetoriais, não tem como ser só no SUS. Então, mulher que sofre violência, não é, o SUS não vai dar conta de resolver tudo sozinho. Vai dar conta da assistência para aquela mulher. Mas ela vai precisar do apoio, da segurança pública, da assistência social, de vários lugares para você proteger essa mulher, para você cuidar dessa mulher. (Bertha Lutz, conferencista).

Além disso, na sua visão, a violência é o fator que mais tem contribuído com uma perda dessa abordagem, pensando não na perspectiva do Estado, mas na perspectiva da própria mulher:

[...] o que eu acho que mais compromete a atenção integral hoje é a questão da violência, porque muitas vezes ela não busca nem os cuidados básicos dela. (Elza Soares, servidora).

Ainda no campo das pautas requeridas nos discursos feministas e nos espaços de representação, e que também aparece na literatura como a terceira das pautas levantadas pelo movimento feminista na área da saúde no período desde o fim da ditadura no país está o tema

do aborto. Esse tópico, no entanto, tem encontrado pouco espaço para avanço, como resta claro pela manifestação de duas das entrevistadas – uma servidora e duas conferencistas:

[...] na Secretaria a gente tem um muito melindre para tratar da pauta, muitas pautas que a gente gostaria muito que fosse mais desenvolvida, mais dialogada, que a gente tivesse uma evolução maior, são muito barradas no sentido de evitar a politicagem, evitar que o tema vire um conflito político, principalmente quando a gente fala sobre o acesso a aborto legal. [...] Então isso eu acho que é muito barrado, essa pauta da violência sexual e do abortamento, ela é meio segurada assim para o andamento das políticas. (Maria Carolina de Jesus, servidora).

[...] a gente tem uma política que é uma coisa que é muito hoje complicada, que é a questão da garantia do aborto. A gente tem uma pauta que vem se arrastando ao longo da vida. [...] Mas como que a gente vai fazer essa política acontecer? Porque você fala, ali você está mexendo com assistência, você está mexendo com direitos, você não constrói uma política de saúde, só eu, conselheira, quero, ‘ah não, tem que garantir’. Mas não é só assim. Tem toda uma conjuntura, não é só querer. Aí você trabalha aquilo tudo, aí você chama o direito, aí você chama assistência, aí você chama isso, já chama aquilo, vai chamando todo mundo e essa proposta fica. Hoje, na 17ª conferência [nacional], depois de anos de conferência, a gente pauta de novo o direito ao aborto. Poxa, cara! E mesmo assim, uma proposta que foi aprovada, foi parada. Foi uma coisa tão exagerada, foi tão complicada quando alguém chega e fala ‘não, por isso e isso’. Porque eles estão lá para barrar. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

Falou de saúde reprodutiva, de ter útero e mama, beleza, agora falou de saúde reprodutiva para ter aborto, mesmo que seja legal, é difícilimo você implementar. (Bertha Lutz, conferencista).

A servidora, em outro momento, reforça a temática do aborto legal como pauta importante do movimento feminista e das instâncias de participação, bem como as dificuldades para promover o seu avanço: “O principal tema lá é a questão da violência, acesso ao aborto legal, de forma segura e rápida. A gente tem dificuldade muito grande de conseguir acessar o aborto. E quando acessa é de forma tardia, depois de várias negativas”. (Maria Carolina de Jesus, servidora).

A pauta do aborto é tão cara ao movimento feminista que ele chega a criticar, em algumas oportunidades, as mulheres que militam na causa da humanização do parto e nascimento, por considerar que elas sejam contra o aborto. Na percepção de uma das conferencistas, essa crítica é mesmo presente:

[...] a gente foi muito acusado de, de... Criticado por não falar do aborto. Então o movimento feminista até recentemente, eu acho que até hoje tem resquício disso, acha que quem luta pela humanização do parto e nascimento, não luta pelo aborto. Tem até uma certa razão, porque muita gente do movimento da humanização do parto se identifica com essa questão e com autonomia da mulher, desejo da mulher, tarará. Mas tem muita gente evangélica, tem muita gente contra o aborto mesmo. Temos várias colegas. Então, quando a gente do

movimento da humanização começa a falar disso e tá cada vez mais evidente, essa fala, esse posicionamento político, a gente perde simpatizantes. (Rose Marie Muraro, conferencista).

Além de uma pauta importante, o aborto apareceu como uma das pautas interdidas da agenda. Ao serem questionadas sobre alguma pauta, de fato, proibitivas dentro daquelas demandadas pelo movimento feminista na saúde, outras duas servidoras trazem o aborto em seu depoimento, conforme destacado:

Eu acho que a questão do aborto. Eu não sei se é interdido diretamente pelo gabinete, porque eu acho que é uma coisa mais técnica, eu não trabalho muito com isso, sabe? Mas eu acho que é interdido no sentido... eu posso te dizer, da minha parte, que eu nunca vi sendo discutida. Eu sei que a nossa área de ciclos de vida participa da questão dos comitês de aborto humanizado, fez capacitações com os hospitais que são referência. Então, eu acho que isso sim. Mas eu num vejo uma política pública sendo discutida, não. (Tarsila do Amaral, servidora).

Agora, tem umas outras questões que envolvem a saúde da mulher, que é dentro da parte reprodutiva ainda, que se você falar em aborto, que é um problema gravíssimo de saúde pública, as pessoas vão para o viés religioso, ao invés de pensar o que vai ser de uma criança, o que isso representa na vida da mulher que vai ter aquela gestação, se faz sentido, se eu deveria ter uma política para as coisas serem feitas de uma forma assistida. Porque às vezes as pessoas acham que quando você fala assim ‘ah, aborto? Mas todo mundo vai fazer’. Não! O impacto psicológico de um aborto também não deve ser simples para quem faz. Quando você fala de uma política, você não está falando ‘eu vou abrir uma clínica e quem quiser vai lá abortar’, não, ‘eu vou abrir um lugar...’. Porque a pessoa vai ter um acompanhamento psicológico. Que pode ser que a conclusão final que ela chegue seja de fazer um aborto de uma forma que não comprometa a saúde e a integridade física dela. Pode ser que não, pode ser que ela escolha levar uma gestação até o final, entregar uma criança para a adoção, que também não é um processo simples. [...] Aborto pra mim é uma pauta extremamente polêmica e que não sei pra que lado vamos caminhar. Gostaria, acho, eu gostaria pro lado contrário que está sendo caminhado. (Elza Soares, servidora).

É importante frisar em relação a essas pautas complexas que, mesmo quando elas furam as adversidades e conseguem entrar na agenda pública – como a questão dos casos previstos de abortamento legal –, elas acabam encontrando resistência na sociedade e nas instituições e, muitas vezes, têm dificuldade para a sua efetivação na prática. Esse aspecto apareceu na fala de uma servidora e de uma conferencista – desta última, em duas oportunidades e, em uma delas acrescentando, como exemplo, a questão da violência.

Tipo, realizar o abortamento legal de uma pré-adolescente, né? E precisa ir àquele hospital que é do SUS, não está fazendo procedimento, gente, isso tem que ser investigado. Só que isso foi uma coisa que surgiu no CEM [Conselho Estadual da Mulher]. Não foi uma coisa que apareceu como uma demanda aqui pra saúde. (Gal Costa, servidora).

[...] mas eu vou chegar lá na ponta, eu enquanto doula, eu enquanto mulher que está lá numa regional que tem um hospital que é referência nacional, mundial, que é o Sofia Feldman, que é um lugar que garante política de direito da mulher, que é 100% SUS, e fala ‘meu amor, ainda não é tão fácil assim [fazer o aborto legal]’. ‘Ah, mas não foi proposta de conferência?’ ‘Tá, mas não é assim que funciona na vida real’. Então, não se cumpre, não se cumpre, nós ainda esbarramos muito. [...] A gente está falando de uma política que a gente ainda vai ter que lutar muito para que seja garantida. Políticas que são necessárias, urgentes, que não conseguem passar, porque o sistema vai sempre barrar. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

[...] eu mesma, hoje, olho pra realidade do controle social, eu não posso levar uma mulher dessa pro centro de saúde. Por que? Vou te dar um exemplo... Hoje uma mulher que tem um aborto espontâneo numa sociedade que não aceita, se ela for negra, periférica, ela vai ter que ter prova que esse aborto é espontâneo, meu querido, porque a política vai baixar lá. Porque o nosso sistema não tá nem aí pra história dessa mulher não! Ou ela vai ter que levar alguém que tenha muita força e fale assim ‘não, ela tava dormindo e teve um aborto espontâneo’. Porque eles vão fuçar ela todinha pra descobrir que é espontâneo mesmo. Quiçá, se a polícia não interrogar ela. Ela lá, desesperada com dores. Então, isso é pra você ter um parâmetro da realidade. Cê tá entendendo? De delegados que ainda falam assim ‘mas o que que você tava fazendo que o seu marido te bateu?’ Então como é que eu levo uma pauta de violência sem discutir essa realidade de profissionais que ainda não são capacitados, de processos que ainda não funcionam, de lugares que a gente ainda não consegue ocupar? (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

Uma das conferencistas chama a atenção para o caráter de disputa que envolve as pautas de interesse das mulheres. Segundo a sua defesa, questões que esbarram em interesses corporativos de determinados grupos podem dificultar a sua incorporação pelo Estado, ainda mais em se tratando de temas que beneficiam, especificamente, as mulheres, sendo necessário o enfrentamento para que avanços possam ter chance de acontecer.

[...] é ideológico, sim. A política pública, ela tem que estar falando lá do interesse da mulher e do usuário, então tem um posicionamento muito claro, sim, e da ciência, direitos humanos das mulheres e crianças, e da ciência. Então, eles começaram a ficar muito incomodados, a gente muito forte... [...] Falava do parto orgástico, imagina, parto orgástico! Me lembra uma cena, Simone Diniz, nossa feminista bacana. Aí a gente começou a entrar com a humanização e com o feminismo mais contundente assim, desbancando preconceitos, derrubando tabus e mitos e falando das coisas [...]. (Rose Marie Muraro, conferencista).

[...] a gente pegava documento da OMS³⁹ e falava assim, ‘parto normal, o que é um parto normal pela OMS? Qual nível de atenção?’ Atenção primária de saúde, parto normal. Está lá, nos documentos da OMS: atenção primária de saúde com assistência. Assistência por quem? Um enfermeiro qualificado ou um profissional médico qualificado, mas é atenção primária. O povo via isso, queria matar a gente, ‘que absurdo, parto tem que ser hospitalar!’ [...] os pediatras são super resistentes à mudança do modelo, porque eles também querem... interesse corporativo, querem estar na sala de parto [...]. Precisa de

³⁹ Organização Mundial de Saúde (OMS).

pediatra de sala de parto? Não! Do ponto de vista técnico, científico? Não!
(Rose Marie Muraro, conferencista).

Ao trazer uma perspectiva diferente da visão média das entrevistadas, que apontam temas complexos e que enfrentam dificuldade para sua incorporação, uma das servidoras pontua que, na sua visão, não há que se falar em pautas difíceis de ser incorporadas na área da saúde da mulher. Para ela, o ponto principal seria mais no sentido de uma decisão dos governos de priorizar essa área ou não, de fortalecê-la ou não, do que de, a princípio, haver de fato temas polêmicos e complexos para entrar na agenda.

[...] eu acho que tudo é fácil de ser incorporado ali, eu não acho que nenhuma é polêmica, eu acho que falta às vezes é um pouco de estrutura mesmo aqui na secretaria, de fazer uma definição maior, de assumir que a área vai ser uma área mais forte, assim... (Cássia Eller, servidora).

Entretanto, a visão média das entrevistadas é de que, sim, há temas que são mais complicados quando se pensa em sua assimilação pelos governos. Alvarez (2000) já havia apontado que os Estados brasileiro e latino-americanos absorvem de forma seletiva e fracionária as demandas do discurso feminista, sendo aqueles ligados à área da saúde ainda mais negligenciados – como a autodeterminação sexual, reprodução, famílias alternativas, direitos das lésbicas e outros –, por repercutirem sobre as estruturas hegemônicas de poder. Assim, nesse rol de políticas de complexa assimilação, um outro tema que tem ocupado o debate nas pautas feministas e que tende a encontrar dificuldade de incorporação pela esfera estadual de governo são as pautas da população LGBT, como se pode notar por essas duas falas de uma das servidoras e de uma conferencista:

Alguns temas eu acho que a gente não incorpora por tabu. Então aqui na secretaria eu enxergo que a gente consegue incorporar um pouco mais a questão das pessoas trans, das mulheres trans em transição de gênero, mas municipal é um debate absolutamente fechado. Não só das mulheres trans, mas das mulheres LGBT de forma geral. (Tarsila do Amaral, servidora).

Eu acho que está avançando no sentido de que, por exemplo, a gente conseguiu por honra e glória ter uma política LGBT, uma política da população negra. Mas eu acho que pensar em interseccionalidade no SUS, nesse discurso de gestão... não é só da gestão estadual. É, também. Mas da gestão municipal, principalmente, é um desafio imenso, não só das diferentes mulheres, mas das mulheres em si. Assim, as mulheres ainda têm uma vantagem em relação, as mulheres cis têm uma vantagem em relação às outras mulheres, que têm uma diferença biológica. Então não tem como eu não dizer que eu não vou pensar em política de prevenção do câncer, de maternidade e tal. Mas as outras pautas de mulheres que não são essas, [as mulheres cis,] eu acho que são difíceis (Tarsila do Amaral, servidora).

As questões de gênero não são fáceis de serem colocadas, porque você tem muitos tabus, tem muitos problemas ainda. Mesmo tendo a Política Nacional,

a gente não consegue avançar em muitas questões [...]. (Bertha Lutz, conferencista).

Uma conferencista chegou a relatar que o próprio termo “gênero” tem sido cada vez mais abolido e proibido nas conferências, no sentido da visão de mundo de algumas pessoas mais reacionárias e fundamentalistas: “Tem um nome proibido, que é o nome que está aí na sua pesquisa, gênero. Já teve conferências, várias conferências, conferência de saúde, esse tema foi proibido, eles mandaram tirar tudo”. (Nísia Floresta, conferencista).

A exemplo da população LGBT, as minorias estigmatizadas e vulnerabilizadas, de forma geral, enfrentam dificuldade de incorporação das suas pautas, segundo a percepção das entrevistadas. Como exemplificação dessa resistência, essa mesma servidora apresenta os obstáculos de três grupos específicos de mulheres para fazer assimilar a sua demanda na área da saúde: as mulheres idosas (e a questão da menopausa) – reproduzindo o diagnóstico já apontado, desde os anos 2000, por Costa (2009) e Ministério da Saúde (2004) –, as mulheres indígenas e as mulheres gordas.

Essa questão por exemplo das mulheres na menopausa, das mulheres idosas, das especificidades das mulheres idosas. Acho que é uma coisa que está surgindo como tema aqui, não acho que é um tabu, mas eu não acho que a gente tem capacidade técnica estatal pra discutir (Tarsila do Amaral, servidora).

Quando a gente fala de mulheres indígenas na saúde estadual, eu acho que o tema é muito, muito restrito, inclusive das violências das mulheres indígenas, porque como existe o DSEI, o Distrito Sanitário, e a maioria das políticas são prestadas diretamente ou financiadas diretamente pelo Ministério, essa acaba virando pra cá uma discussão ainda residual da questão indígena. Então eu acho que incide menos (Tarsila do Amaral, servidora).

E uma discussão que tem começando a surgir é um pouco das mulheres gordas. A questão de tratar a obesidade não como uma forma de pressão estética, de ter diretrizes pra que essas mulheres não sejam tratadas de forma humanizada. Então acho que está surgindo, mas muito incipiente (Tarsila do Amaral, servidora).

Refletir sobre os aspectos interseccionais na agenda feminista na área da saúde e da sua implicação nas experiências participativas por meio das conferências de saúde é importante para melhor compreender as dinâmicas das políticas direcionadas às minorias estigmatizadas e vulnerabilizadas. O próprio movimento feminista brasileiro tem na questão da desigualdade entre as mulheres um ponto de luta fundamental (PINTO, 2003), e a interseccionalidade marca esse movimento a partir da chamada “quarta onda” (PEREZ; RICOLDI, 2023). Com isso, na visão de uma das servidoras, por exemplo, é possível falar em avanços nas políticas de redução

da mortalidade materna pela incorporação da dimensão interseccional, principalmente do quesito raça/cor, às análises realizadas sobre o que tem determinado essa mortalidade.

Eu acho que tem caminhado [...], muita coisa tem caminhado dessas lutas, principalmente do acesso equitativo, na questão da mortalidade, a gente tem conseguido avançar no Comitê de Redução de Mortalidade Materna, discutir os casos de mortalidade nas questões sociais, tentando entender os motivos da mortalidade nessas questões sociais, que tem esses impactos de raça/cor, de acesso de vulnerabilidades, então tem conseguido avançar. Às vezes não na medida que é necessário, mas tem sido discutido. (Maria Carolina de Jesus, servidora).

Assim como apontado por algumas autoras que estudam o feminismo, como Gonzalez (2018), uma das entrevistadas pontuou que a institucionalização do movimento, em certos espaços de participação, principalmente quando se trata de feministas ligadas a uma ala liberal, acaba contribuindo com a hierarquização de temas e pessoas dentro da luta, contribuindo para a subordinação e esvaziamento de agendas e lutas específicas às políticas mais gerais.

São movimentos muito distintos, assim, é... Sair da bolha mesmo, sabe? Igual, de ver o movimento feminista no norte de Minas, gente. Eu nem sabia que existia isso, sabe? E tem um recorte de classe muito grande lá também. É... Também de raça. Tipo, entender que as mulheres negras não são iguais a mulheres brancas na nossa sociedade. Isso é muito importante, ter esse olhar interseccional, né? Porque senão você tá, tipo, esvaziando a pauta. Essa é a minha visão, né? E eu acho que muitas vezes, assim, determinados espaços feministas, muitas feministas liberais acabam invisibilizando outras pautas, entende? (Gal Costa, servidora).

Dentro de uma pauta de fácil incorporação, do planejamento reprodutivo, uma das conferencistas trouxe as dificuldades, na prática, de se avançar na garantia desses direitos, em função de aspectos corporativistas e machistas presentes na rede de saúde. Relata essa entrevistada:

Planejamento reprodutivo, eu vou falar disso porque enfermeira não pode colocar DIU nessa cidade [de Belo Horizonte], até hoje. Porque os médicos não deixam. O coordenador da saúde da mulher dizia que queria, ele falava que queria, mas os médicos tinham resistência, não conseguiu. Ele não conseguia ter inserção de DIU no centro de saúde. Os médicos falavam que era inseguro, que tinha que ser em clínica, mas no consultório particular eles colocavam. [...] E até hoje a inserção de DIU é baixa, as mulheres peregrinam, tem fila de espera. [...] Médicos de família custou a ter capacitação para fazer e colocam; são poucos que colocam até hoje. E o ginecologista também. Então as mulheres do SUS-BH são cerceadas no seu direito de acessar DIU na atenção primária. E as mulheres, as enfermeiras são cerceadas no seu direito de exercer sua profissão. Eu me pergunto sempre assim, 'gente, imagina uma obstetra falar que o pediatra não pode isso ou não pode aquilo'. Ora, é porque é relação de poder entre profissões, categorias e entre... Do machismo, que é a maioria de mulheres, enfermagem. E elas são muito subjugadas, até hoje eu acho que são. Estão crescendo na sua força, mas estão longe de bancar. (Rose Marie Muraro, conferencista).

Além disso, uma das conferencistas pontuou a dificuldade, de partida, de pautas feministas, por dizerem respeito às mulheres, serem incorporadas, dado o contexto cultural e histórico do país. Como exemplo, ela cita a experiência de criação da CISMU no CES-MG.

[...] é muito desafiadora ainda a pauta do feminismo, ela entrar, né?! Por exemplo, quando a gente propôs [...] criar a Comissão Intersetorial de Saúde das Mulheres, no Conselho Estadual de Saúde. Imediatamente um homem levantou lá e falou assim, ‘não, tem que criar uma Comissão de Saúde dos Homens’. Gente! Meu Deus! Como assim? A CISMU, a Comissão Intersetorial de Saúde das Mulheres, vai tratar da saúde do homem também, porque é interrelacional! Não tem como você discutir a saúde das mulheres, você discutir a saúde dos homens... ela que cuida dos homens, né, assim... E não tem como! Você vai discutir as pautas que interessam a todos. Então é isso, em todos os lugares a gente vive isso. Histórico, é histórico. A gente vive num país escravo... que tem um histórico escravocrata, colonialista, que foi colônia, então tem muitas coisas na nossa cultura, machista, o sexismo, machismo, LGBTQIA+fobia, que impacta nessas pautas. (Nísia Floresta, conferencista).

De outro lado, uma conferencista relatou que pautas mais comuns, a exemplo das necessidades de saúde, estão sempre presentes nos espaços, sendo discutidas – o que não quer dizer que haja um caráter progressista em sua formulação e um aspecto de luta, como acontece no caso da mobilização de movimentos, quando reivindicam direitos, como o movimento feminista.

[...] a mulher sempre entra. [...] ela entra pra discutir a mortalidade materna e infantil, seja pra discutir o serviço de saúde disponível pra cuidados das mulheres, porque os indicadores também do sistema de saúde, que vai pensar em saúde das mulheres, ele tem a ver com as políticas – que são os indicadores de exame de Papanicolau, prevenção do câncer de mama, a própria mortalidade materna é um indicador. Enfim, então a pauta das mulheres, de alguma forma, ela sempre está nos meios. Não quer dizer que seja uma pauta progressiva, não quer dizer que seja a melhor pauta, mas ela está lá porque é um determinante da saúde, cuidar da saúde das mulheres. (Bertha Lutz, conferencista).

Há, em certa medida, uma percepção de que não existe novidade mesmo nas políticas que são discutidas e propostas – “O controle social mesmo está muito aquém de trazer propostas mais inovadoras. Então eu acho que acaba ficando um pouco mais do mesmo. Eu acho legal ter participação, mas eu não sei até onde traz tanta inovação ainda não.” (Cássia Eller, servidora). A agenda feminista pleiteada na área da saúde parece carecer de algum grau de inovação – quer porque as lutas ainda não lograram o êxito desejado em políticas mais sólidas, quer porque há um esvaziamento mesmo dessa disputa pelo movimento feminista na atualidade, ao menos nos espaços de participação institucionalizada.

Assim, dialogando com essas questões trazidas acerca das percepções das atrizes entrevistadas sobre as pautas que movem as mulheres no espaço de participação da saúde sob

análise – e outras questões que se desdobram dessa temática mais geral –, a subseção seguinte busca compreender a relação da ideologia dos governos com sua predisposição a considerar ou desconsiderar a participação no seu processo de produção de políticas públicas.

6.3. A ideologia dos governos e sua abertura aos processos participativos: indícios sobre a tendência de incorporação das deliberações das conferências

Os limites da complementariedade entre democracia representativa e participativa apontam que a inclusão política dos grupos que integram as IPs não é garantia de inclusão das deliberações desses grupos nos processos decisórios dos governantes (ALMEIDA; LAVALLE, 2020), implicando diversas questões que podem influenciar nessa maior ou menor consideração do que é produzido pelos espaços de participação – incluindo questões relativas à orientação ideológica dos partidos mandatários. Além disso, a própria vontade política de implementar os desenhos participativos e a articulação do desenho institucional com a sociedade civil são determinantes para o sucesso das IPs (AVRITZER, 2008; PINTO, 2018). A atuação dos movimentos sociais também se condiciona pelas características do regime, no que diz respeito à permeabilidade do governo às propostas advindas da sociedade civil (TATAGIBA; ABERS; SILVA, 2018).

Assim, e a título introdutório para compreender a adesão e o engajamento – ou, ainda, a promoção – dos governos aos processos participativos segundo essa perspectiva, um passo importante poderia ser mapear quem são as pessoas que participam das conferências, de forma a obter pistas sobre a linha de orientação adotada por essas pessoas na discussão das propostas nas conferências. Segundo a percepção geral das servidoras, trata-se, majoritariamente, de pessoas alinhadas à esquerda.

Eu acho que todo tipo de Partido tira proveito desse momento, porque as políticas vão ser criadas ali, então eles estão ali pra captar, né? Mas assim, eu vejo assessoria de todo tipo de deputado, aparece por ali, e vejo muita gente de esquerda. De esquerda você vê mais fortemente, eu não sei se é porque eles se trajam mais, né? É mais comum você ver gente de Partidos mais de esquerda. (Rita Lee, servidora).

A esquerda, com certeza. (Cássia Eller, servidora).

A gente vê muito pessoas mais ligadas à esquerda participando. E isso, assim, é muito bom, assim, ver a democracia acontecendo e pessoas de diferentes visões, mas realmente mais pessoas de esquerda participam. (Gal Costa, servidora).

Na mesma direção das servidoras, essa conferencista, a seguir, destaca a participação protagonista da esquerda, desde a construção do SUS. Além disso, ela reforça que o espaço das conferências é mesmo um espaço de disputa e, por isso, é um espaço de política, onde se manifestam os interesses dos grupos e sua responsabilidade frente às pautas em discussão.

A gente sempre entendeu a política do SUS como um movimento de esquerda. Porque a gente lutou sempre para conseguir que se cumprisse as diretrizes do SUS. E isso politicamente foi um grande desafio. Agora, quando a gente passa pelo Covid, isso ficou tão claro. Se os SUS não finca o pé e os conselheiros não entendem que esse é um lugar político... Meu Deus do céu, o que seria de nós? A coisa seria... Era uma discrepância. A conferência quando vem, o Abrasco, né? Quando aconteceu o Abrascão em Salvador, que foi uma coisa muito potente, a gente começou a sonhar de novo. A gente falou assim, 'Gente, agora é hora de levar para a população a verdade.' É política. Agora é política, é responsabilidade política. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

O fato de apresentar essa natureza política, as conferências despertam, cada vez mais, a participação de outros grupos. Uma das conferencistas, por exemplo, em duas falas, chama a atenção para uma maior variedade desse perfil, para além da participação da esquerda, em que a (extrema) direita também ganha cada vez mais espaço, no sentido de disputar as agendas sob uma perspectiva reacionária – o que imprime formas de controle sobre as mulheres, com viés contrário ao estabelecimento de relações de gênero igualitárias e que prezam a autonomia feminina, como descrito por Biroli (2014):

[...] no campo das mulheres, pauta como a questão do aborto, da mudança de sexo, cirurgia, para as pessoas que querem fazer, os homens trans, por exemplo, envolve a política. Essas pautas são muito tensionadas, porque também têm questões religiosas, morais, e outras estão ali presentes. Então, esse exercício da convivência democrática é um papel muito importante da conferência [...]. (Bertha Lutz, conferencista).

O PC do B vai, os mais à esquerda, né? O PC do B, o PT vai, mas também tem o povo mais reacionário também. Tem o pessoal aí, tem gente que é centrão e tá nesse lugar, tem também, e tem gente mais organizada que é de extrema direita. (Bertha Lutz, conferencista).

Mas, na visão de uma das conferencistas, todo esse processo tem trazido mais força para a luta das mulheres que participam desse espaço, com pautas que buscam o avanço das agendas dentro da saúde da mulher. Nos dizeres dela, “Eu acredito que esse processo que nós estamos vivendo, de ter passado por todos os lugares de sobrevivência, trouxe pra mulher um lugar de ‘eu preciso resistir’. Trouxe resistência, sabe?” (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

Feito esse preâmbulo, a próxima pergunta a ser respondida é de que se a orientação ideológica do governo afeta a sua receptividade à participação. De forma mais ou menos geral,

a percepção é de que o perfil ideológico do governo que está no poder, bem como as pessoas por ele indicadas, têm relação com maior ou menor abertura à consideração das pautas que decorrem dos processos participativos. Essa percepção é coincidente com o apontado pela literatura sobre esse tema, que considera que o sucesso das IPs tem forte relação com a vontade política de se implementar desenhos participativos, bem como à sua articulação com o desenho institucional e à organização da sociedade civil (AVRITZER, 2008; SANTOS; TANSCHHEIT; VENTURA, 2020). Almeida e Cunha (2011) também destacam o projeto político do governo como fonte de realização da efetividade deliberativa nos espaços de participação, e Gonzalez (2018) cita, especificamente, a orientação político-partidária do governo e a relação do Estado com a sociedade civil – além da institucionalidade de órgãos de políticas para as mulheres – como fatores de influência para a incorporação de políticas públicas para as mulheres geradas a partir da incidência do movimento feminista no Estado. Segundo dito pelas servidoras e pelas conferencistas,

[...] é claro que em alguns momentos, dependendo de quem tá lá no poder, a gente dá mais abertura pra sociedade, dá menos abertura pra sociedade. É mais de cima pra baixo, é mais de baixo pra cima. Depende muito da gestão. Infelizmente depende do partido, depende do governador, depende de quem tá secretário. (Rita Lee, servidora).

Claro que depende de diretriz da gestão, a gente sabe. Mas é tão importante você fazer, você dá uma visibilidade pra aquilo, porque aquilo é de fato a população colocando os desejos dela em diretrizes, e a ideia é que aquelas diretrizes sejam de fato o que vai nortear os instrumentos. E eu não sei se todo mundo tem esse tipo de sensibilidade, sabe? Mas eu acho que é importantíssimo ter. (Gal Costa, servidora).

Logicamente que ainda vai ter questões políticas que por mais que aquele espaço que é construído ali... como que aquilo vai ser implementado depende muito do que a política que está naquele momento quer. Porque eu não posso fazer nada que não esteja no Plano, mas eu posso priorizar coisas que estão lá dentro. (Elza Soares, servidora).

Eu acho que em alguns momentos avança, depois para, avança um pouquinho, para. Eu acho que depende da gestão, de qual é a ideologia da gestão. [...] de qual as pautas que defendem, de quem está na gestão. Mas vai depender também da luta de quem está do outro lado, de forçar para ocupar espaço e fazer esse tensionamento. (Nísia Floresta, conferencista).

[...] você vê no governo Lula, olha lá, é um dado. O primeiro governo Lula, o primeiro e o segundo foram os que mais fez Conferência no Brasil, de todos, de tudo quanto é jeito. A primeira Conferência da Saúde da População LGBT foi no governo Lula. As Conferências dos Povos de Campo e Florestas, no governo Lula. Então, além de fazer as conferências já que existiam, ampliou essa participação. Então os governos dizem muito. [...] todos os governos têm os seus interesses, todos, nós sabemos disso. Alguns vão apoiar mais a participação, outros menos. (Bertha Lutz, conferencista).

As conferencistas também tendem a notar que o perfil ideológico é determinante nesse aspecto do acolhimento às pautas advindas dos espaços de participação e de construção das políticas públicas. Segundo a conferencista a seguir, o governo federal de extrema-direita recente que esteve no comando do Brasil foi extremamente danoso para as políticas de saúde no país:

[...] a gente não tem como fugir mais do direita e esquerda, não tem. Hoje ou é 8 ou é 80, né? E isso politicamente é fato. [...] aí é um desafio pro conselheiro, eu tenho que fazer funcionar [...]. Então, a diferença de governo é gritante. A gente veio... é desesperador o que a gente viveu nos quatro anos de uma política cruel e desumana, tá, de uma política extremamente capitalista, doentia, destrutiva, pra consertar isso nem quatro anos de novo, não tem. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

Além da maior ou menor abertura à participação, o perfil ideológico do governo também influencia em aspectos estruturais que contribuem com o esvaziamento ou com a projeção de políticas e temas, a depender da sua concordância com eles. Ao elogiar a retomada das reuniões pelo CEM, uma das servidoras destaca a fragilidade de o atual governo estadual, do Partido Novo, não possuir uma secretaria específica de políticas para as mulheres. Embora Paradis (2013, p. 66) tenha identificado em seus estudos que “[...] a ideologia do partido no poder, por si só, não explicaria o nível de comprometimento dos governos com as políticas de igualdade de gênero”, neste caso específico, a ausência de um setor específico na Secretaria de Saúde, voltado para a agenda da mulher, tem fragilizado a possibilidade de transversalização das questões de gênero nas mais diversas políticas públicas dentro da área da saúde:

[...] eu acho que foi importantíssimo esse espaço de diálogo ter sido retomado recentemente, mas eu acho que seria ainda mais eficaz com de fato a construção de uma secretaria de mulheres, que infelizmente Minas é um dos poucos estados que não tem. (Gal Costa, servidora).

Como identificado na literatura, a institucionalização da prática de um planejamento mais aberto às dinâmicas participativas no Brasil é uma marca dos governos do PT (AVRITZER, 2012; BEZERRA, 2020; POGREBINSCHI; SANTOS, 2011; SOUZA, 2012) que, na classificação proposta por Bolognesi, Ribeiro e Codato (2023), enquadra-se no espectro de um partido de esquerda. Entretanto, a experiência do governo estadual petista em Minas Gerais, do governador Fernando Pimentel, aponta para percepções distintas dessa expectativa em relação a tal abertura, segundo a fala dessas servidoras:

Sinceramente, eu participei dos dois governos, né? E eu acreditava que o governo do Pimentel seria mais aberto. E eu até saí da secretaria pela dificuldade de alinhamento ali internamente. Então, eu acredito que todo gestor

tem uma filosofia, né? Até partidário. E ele vai percorrer, discricionariamente, o que ele quer. Se ele percorreu o que vem da conferência, os indicadores de saúde, acaba que vão todos para o mesmo caminho. Até sanar, né? Um indicador está alto, até sanar ou manter ele, todo mundo vai. Mas cada gestão tem essa ideia de que ‘eu vou fazer o contrário da gestão anterior’, isso é ruim. (Hilda Hilst, servidora).

[...] confesso por exemplo que no governo Pimentel, que é um governo de esquerda, a gente teve muitas dificuldades também com a questão de participação social. Então por mais que eu acho que tenha um viés mesmo assim, eu acho que essa valorização do controle social, essa valorização de participação da população, embora eu acho que seja uma pauta muito mais bem aceita pela esquerda, o governo de esquerda me decepcionou um pouco nessa questão. (Cássia Eller, servidora).

Essa percepção pode encontrar coro no que Santos, Tanscheit e Ventura (2020) identificaram nos estudos sobre o OP, em que se identificou uma diferença em relação à maior abertura à participação nos contextos de governos petistas mais à esquerda no contexto do próprio Partido. Entretanto, é importante pontuar que esse governo fez uma aposta, dentro do campo da participação, nos chamados Fóruns Regionais de Governo⁴⁰, que constituíram uma robusta estratégia de discussão descentralizada das várias políticas públicas ao longo dos anos 2015 a 2018 e democratização da gestão pública no estado.

No campo da saúde da mulher, o governo do PT também foi destaque, segundo a percepção dessa conferencista, em contraposição ao governo do Partido Novo⁴¹ que, segundo a entrevistada, no trecho a seguir, tem promovido uma paralização das pautas. Importante resgatar a avaliação promovida por Martelli, Almeida e Coelho (2022) de que a institucionalização das políticas para as mulheres no Brasil teve, nos governos do PT, o marco fundante das IPs direcionadas a esse campo.

Teve uma gestão aí que, por exemplo, conseguiu avançar bastante na questão da saúde das mulheres, inclusive na questão da integração das Secretarias. Conseguiram até construir um Observatório. Conseguiu também elaborar o

⁴⁰ Para mais informações sobre o Fóruns Regionais de Governo, sugerimos consultar a seguinte referência: ANELLI, F. R.; BRASIL, F. de P. D. Democracia e participação social: Fóruns Regionais de Governo de Minas Gerais, *Caderno de Administração*, v. 29, n. 2, p. 58-79, 2021.

⁴¹ Uma consulta aos Planos de Governo do Partido Novo apresentados ao Tribunal Superior Eleitoral (TSE) nas eleições de 2018 e 2022 corrobora essa visão. O Plano de 2018 não faz qualquer menção a políticas de gênero em nenhuma área – incluindo na análise possíveis referências às políticas de gênero com a utilização de termos como mulher ou mulheres, materno, maternidade, mãe, feminino, feminina. O Plano de 2022, por sua vez, mantém esse mesmo tom de ausência de propostas, sendo possível identificar apenas uma, relacionada à promessa de continuidade de uma política na área de segurança pública para mulheres vítimas de violência. Os Planos de Governo podem ser acessados nos links https://estaticog1.globo.com/2018/11/promessas/Minas_Gerais_Zema.pdf (2018) e https://s3.glbimg.com/v1/AUTH_8b29beb0cbe247a296f902be2fe084b6/Promessas/romeu-zema-MG.pdf (2022). Destaca-se que, na mesma direção, mesmo o Estatuto do Partido Novo ignora diretrizes no sentido de promover políticas de gênero (<https://novo.org.br/wp-content/uploads/2025/02/estatuto-do-NOVO.pdf>).

Plano Decenal de Políticas pelas Mulheres, que inclui saúde também, as demais políticas a nível do estado... mas que nos últimos governos [do Romeu] Zema [do Partido Novo] tem paralisado, engavetado tudo isso aí, e não se avança. (Nísia Floresta, conferencista).

Se em relação à experiência do governo do PT em Minas Gerais não há um consenso sobre a adesão às IPs e às pautas delas emanadas segundo a fala das entrevistadas, a experiência dos governos do Partido Novo que, conforme classificação de Bolognesi, Ribeiro e Codato (2023), é enquadrado como partido de direita, mais próximo ao limite da extrema-direita – sendo o partido com perfil ideológico o mais à direita entre as experiências analisadas neste trabalho, apresentando uma faceta neoliberal, gerencialista e ligada às pautas conservadoras – representa um maior consenso quanto ao seu fechamento, pelo menos no primeiro momento, em relação à participação: “Não, eu acho que é visível a diferença do acolhimento. Mas ao mesmo tempo, por exemplo, quando a gente começou nesse último governo, lá em 2019, eu tinha um bloqueio muito grande deles aceitarem o que vinha de uma contribuição de participação popular”. (Elza Soares, servidora). Nesse sentido, é importante resgatar o que apresenta Dagnino (2004) sobre o papel da sociedade civil atribuído pelos governos de direita, coerente com essa baixa assimilação da participação social nas políticas, ilustrada naquela fala: quase sempre um caminho de isenção de responsabilidade da prestação dos direitos sociais para transferi-los para a sociedade civil, ao invés da atribuição de um protagonismo para a produção de políticas públicas e direitos.

Os problemas do Partido Novo com a participação social começaram com o próprio fazer da Conferência. Não havia um entendimento da necessidade e da motivação, o que tornou a tarefa de convencimento da cúpula da SES-MG por parte da equipe técnica algo extremamente custoso, como relatado a seguir, mas que, ao mesmo tempo, demonstra uma certa resiliência do próprio SUS no país:

E o Novo, quando ele entrou foi muito difícil, até eles entenderem que era importante fazer a Conferência. 2019 foi um ano de Conferência e o primeiro ano de gestão do Novo. Foi uma batalha, foi uma batalha a gente conseguir fazer a Conferência. [...] a gente tinha que explicar assim: ‘precisa, isso é importante, isso faz parte do SUS, isso está escrito em lei, entendeu?’ [...] falaram ‘não, isso não sei o que tem, isso é paternalismo, isso é assistencialismo, eu não sei o que tem’. Mas no final saiu, entenderam algumas coisas, tiveram diálogos interessantes, que a gente participou. E é isso, no final é uma coisa que é posta. O SUS está aí, independente do governo que chegar. Tem algumas coisas que a gente vai ter que fazer, independente da mentalidade. (Cássia Eller, servidora).

[...] quando o governo Novo não entendia o que era trabalhar para o setor público, eles achavam que tudo era iniciativa privada, foi muito confuso. [...]

a gente não tem que economizar o dinheiro da saúde, a gente tem que gastar o dinheiro da saúde todo bem. Eles não entendiam isso [...] Então a gente teve que ensinar isso para eles, sabe, porque eles queriam economia mesmo [...]. Eles não entendiam que tinham que investir 5 milhões numa conferência: ‘por quê?’ (Rita Lee, servidora).

[...] é uma luta grande [...] porque se desse chance por conta dos governantes, esses últimos, últimas, últimas gestões, não teria conferência nenhuma, né?! Cada Conferência, foi uma queda de braço pra elas acontecerem. [...] Nós tivemos que acessar o Ministério Público, nós tivemos que fazer muitas reuniões, assim, quase que não aconteceram [...]. (Nísia Floresta, conferencista).

[...] tem governos mais autoritários que não querem escutar a população. Então, o importante é isso. As Conferências Estaduais de Minas Gerais, por exemplo, com o governo atual, não foram fáceis de serem realizadas. A de saúde mental foi um sacrifício para realizar, porque não tinha verba, depois que tinha verba não tinha empresa que era contratada pro lugar, não tinha lugar para fazer Conferência. Então, assim, não queria Conferência, né? (Bertha Lutz, conferencista).

Além disso, a condução da própria política de saúde, no geral, encontra um descompasso com os preceitos legais e constitucionais do SUS desde o início do governo do Partido Novo no estado, conforme registra a conferencista a seguir:

[...] a gente tinha um financiamento maior e foi reduzido. A gente vê que aumentou o recurso público do SUS sendo transferido para a iniciativa privada, que o que a gente defende, enquanto conselheira e conselheira, é que fortaleça a gestão própria, que não terceirize, que não transfira para o setor privado, que o sistema único de saúde enquanto sistema próprio seja mais robusto. E o que a gente está vendo é o contrário, houve um aumento do financiamento, então o que se gasta com a saúde no privado, ele ultrapassou o que o serviço público gasta com a saúde, que é uma discrepância. Na nossa Constituição fala lá que o privado é complementar, e como que pode isso acontecer? (Nísia Floresta, conferencista).

Uma das servidoras apresentou a dificuldade enfrentada no momento de elaboração do PES 2020-2023 em que, como já dito que toda a equipe havia sido substituída, no momento de transição do governo do PT para o primeiro ciclo de governo do Partido Novo. Pela ausência de experiência prévia desses governantes na gestão e pautados pelas questões ideológicas que orientam o seu espectro político, os representantes do governo tiveram dificuldade inclusive, de compreender a institucionalidade do SUS, se opondo, por desconhecimento e preconceito, a questões básicas do funcionamento e governança do sistema de saúde.

A gente conseguiu, nesse processo todo de planejamento, uma equipe nova, começando a conhecer as coisas, trocar de chefe oito vezes em oito meses, ter gente que não sabia o que era o SUS, que achava que era partidário. Então, não foi o momento mais tranquilo para a elaboração desses instrumentos. Eu acho que depois que tinha um ano mais ou menos que a nova gestão estava lá, eu acho que eles tinham um pouco mais de noção de qual que era o trabalho, do que a SES significava, do que era o SUS, mas num momento inicial foi bem

tenso, e era uma equipe nova, então a gente estava aprendendo o trabalho também. (Elza Soares, servidora).

Outra servidora relatou as reprovações sucessivas e inéditas de instrumentos de gestão do SUS, os RAG 2019, 2020 e 2021⁴², fruto do extremo do desgaste que o governo acabou acumulando junto ao controle social por sua negligência com a participação e com as demandas sociais:

[...] pela primeira vez na história, eles reprovaram o PAS 2020, 2021 e 2022 (*sic*). De uma vez! Não sei se foi 2021, 2022, 2023 (*sic*)... Não sei. E assim, foi muito chocante isso, porque nunca tinha acontecido isso. E isso aí mostra o tanto que a gestão não priorizou a demanda, não priorizou o relacionamento com a sociedade. Porque se tivesse priorizado, por mais que fosse de ideologia contrária à ideologia da maioria das pessoas do Conselho, se tivesse tido uma preocupação, uma tensão, um diálogo, uma sensibilização, eu acho que não teria acontecido isso. Então eu acho que assim, eu acho crucial que tenha essa incorporação, mas eu não sei se necessariamente é o que acontece. (Gal Costa, servidora).

Uma das conferencistas explicou as reprovações dos RAG:

[...] por dois anos⁴³ (*sic*) consecutivos desse governo Zema, as contas foram reprovadas. Porque, um deles, comprou arma com o dinheiro da saúde. Estava lá. [...] E uma delas gastou-se... porque tem o constitucional, o mínimo constitucional, gastou menos do que o mínimo constitucional [...]. Outra coisa que o pessoal avalia muito [...] é a questão do [...] restos a pagar. Aquilo que fica para o ano seguinte, então o Conselho vai e aprova com ressalva. Aí teve uma hora que a gente tinha ficado cansando de aprovar com ressalva, não tem resposta, só porque aprovou, ele fica... Então a gente reprovou, dois anos consecutivos, reprovamos. (Nísia Floresta, conferencista).

Essa relação desgastada foi sendo reconstruída ao longo do tempo, principalmente na segunda gestão do Partido Novo (a partir de 2023). De toda forma, a servidora a seguir destaca os prejuízos dos termos em que essa reconstrução se deu, que se resume a acatar tudo o que o CES-MG passou a requerer, sem um diálogo, de fato, construtivo e objetivando a síntese do melhor para a sociedade no estado:

E aí eles foram para dois extremos. Por quê? Como eles tinham um bloqueio muito grande e tinham umas falas muito loucas no início, eles geraram uma resistência muito grande [do Conselho]. E aí a resistência eu tenho por dois motivos. Um, porque eu estou ignorando. Então, tem uma pessoa que está falando que não está sendo ouvida. A outra é pela resistência natural de 'eu não gosto do Partido que está no poder'. E aí entra a última parte que é, que aí eu acho que não gera a contribuição da participação social que deveria gerar. Quando muitas vezes as pessoas olham e falam 'mas eu tenho poder de veto,

⁴² Os RAG foram equivocadamente referidos pela servidora no trecho transcrito da entrevista como PAS, como pode ser visto. Além disso, os anos referidos não eram os exatos em relação aos que ocorreram as reprovações. Por isso, ambas informações foram corrigidas no texto.

⁴³ Como já pontuado, foram três anos consecutivos de reprovação do RAG.

então eu estou reprovando os instrumentos porque eu não gosto do seu partido'. E aí você perde muita coisa no processo e você cria, acho que prejuízo para a população. Eu não sei se as pessoas conseguem perceber isso, mas eu acho que no final das contas quem mais sofre quando começa essa luta de braço é a população. Quando elas buscam um caminho de convergência funciona melhor. Mas hoje também está num caminho de convergência que é 'tudo o que o Conselho pede, a SES faz', que também não acha que é um caminho de convergência legal. (Elza Soares, servidora).

É importante pontuar, entretanto, que, segundo a visão de uma servidora, embora tenha havido uma dificuldade maior e mais embate no início de um governo de espectro mais à direita para assimilação das questões da participação social, não necessariamente, e a depender das pessoas que são colocadas nos postos de comando, ele será pior para a participação do que um governo de esquerda. Essa visão está expressa nos trechos a seguir, em que ela se baseia na experiência do governo do PT e na experiência com o gabinete do segundo governo do Partido Novo, como exemplo de uma boa situação de um governo de direita frente à participação no SUS:

[...] hoje vejo a visão desse gabinete, que é de um governo de direita, muito melhor do que quando eu estava com o governo Pimentel, com um governo de esquerda.

[...]

Então, assim, óbvio que o governo muda, muda um pouco essa visão, essa receptividade e tal, mas depende muito de quem vem para a gestão aqui da secretaria. Então eu acho que ele não é definitivo. 'Ah, um governo de direita vai ser péssimo, um governo esquerdo vai ser ótimo.' Não é! Às vezes, o governo de direita a gente vai ter um pouco mais de embate no início, até a pessoa entender e ver que aquilo é importante. Mas não necessariamente vai ser melhor ou pior essa relação da participação social. (Cássia Eller, servidora).

Uma das conferencistas, inclusive, também reconhece que o atual gabinete da SES-MG tem procurado manter maior interlocução e diálogo com o Conselho, além de situar o cenário imediatamente anterior de conflito e fragmentação entre os diferentes segmentos que conformam o CES-MG, principalmente entre "usuário" e "gestor":

[...] o Secretário, hoje, de Estado, principalmente... hoje que nós temos a representação de um Secretário Estadual que ele dialoga com o Conselho, né? Mas que também teve grandes desafios, porque você vai encontrar os conselheiros e você vai falar, gente, pelo amor de Deus. A gente viveu uma divisão, 'gestor' e 'usuário', e 'trabalhador' dentro do Conselho, que eu achei que o Conselho não ia sobreviver. Porque os embates políticos hoje, eles são muito visíveis. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

Fato é que essa visão negativa dos atores e atrizes participantes sobre o governo, em relação à sua rejeição aos processos participativos e à agenda de prioridades que destoa de

grande parte daquelas postulada nas conferências, contribui com a rejeição aos representantes da “gestão” nesses espaços, como já ilustrado neste trabalho – atribuindo aos servidores uma percepção de reprodutores, não apenas da “gestão”, mas da ideologia do governo. Segundo a percepção da servidora, a seguir,

[...] eu acho que às vezes quem participa tem um pouco de dificuldade de entender que não necessariamente os agentes públicos que estão ali, eles são associados a algum espectro ideológico, a qualquer espectro ideológico, mas eles tendem a associar com o governo que está vigente. (Gal Costa, servidora).

Outro ponto interessante que surgiu nas entrevistas é a visão de que uma gestão que, de partida, não reconhece a legitimidade da participação e, mais ainda, não ganha os enfrentamentos travados no ambiente participativo e do controle social, tem ainda mais incentivo pra não reconhecer os espaços legítimos de participação:

Se a gestão não considera que aquele é um espaço em que ela consegue ganhar alguma briga, ela não vai usar aquele espaço, de fato ela vai usar outro. Então se toda vez que a gestão, de novo, eu acho que existe, não exime em nada o fato de que essa gestão esvazia espaço de participação social, mas uma gestão qualquer, uma hipotética, que quisesse discutir ela vai perder todas as vezes que ela vai, lá ela não vai usar seriamente aquela gestão, aquele espaço (Tarsila do Amaral, servidora).

Concluídas as reflexões sobre as implicações da ideologia de governo na sua relação com a participação, a próxima seção analítica irá se debruçar sobre as entrevistas e documentos, tentando identificar se há, enfim, ressonância ou dissonância entre as diretrizes das conferências e do planejamento do SUS-MG, quando são pautadas políticas de saúde da mulher (e pelas mulheres), conforme pretendido nos objetivos desta pesquisa.

7. AS POLÍTICAS, AFINAL: RETRATOS DA AÇÃO ESTATAL NA AGENDA DE SAÚDE DA MULHER EM MINAS GERAIS APÓS A PARTICIPAÇÃO

Como tem sido explorado ao longo deste trabalho, as IPs, de forma geral, como as conferências de saúde, têm como um dos seus propósitos incidir sobre o Estado de forma a gerar políticas públicas alinhadas com o que é produzido nesse espaço de participação. O produto mais objetivo da síntese do processo participativo nas conferências são os relatórios produzidos e aprovados ao final de cada uma delas pelo coletivo de pessoas delegadas, os quais compilam um conjunto de diretrizes e propostas a serem incorporadas ao planejamento governamental da saúde na forma de políticas públicas. Esse planejamento, por sua vez, se expressa por meio de instrumentos diversos, cabendo ao PES a absorção das diretrizes deliberadas nas conferências, segundo o arcabouço legal que orienta a organização e funcionamento do SUS no Brasil.

Nesse sentido, o ponto de partida ora proposto para o exame da efetiva ação estatal e os resultados dela decorrentes, observados nas políticas públicas de saúde da mulher produzidas em Minas Gerais, a partir da participação nas Conferências Estaduais de Saúde, são os próprios Planos. Os PES, por sua vez, e conforme indicado na metodologia, necessitam ser comparados com o que foi deliberado nas conferências, de modo a determinar a confirmação da assimilação pelo estado do que foi objeto dessa deliberação, motivo pelo qual também os relatórios figuram, aqui, como objeto de análise.

Assim sendo, esta segunda seção de discussão dos resultados se propõe a avançar na atividade analítica do estudo empírico em curso, primeiramente, explorando os aspectos gerais encontrados em cada um dos instrumentos apreciados – PES e relatórios das conferências. A ideia é apresentar um quadro descritivo sobre cada um, com destaque aos seus pontos de aproximação e distanciamento, bem como captar dados sobre a temática da saúde da mulher presentes nesses documentos. Em um segundo momento, a análise se desenvolve sobre a atividade do planejamento em si, que tem como finalidade a produção dos próprios PES. A preocupação é compreender como a construção do Plano acontece na prática, com olhar atento à existência (ou não) de mecanismos e práticas que assegurem a consideração das diretrizes aprovadas nas conferências na elaboração de cada PES. Por fim, a seção se encerra com uma análise mais detalhada sobre a incorporação ou não das deliberações daqueles espaços de participação nos instrumentos de planejamento do SUS-MG.

7.1. Um olhar inicial sobre os documentos: o que sugerem os relatórios das Conferências e os Planos Estaduais de Saúde?

O primeiro ponto de análise ora proposto recai sobre um olhar mais transversal sobre os relatórios das conferências estaduais de saúde sob investigação. De forma geral, esses relatórios apresentam algumas características mais ou menos comuns, conforme será detalhado.

Em relação à forma, os relatórios obedecem mais ou menos uma mesma lógica, ainda que com alterações, entre si, no que tange às seções que os compõem. Via de regra, todos preservam um texto mais introdutório, textos com manifestações institucionais (geralmente da Presidência do CES-MG e do Secretário da SES-MG), a regulamentação da Conferência, as moções aprovadas, além, como seria esperado, de uma seção específica sobre as diretrizes e propostas aprovadas para incorporação ao PES, e outra para ser remetida à Conferência Nacional de Saúde, na lógica ascendente de participação e formulação das políticas no SUS. O relatório que mais se afasta dessa lógica é o da 9ª Conferência, que não apresenta os textos institucionais, o regulamento da Conferência e uma seção específica das propostas encaminhadas à Conferência Nacional – esta última seção, o relatório da 10ª Conferência também não apresenta, e o relatório da 1ª CESMu-MG já são, somente, as propostas priorizadas, não apresentando nenhuma outra seção no seu escopo. Além disso, há particularidades em cada relatório, em que, eventualmente, encontram-se no texto final documentos diversos – como atas de reunião, documentos de entidades com manifestações de interesse da saúde, dados sobre aquela conferência e as propostas aprovadas na Conferencinha⁴⁴.

Sobre as características mais gerais dos relatórios, um ponto de observação diz respeito à tendência de se definir como “diretriz” o que na verdade são os grandes “eixos temáticos” que organizam os debates nas conferências. À exceção da 8ª e da 10ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais (ocorridas em 2015 e 2024, respectivamente), que produziram relatórios contendo, explicitamente, as diretrizes dentro de cada eixo temático, todas as outras 3 conferências analisadas produziram relatórios que apresentam esse lapso em comum. Assim,

⁴⁴ A Conferencinha é uma estrutura criada dentro do espaço das Conferências Estaduais de Minas Gerais em que os filhos de delegadas e participantes, os quais precisaram vir acompanhados de suas mães, integram atividades lúdicas e de formação cidadã no SUS, produzindo, inclusive, propostas que são apresentadas e votadas na Plenária Final da Conferência. É um interessante meio de inclusão de mulheres no espaço de participação do SUS e uma oportunidade de envolvimento das crianças com uma formação para a cidadania dentro da saúde pública.

as diretrizes aprovadas no relatório da 7ª Conferência (2011), por exemplo, apresentam textos supostamente indicativos de diretrizes como “Participação da sociedade e controle social” e “Gestão do sistema”; as da 9ª Conferência (2019) nem chegam a nominar as diretrizes, apresentando apenas eixos como “Consolidação do SUS” e “Financiamento do SUS”; problema que se repete na 1ª CESMu-MG, que divide as propostas apenas segundo eixo temático – por exemplo, “O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres” e “Políticas públicas para mulheres e participação social” –, sem indicar diretrizes.

Uma segunda característica em comum desses relatórios é o fato de que, o que recai como objeto de aprovação, em grande medida, diz respeito mais a “propostas” específicas, sobre questões focadas ou abrangentes, do que a “diretrizes” gerais que orientem o planejamento e a elaboração das políticas públicas. Essa marca está presente, inclusive, no relatório da 8ª Conferência, sugerindo que, por meio das propostas, é possível detalhar mais a riqueza dos debates e a variedade de pautas e vozes que vêm se somando às conferências nos últimos anos – variedade essa que foi identificada, também, nas entrevistas deste trabalho, como será pontuado. Os exemplos a seguir ilustram um tipo de proposta abrangente, que diz respeito a questões mais gerais – no caso, uma proposta que trata de financiamento e fiscalização do sistema de saúde, somados, ainda, a questões assistenciais –, retirada da 1ª CESMu-MG, e um tipo de proposta específica, que se refere a um tema mais focado – de enfrentamento e acolhimento às vítimas de violência de gênero –, incluída pela 10ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais:

Eixo I - O papel do Estado no desenvolvimento sócio econômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres

1. Revogar a Emenda Constitucional 95 (antiga PEC 241/55 de 2016) que prevê o congelamento dos Gastos Públicos durante 20 (vinte) anos. Revisar os recursos destinados à saúde como suas funções e subfunções. Destinar com maior rigor a fiscalização da gestão de recursos e repasses. Aumentar recursos financeiros para os Municípios implementarem maior número de ações voltadas à Saúde das Mulheres. Estabelecer metas e assegurar em toda região assistencial os serviços necessários ao diagnóstico, estadiamento e tratamento, inclusive cirurgias (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2017, p. 1).

Eixo IV – Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas

[...]

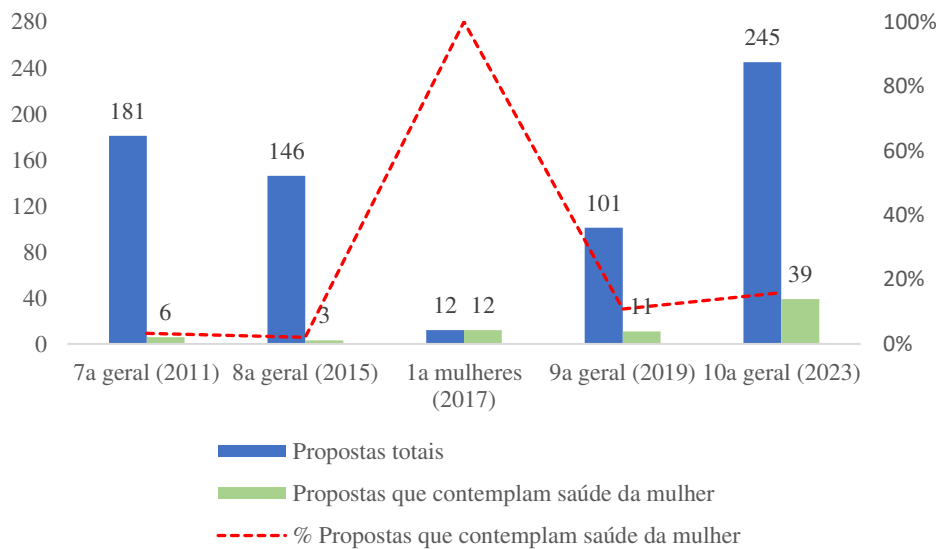
Diretriz 2 - Garantir os princípios do SUS com mais investimento financeiro para a valorização da força de trabalho, com Plano de Cargos Carreiras e Salários, visando a qualidade no cuidado e acolhimento humanizado de profissionais; otimizando a infraestrutura para maior eficiência dos serviços prestados.

[...]

7. Ampliar a rede de enfrentamento à violência de gênero, conforme previsto na Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres e na Lei Maria da Penha, garantindo atendimento humanizado e apoio do poder público às iniciativas de acolhimento e abrigamento de mulheres vítimas de violência, conforme a Carta de Princípios da Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher/MG (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2023, p. 75-76).

Esse movimento de ampliação gera, por sua vez, uma quantidade excessiva de propostas aprovadas, sem ordenação de prioridades, o que já foi objeto de crítica na literatura sobre o tema (BRASIL, 2009; RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017). O gráfico a seguir sintetiza o quantitativo de propostas totais aprovadas por conferência, com destaque à quantidade de propostas direcionadas aos temas da saúde da mulher. Interessante notar que, dentro do universo de propostas, aquelas direcionadas à saúde da mulher são, consideravelmente, em menor quantidade, o que talvez indique um menor grau de prioridade dado a esse tema pelas delegadas e delegados, no contexto de participação das conferências.

Gráfico 1 - Quantitativo de propostas aprovadas (total e que contemplam a saúde da mulher), por Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais (geral e temática das mulheres), entre 2011 e 2024



Fonte: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (2011, 2015, 2017, 2019, 2023). Elaboração própria (2025).

Ainda que sejam possivelmente menos priorizadas nos debates, como já situado, por outro lado é possível notar um crescimento relativo da quantidade de propostas para as mulheres na área da saúde ao longo do tempo, nas conferências analisadas. Nota-se que, em 2011, as propostas da saúde da mulher representavam 3% do total de propostas da Conferência. Esse valor chegou a 2% em 2015, mas cresceu para 11% em 2019 e alcançou 16% em 2023, com 39

propostas mencionando alguma questão sobre a saúde da mulher. Obviamente, em 2017, durante a conferência temática de saúde da mulher, esse percentual foi de 100% das propostas que constam do relatório de propostas priorizadas, com 12 propostas, no total.

Em relação às propostas voltadas para as mulheres e seus respectivos temas, o quadro 4 sintetiza os achados mais relevantes. Ele apresenta o número de vezes, em cada conferência, que os temas destacados apareceram dentro das propostas aprovadas no conjunto do grande tema das políticas de saúde da mulher. As propostas, na maioria das vezes, tratam de mais de uma temática, motivo pelo qual o somatório dos temas é superior ao de propostas que abordaram a temática da saúde da mulher, apresentadas no gráfico 1 anterior. No cômputo geral das 5 conferências analisadas, é possível observar uma predominância de propostas ligadas à “violência”, com maior expressividade, seguidas daquelas relativas às “populações vulnerabilizadas e abordagem interseccional em políticas de saúde para as mulheres” e, em terceiro lugar, “gestação, parto e puerpério”. Esses três temas juntos somam menções em quase 50% das propostas desse conjunto de conferências.

Tabela 1 - Temas relacionados à saúde da mulher presentes nas propostas aprovadas, por quantidade total de ocorrência e por Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, entre 2011 e 2024

Tema	7a geral (2011)	8a geral (2015)	1a mulheres (2017)	9a geral (2019)	10a geral (2023)	Total	%
Aborto legal	-	1	1	1	-	3	2%
Acesso, cobertura e qualidade de serviços	-	2	2	1	12	17	11,6%
Atenção integral à saúde da mulher	-	-	3	1	1	5	3,4%
Câncer de mama / colo do útero	3	-	1	1	11	16	10,9%
Comunicação / informação	-	-	3	1	7	11	7,5%
Direitos sexuais e reprodutivos	-	-	1	2	8	11	7,5%
Gestação, parto, puerpério	-	1	6	6	6	19	12,9%
Populações vulnerabilizadas / abordagem interseccional	-	3	3	1	15	22	15%
Promoção da saúde	-	1	1	-	1	3	2%
Saúde da mulher (menção genérica)	1	-	1	-	2	4	2,7%
Saúde mental (inclui álcool e outras drogas)	-	1	4	1	2	8	5,4%
Violência	2	2	5	4	15	28	19%
Total	6	11	31	19	80	147	100%

Fonte: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (2011, 2015, 2017, 2019, 2023). Elaboração própria (2025).

Como se pode notar, a “violência” é o único tema presente em todas as conferências de 2011 até a atualidade. Entretanto, é possível identificar que, da 8ª conferência em diante (ou seja, à exceção da 7ª, considerando o escopo deste estudo), muitas outras temáticas apareçam

como recorrentes em todas as edições, como “acesso cobertura e qualidade de serviços”, “gestação, parto e puerpério”, “populações vulnerabilizadas e abordagem interseccional em políticas de saúde para as mulheres” e “saúde mental (inclusive uso de álcool e outras drogas)”.

Interessante notar também que, embora haja menção em todas as conferências ao tema da violência e ela apareça como a principal temática nas conferências, mais de 50% dessas menções aparece na última conferência realizada, em 2023 – mostrando que esse é um tema de política pública muito contemporâneo dentro da saúde da mulher. Com o mesmo número de ocorrências na última conferência que a “violência” (15 menções), o tema das “populações vulnerabilizadas e abordagem interseccional em políticas de saúde para as mulheres” é outro extremamente contemporâneo. Seguindo essa lógica, considerando apenas a 10ª Conferência Estadual, “acesso, cobertura e qualidade de serviços”, além de “câncer de mama e colo do útero” e “direitos sexuais e reprodutivos” também têm esse caráter de contemporaneidade, havendo sido mencionados por 12, 11 e 8 vezes, respectivamente, na última conferência, de forma mais expressiva do que vinham aparecendo nas conferências anteriores.

Um ponto de destaque é sobre esse aumento das ocorrências desses temas de forma mais importante na 10ª Conferência – e, de certa maneira, de todos os temas relativos à saúde da mulher. Tal fato tem relação com a criação de uma diretriz específica, no relatório dessa conferência, sobre a saúde da mulher, dentro do “Eixo IV - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas”. Essa diretriz, que congrega 17 das 39 propostas dessa conferência com menção à saúde da mulher, pode também ser resultado do resgate das discussões da 1ª CESMu-MG de 2017, que teve lugar no momento da elaboração do PES 2020-2023, como já apresentado neste trabalho. A renovação das discussões sobre o tema, encabeçadas pelo CES-MG ao perceber que o relatório da conferência temática estava sendo negligenciado naquele momento de planejamento, pode ter influenciado a reinserção da saúde da mulher nas prioridades de políticas do controle social. O texto final da diretriz consta destacado a seguir:

Diretriz 4: Implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, garantindo o acesso e atendimento de todas as mulheres em todos os ciclos de vida, sem discriminação em todos os níveis de atenção à saúde, de forma intersetorial e interinstitucional, fortalecendo a consolidação dos princípios do SUS, assegurando a equidade com equipes interdisciplinares e educação permanente em Saúde das Mulheres (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2023, p. 78).

Outro problema em comum que passa a ser observado nos relatórios de todas as conferências após a 7ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais é sobre a redação das

propostas – que tem como um dos reflexos o que foi retratado no quadro anterior, em que quase todas essas propostas tratam de mais de um tema. Como relatou uma das conferencistas entrevistadas neste trabalho, “O que eu venho percebendo como trabalhando em relatoria é que todo mundo, como quer que passe muitas coisas, não quer deixar para trás, tem pegado proposta, falo que é proposta frankstein, você pega um monte de coisa e junta na mesma proposta”. (Bertha Lutz, conferencista). Assim, na tentativa de contemplar as especificidades das inúmeras populações e interesses, em um cenário de conferências cada vez mais ampliado e diversificado, que busca a afirmação das demandas próprias de cada grupo, além do desejo de se ampliar as possibilidades de universalização e integralidade dentro do próprio sistema de saúde, os textos acabam ficando com redação longa, prolixa e, muitas vezes, sem coesão e coerência, podendo gerar assertivas mesmo sem sentido, na medida em que perdem a lógica e a unidade nesse afã de uma pretensa completude.

Há casos, ainda, em que a própria proposta, por meio da pontuação (ponto final), indica o término de uma ideia, que se segue a outra, totalmente distinta, em frase posterior e sem alterar a numeração para uma nova proposta. Essa busca por contemplar as propostas de forma inequívoca também acarreta um problema adicional de se aprovar questões similares, idênticas, e até contraditórias, em mais de uma proposta da mesma conferência. Essa ocorrência foi também identificada em todos os 5 relatórios de conferências analisadas. Esse conjunto de apontamentos sobre o produto final das conferências, por sua vez, converge com o que Fung e Cohen (2007) descrevem como a queda da qualidade da deliberação, com a maior abrangência participativa – fenômeno que tem acontecido nas conferências de saúde, como já pontuado neste trabalho. Por outro lado, entretanto, o alcance de uma expressão multidimensional da política só pode ser alcançado a partir da incorporação da diversidade dos atores da sociedade civil nos espaços de participação (ALMEIDA, 2012). Essas observações, em última instância, contribuem com a construção do dilema existente entre a preferência pela maior expansão ou pela maior contenção da participação nos espaços institucionalizados das conferências.

Além dessa diversidade de forma e conteúdo que apresentam os relatórios das Conferências Estaduais de Saúde de Minas Gerais, conforme apontado, também os PES observam variações importantes ao longo dos últimos quatro ciclos de planejamento (2012-2015 a 2024-2027). Importante destacar que o art. 96, § 3º, da Portaria de Consolidação nº 1 de 2017, define que a elaboração dos PES deve se orientar pelas necessidades de saúde da população, partindo da análise de situação de saúde mais ampla – o que inclui, além de aspectos

sociossanitários, aqueles relativos à rede assistencial, fluxos, recursos financeiros, tecnologia e inovação e gestão do trabalho e educação na saúde –, contemplando, ainda, diretrizes, objetivos, metas e indicadores, além do processo de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2017). O quadro 5 a seguir busca sintetizar os itens que constam em cada um dos instrumentos estudados, demonstrando uma certa convergência com o que determina a legislação.

Quadro 4 - Estrutura básica de conteúdos dos Planos Estaduais de Saúde

Seção do PES	PES 2012-2015	PES 2016-2019	PES 2020-2023	PES 2024-2027
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução e apresentação - Modelo institucional SUS-MG - Ciclo de planejamento - Processo de regionalização 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação - Deliberação de aprovação do PES - Sistema Estadual de Saúde: modelo de regionalização, estrutura, órgãos 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação - Sistema Estadual de Saúde: órgãos e modelo de regionalização, cooperação e governança do SUS 	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução - Sistema Estadual de Saúde: órgãos (com destaque, na SES-MG, além da estrutura, para a governança regional e o planejamento estratégico)
Análise da situação de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Envelhecimento populacional - Perfil de morbimortalidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Panorama sociodemográfico - Perfil de morbimortalidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil demográfico, geográfico, econômico e social - Perfil de morbimortalidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise situacional vigilância - Regionalização política de saúde - Gestão do SUS - Organização e distribuição dos serviços de saúde - Políticas e ações em saúde do SUS-MG - Ciência, tecnologia, pesquisa, produção e ensino em saúde
Pactuações para o período	<ul style="list-style-type: none"> - Diretriz, desafio, resposta social, público-alvo e metas por área temática 	<ul style="list-style-type: none"> - Diretrizes, objetivos, metas, indicadores por eixo e órgão/área do Sistema Estadual de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Diretrizes, objetivos, metas e indicadores 	<ul style="list-style-type: none"> - Diretrizes, objetivos, metas e indicadores
Outros conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> - Texto introdutório sobre a lógica de organização do sistema de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Organização e distribuição de serviços e recursos no estado - As políticas de saúde em Minas Gerais (descrição, estrutura, resultados) - Consolidação dos objetivos, metas e indicadores por tema e órgão/área - Descrição geral processo de monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento governamental 	<ul style="list-style-type: none"> - Políticas e ações de saúde do SUS-MG 2020-2023 - Descrição geral processo de monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento governamental - Matriz de coerência do PES com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) - Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) - Matriz de coerência PES / PPAG (Programa, Ação Orçamentária e Subfunção) 	<ul style="list-style-type: none"> - Matriz de coerência do PES com os instrumentos de gestão (PPAG, Planejamento Regional Integrado - PRI -, Planejamento Estratégico - PE -, ODS) - Descrição geral do processo de monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento governamental
Anexos	<ul style="list-style-type: none"> - Pactuações outras redes - Deliberação aprova PES - Funcionograma - Pacto pela Saúde - Fator de alocação de recursos nos municípios - Mapa estratégico SES-MG 	<ul style="list-style-type: none"> - Matriz de correspondência entre PES (temática) e PPAG (Programa e ação orçamentária) 	<ul style="list-style-type: none"> - Recomendações provenientes da Conferência Estadual de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Parecer do CES-MG sobre o RAG 2022 - Relatório da Conferência - Decreto nº 48.661/2023 (organização da SES-MG)
Extensão do instrumento	<ul style="list-style-type: none"> - 250 páginas - 15 Diretrizes - Objetivos: não definidos - 173 Metas - Indicadores: não sistematizados 	<ul style="list-style-type: none"> - 311 páginas - 8 Diretrizes - 143 Objetivos - 214 Metas - 90 Indicadores 	<ul style="list-style-type: none"> - 283 páginas - 6 Diretrizes - 19 Objetivos - 132 Metas - 132 Indicadores 	<ul style="list-style-type: none"> - 506 páginas - 6 Diretrizes - 23 Objetivos - 81 Metas - 81 Indicadores

Fonte: Minas Gerais (2012, 2016, 2020, 2024b). Elaboração própria (2025).

Em relação à parte de pactuações para o período, relativa às políticas públicas de saúde, como se pode observar, o PES 2012-2015 detalha cada uma das diretrizes (mudanças a serem alcançadas), a área temática correspondente, o desafio (problema a ser enfrentado), a resposta social (estratégia a ser utilizada), o público-alvo (destinatários das ações) e as metas para o período (bens, serviços ou transferências financeiras ao público-alvo). Nessa seção, um ponto a se destacar é a descrição de muitas metas genéricas e sem definição de entregas ou resultados precisos por ano de execução do PES – o que dificulta compreender, de fato, o que será realizado e qual resultado se pretende alcançar a cada ano com aquela intervenção.

O PES 2016-2019, por sua vez, organiza de forma mais precisa as pactuações e políticas para o período. Ele parte do estabelecimento de uma grande diretriz para cada eixo definido, da qual decorrem para cada órgão do sistema estadual de saúde (exceto a SES-MG) ou área temática da SES-MG, um conjunto de objetivos, dos quais se desdobram pelo menos uma meta por objetivo. A essas metas vinculam-se indicadores que são apresentados em forma de ficha (incluindo sua polaridade, fórmula, periodicidade de aferição, série histórica passada e pactuação futura por ano).

Nota-se que, nesse PES 2016-2019, já há uma melhor precisão em relação ao encadeamento lógico entre objetivos, metas e indicadores dentro de cada eixo, diretriz e área temática. Entretanto, é importante frisar a grande quantidade de metas e indicadores pactuados, o que pode ser um fator dificultador para o monitoramento do instrumento e para a compreensão das prioridades.

O PES 2020-2023 vem estruturado, na parte das pactuações, de uma forma mais amigável, organizada e fácil de compreender. Cada diretriz é seguida de um objetivo – e as diretrizes podem ter mais de um objetivo –, sendo, na sequência, apresentado um grande quadro, com um conjunto de metas e indicadores, em que há o estabelecimento dos seguintes campos: instrumento de pactuação – sendo que todos contemplam o PES, mas alguns podem também estar no PPAG, Planejamento Estratégico (PE), PMDI ou Pactuação Interfederativa (PI)⁴⁵ –; descrição da meta; meta 2020; meta 2021; meta 2022; meta 2023; indicador; valor de referência do indicador; ano-base do indicador; unidade de medida do indicador; e órgão responsável. Cada diretriz pode ter mais de um objetivo e, assim, mais de uma tabela nesses moldes descritos.

⁴⁵ Pactuação Interfederativa trata-se de um conjunto de indicadores de saúde a serem monitorados pelos entes federados, fruto de negociação no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A lógica passou, portanto, de uma ordenação por órgão ou área temática (mais funcional ou orgânica) para uma padronização segundo as diretrizes e objetivos (mais estratégica). A forma de disposição em quadros facilita a leitura e a correlação das metas e indicadores com os demais instrumentos de planejamento do estado.

Figura 4 - Exemplo de pactuação de diretriz, objetivo, meta e indicador do PES 2020-2023

Diretriz 1: Expandir o acesso e melhorar a qualidade da atenção primária, fomentando a incorporação de novas tecnologias, estimulando a integração de sistemas de informação e automatização de processos

Objetivo 1 - Qualificar a atenção primária à saúde, de forma a consolidar esse nível de atenção como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde, ampliando o acesso com resolutividade, equidade e integralidade.

Nº	Instrumento de Pactuação	Descrição da Meta	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Indicador	Valor de Referência do Indicador	Ano Base do Indicador	Unidade de Medida do Indicador	Órgão Responsável
1	PI PES	Aumentar a cobertura das equipes de atenção básica	89,48%	90,00%	90,40%	90,90%	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	89,13%	2018	Percentual	SES

Fonte: Minas Gerais (2020, p. 216).

Por fim, o PES 2024-2027 também organiza suas pactuações segundo diretrizes, objetivos, metas e indicadores para o período. Cada diretriz também pode ter mais de um objetivo, como no PES 2020-2023 e, na sequência de cada objetivo, segue um quadro mais enxuto que o do instrumento anterior, com dados sobre: descrição da meta; indicador; periodicidade; valor de referência (com ano); metas (por ano, 2023 a 2027); responsável (órgão). A vinculação aos instrumentos de pactuação e gestão governamentais é feita não mais no nível da meta, como no PES 2020-2023, mas no nível do objetivo. A imagem a seguir ilustra a disposição desses elementos na citada seção do Plano.

Figura 5 - Exemplo de pactuação de diretriz, objetivo, meta e indicador do PES 2024-2027



Fonte: Minas Gerais (2024b, p. 361).

Esse ponto de partida da análise comparativa dos PES de Minas Gerais aponta para uma mudança de forma e conteúdo de aspectos centrais desses instrumentos, embora, de forma geral, observe-se uma homogeneidade no que diz respeito aos aspectos basilares a serem mantidos em instrumentos da natureza dos Planos. Esses instrumentos, em seus elementos iniciais, além de trazer um texto de apresentação ou introdução e questões mais gerais a título de abertura – geralmente sobre aspectos amplos acerca do planejamento, da governança e/ou da regionalização do SUS em Minas Gerais – tem pequenas variações entre si.

Destaca-se que o PES 2012-2015, elaborado no contexto do governo Antonio Anastasia do Partido Social Democrata Brasileiro (PSDB) – enquadrado como partido de direita, mais próximo do limite com os partidos de centro-direita, segundo a classificação de Bolognesi, Ribeiro e Codato (2023) – apresenta um tópico na parte introdutória, ao tratar da questão do ciclo de planejamento, em que é descrito o processo conferencial realizado. Nele, o texto apresenta o quantitativo de propostas aprovadas por diretriz e indica aquelas priorizadas para a Conferência Nacional – o que não acontece nos outros Planos analisados. Apesar disso,

esse instrumento assume, explicitamente, a ausência de algumas das diretrizes aprovadas pela Conferência Estadual no texto do PES, “[...] o que deverá merecer a atenção dos gestores no que tange a definição de estratégias e a futuras reformulações” (MINAS GERAIS, 2012, p. 39). Se em um primeiro momento aquela referência poderia indicar uma preocupação de o PES utilizar o relatório da Conferência como fonte importante de conteúdo para a sua elaboração, essa relativização com a ausência de diretrizes aprovadas pela IP no Plano acaba por reforçar um entendimento contrário, de não adesão definitiva do planejamento às proposições advindas da participação – talvez como forma de prestar satisfação ao Conselho do que não estava assimilado.

O modelo da análise de situação de saúde também é mais ou menos homogêneo, mas vem sendo aprimorado ao longo dos anos, com maior adensamento da análise dos dados e indicadores sociais, demográficos, territoriais, sociais e sanitários, com foco na morbimortalidade. A exceção está no instrumento mais recente (PES 2024-2027), que acresce à análise de situação de saúde dados e informações sobre as políticas de saúde, gestão do SUS, organização dos serviços etc., como parte de um grande diagnóstico que envolve a saúde pública do estado, e que estão presentes em outras seções do instrumento nos demais anos – geralmente, de forma a introdutória à seção em que se apresentam as pactuações (diretrizes, objetivos, metas, indicadores).

Na seção das pactuações para o período é que o movimento de mudança de forma e conteúdo, talvez, tenha mais evidência e impacto. Há um claro movimento de maior organização, ao longo do tempo, da apresentação das políticas a serem executadas no período: de um modelo de formato mais livre, com formulações genéricas e sem definição temporal, sem explicitação das relações entre objetivos, metas e indicadores – e desses com os demais instrumentos de planejamento –, para uma lógica mais estruturada, correlacionada, anualizada e, inclusive, que comunica melhor visualmente.

O “texto corrido” dos Planos 2012-2015 e 2016-2019 deu lugar a uma ordenação por tabelas a partir do PES 2020-2023, que foi aprimorada no PES 2024-2027. A preocupação com os dados mínimos e necessários em relação a essa seção de pactuações – diretrizes, objetivos, metas e indicadores – também passou a figurar desde o PES 2016-2019, garantindo uniformidade da linguagem e maior facilidade de acompanhamento. Desde o PES 2020-2023, as metas e indicadores, por sua vez, passaram a ter uma correspondência mais clara – para cada meta, um indicador –, e a cada conjunto de metas e indicadores foi relacionado um objetivo –

que, por sua vez, em conjunto com outros objetivos, passou a estar ligado a uma diretriz. Também, a preocupação em manter uma matriz de correspondência das pactuações com os demais instrumentos de pactuação e planejamento governamental começa a aparecer no PES 2016-2019 (correspondência entre PES e PPAG), sendo aprimorada nas edições posteriores. Além disso, nota-se que há uma redução importante no número de objetivos desde o PES 2020-2023, e de indicadores e metas monitorados desde a edição 2024-2027 do PES. Todos esses movimentos refletem uma espécie de aprendizado institucional na elaboração do PES ao longo dos anos, com o aprimoramento da capacidade de comunicação desse instrumento com a sociedade – ao menos do ponto de vista de sua organização e design – e de garantia de uma maior lógica interna, gerando coerência e coesão.

Sobre a abertura e receptividade às deliberações advindas da participação, o PES 2012-2015, em seu texto introdutório, apresenta, nesses termos, a metodologia utilizada para a sua elaboração:

Para que as reais necessidades da população fossem contempladas, este Plano, além de estabelecer suas prioridades com base em dados epidemiológicos, foi debatido amplamente com o Conselho Estadual de Saúde.

Durante os meses de julho, agosto e setembro ocorreram 19 reuniões entre a Secretaria de Estado de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, com a finalidade de discutir as diretrizes, respostas sociais, metas e público-alvo abordados no Plano Estadual de Saúde (MINAS GERAIS, 2012, p. 10).

De fato, há uma ênfase dada à natureza participativa e colaborativa de elaboração do Plano. Depois da realização da Conferência no ano de 2011, essa elaboração, como pontua o texto, contou com o envolvimento de 84 pessoas da SES, 207 do controle social e 14 das unidades vinculadas do sistema estadual de saúde em 19 reuniões de discussão das diretrizes do PES. Ao frisar que a abertura à participação não constitui mera formalidade ou atendimento a preceito legal, o texto apresenta que a Secretaria adota como pressuposto que “[...] o planejamento, quando realizado de forma participativa, permite maior mobilização dos envolvidos nas ações previstas, além de ser capaz de sensibilizar e comprometer esses atores com a transformação de uma dada realidade” (MINAS GERAIS, 2012, p. 12). Além disso, o próprio governo criou o mote da “Gestão para a Cidadania” como referência estratégica para sua atuação, em que a sociedade era “[...] vista não somente como destinatária, mas como parceira e peça fundamental para o sucesso das políticas públicas aqui propostas” (MINAS GERAIS, 2012, p. 12). Essas reflexões e a metodologia utilizada levam à percepção de que tal

governo, que se localiza em um espectro ideológico do que se poderia chama de centro-direita, se colocava de forma aberta à participação.

Do ponto de vista da estrutura, buscando o enfoque na saúde da mulher, o PES 2012-2015 organiza-se a partir de “áreas temáticas”, sendo uma delas a “saúde da mulher, da criança e do adolescente”. Dentro dessa área, foi definida a diretriz “promover a integração, a organização e a otimização da Rede Viva Vida⁴⁶ para prestar assistência integral à saúde da mulher, gestantes, crianças e adolescentes”, em que constam pactuadas 7 metas.

O PES 2016-2019 também cita, na introdução, o uso do espaço de participação como fonte de elaboração do seu texto:

Para que as reais necessidades da população fossem contempladas, este Plano, além de estabelecer suas prioridades com base em dados epidemiológicos, foi debatido amplamente com o Conselho Estadual de Saúde e considerou em sua construção os eixos e diretrizes oriundas da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, ocorrida no período de 01 a 04 de setembro de 2015 (MINAS GERAIS, 2016, p. 19).

Ele reforça, ainda, a ampliação da participação para além da 8ª Conferência, citando a abertura de canais da chamada “gestão participativa”⁴⁷ – com o envolvimento dos servidores nos processos decisórios da gestão da SES-MG – e do próprio Conselho de Saúde, como havia ocorrido no Plano anterior:

Na relação da SES com os trabalhadores foi implantado Fórum de Gestão Participativa incluindo as regionais e realizado Seminário de Gestão Participativa com 180 trabalhadores. Foi realizada a 8ª Conferência Estadual de Saúde com cerca de 2800 participantes, e tivemos participação expressiva na 15ª Conferência Nacional de Saúde.

[...]

Reforçando a importância de tal instrumento e para que as reais necessidades da população fossem contempladas, este Plano, além de estabelecer suas prioridades com base em dados epidemiológicos, foi debatido amplamente com a Câmara Técnica de Orçamento e Financiamento (CTOF), do Conselho Estadual de Saúde.

Durante os meses de junho a novembro, ocorreram reuniões entre a Secretaria de Estado de Saúde e CTOF do Conselho Estadual de Saúde, com a finalidade

⁴⁶ A Rede Viva Vida trata-se do nome atribuído à rede de atenção à saúde da mulher e da criança pelo governo, que se inseria em um contexto maior de enfrentamento da mortalidade materna e infantil e, ao lado de estratégias de mobilização social e de identificação e acompanhamento das gestantes no estado (Projeto Mães de Minas), integrava o Programa Viva Vida.

⁴⁷ O governo Fernando Pimentel do PT ainda teve como uma das suas marcas a realização dos chamados Fóruns Regionais de Governo, em que a população era chamada a participar das decisões sobre políticas públicas em geral, incluindo a saúde, de forma regionalizada em 17 territórios do estado.

de discutir as diretrizes, respostas sociais, metas e público-alvo abordados no Plano Estadual de Saúde (MINAS GERAIS, 2016, p. 20-21).

Para a saúde da mulher, há a definição de um “eixo” específico no PES, com a descrição de 6 objetivos e 6 metas. Além disso, há 1 objetivo e 1 meta sobre o tema no eixo de “políticas de promoção da equidade em saúde” e outro objetivo no eixo de “saúde da pessoa privada de liberdade”, somando 8 objetivos, no total.

O PES 2020-2023 também situa as conferências no ambiente de formulação das políticas de saúde para o período, ao lado de outras fontes como os dados epidemiológicos, as “diretrizes do Governo de Minas” – o que chama a atenção, por ter sido a primeira oportunidade em que tais diretrizes de governo são mencionadas em um PES –, o PMDI e o PPAG:

Para que as reais necessidades da população sejam atendidas, este Plano, além de estabelecer suas prioridades com base em dados epidemiológicos, considerou também em sua construção as diretrizes do Governo de Minas, o PMDI 2019-2030, o PPAG 2020-2023, os eixos e recomendações da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres de Minas Gerais realizada em 2017, os eixos e recomendações da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde de Minas Gerais realizada em 2017 e os eixos e recomendações oriundas da 9ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, ocorrida no período de 25 a 27 de junho de 2019 (MINAS GERAIS, 2020, p. 20).

Esse Plano indica como objetivo ligado à saúde da mulher “promover o mapeamento e otimização dos processos de trabalho, com vistas a estruturar as redes de atenção à saúde nas linhas de cuidado materno-infantil e hipertensão e diabetes”, mas, na prática, não aponta nenhuma meta, nem mesmo sobre a linha de cuidado materno-infantil, nesse objetivo. Entretanto, espalhados ao longo de vários objetivos distintos, sem enfoque na saúde da mulher, foram identificadas 10 metas sobre essa temática.

Também o PES 2024-2027, na mesma linha dos demais, procura apontar a conferência como etapa da elaboração do planejamento, que buscou elementos também junto a outros instrumentos e instâncias como o PRI, o planejamento estratégico da SES-MG, o PPAG, o PMDI, a análise de situação de saúde, o Decreto de competências dos órgãos e o próprio CES-MG:

O presente Plano Estadual de Saúde, portanto, adotou como base as diretrizes propostas pelas Conferências de Saúde, pelo Conselho Estadual de Saúde, pelo Planejamento Regional Integrado (PRI-MG), pelo Planejamento Estratégico da SES-MG, pela proposta de Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2024-2027), pelo Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI 2019-2030), bem como pelos resultados da análise situacional de saúde e as competências da Secretaria de Estado de Saúde e das entidades vinculadas, determinadas pelo Decreto nº48.661, de 2023 (MINAS GERAIS, 2024b, p. 25).

Mais à frente, logo antes de se iniciar a apresentação das diretrizes, objetivos, metas e indicadores do PES, é reforçada a contribuição da 10ª Conferência e do CES-MG na elaboração das pactuações desse Plano, como consta nos trechos a seguir:

[...] o processo de construção das diretrizes e objetivos ocorreu, baseado primordialmente nas recomendações da 10ª Conferência Estadual de Saúde em articulação com diagnósticos e outros instrumentos de planejamento em saúde do estado. Para além das diretrizes apresentadas pela participação social, também foram consideradas as recomendações apresentadas pela Comissão Técnica de Orçamento e Finanças do Conselho Estadual no Relatório de apreciação do Relatório Anual Geral de 2022.

[...] Com vistas a contemplar e considerar todos esses instrumentos, a Secretaria de Estado de Saúde classificou as 22 diretrizes⁴⁸ apresentadas pelo CES em 6 grandes áreas temáticas, a saber: Redes de Atenção à Saúde; Vigilância em Saúde; Acesso aos Serviços e Insumos de Saúde; Participação e Controle Social; Gestão em Saúde e Ciência, Educação e Tecnologia. A partir desses temas foram classificados os objetivos e prioridades dos instrumentos de planejamento e gestão. Assim, partiu-se das diretrizes da 10ª Conferência Estadual de Saúde para definir objetivos de forma integrada às ações preconizadas pela SES-MG e entidades vinculadas para o próximo quadriênio (MINAS GERAIS, 2024b, p. 359-360).

No campo da saúde da mulher, há a definição de um objetivo que se relaciona a esse tema, com foco na gestante, parto e puerpério, assim descrito: “reduzir o número de óbitos maternos e infantis por causas evitáveis em todo o território estadual, por meio da qualificação da rede materno-infantil, da integração dos três níveis de atenção, e da ampliação e fortalecimento dos serviços de pré-natal para gravidez de alto risco”. Nesse objetivo, 3 metas se relacionam com o tema de interesse deste trabalho. Há, ainda, outras 5 metas na mesma temática dentro de outros objetivos, somando, no total, 8 metas na área da saúde da mulher.

De forma mais ampla, esses são os elementos passíveis de identificação em uma análise preliminar. O aprofundamento no conteúdo dos instrumentos de planejamento será efetivado nas subseções que seguem neste trabalho, com destaque para a subseção 7.3. Na sequência, será discutida a atividade do planejamento governamental, com foco na compreensão sobre a dinâmica de incorporação das deliberações conferenciais da área da saúde.

⁴⁸ Na verdade, são 21 diretrizes aprovadas no relatório da 10ª Conferência, e não 22, como referido no texto do PES 2024-2027.

7.2. A atividade do planejamento, sua execução e a incorporação, na prática, das deliberações advindas da participação

A atividade do planejamento e a sua transformação em prática de gestão de políticas públicas envolve um conjunto de ações que podem acabar por favorecer ou não a incorporação das deliberações aprovadas no âmbito das conferências de saúde. Isso porque as conferências, como IPs, funcionam como um meio de conciliação e aproximação dos modelos de democracia representativa, em que há um governo de representantes eleitos por meio do voto pelos cidadãos, e participativa, segundo apontam os participativos em sua visão sobre a concepção liberal de democracia (LÜCHMANN; FARIA, 2020). Entender a rotina do funcionamento de elaboração dos instrumentos de planejamento e da interação desse processo com as áreas técnicas da SES-MG e com o CES-MG pode dar indícios sobre como o governo tem-se valido dessa função planejadora, a ele formalmente delegada, no sentido de contemplar ou não contemplar o que é objeto de aprovação pelos relatórios das conferências.

Uma das conferencistas fez um bom resumo de como deveria acontecer o processo de planejamento, no contexto da participação institucionalizada do SUS:

[...] você faz a Conferência, a Conferência vai traçar diretrizes ali gerais, para alguma determinada política. [...] O correto é o governo pegar a equipe de planejamento da Secretaria de Saúde, por exemplo, falar que ‘ó, tá aqui a Conferência de Saúde, o que foi deliberado. Como que nós vamos pegar isso que foi deliberado, com os indicadores que nós temos, com as políticas que a gente tem, como que nós vamos transformar isso aqui em realidade, numa política pública para a sociedade?’, entendeu? Eu penso que esse tem que ser o caminho para a construção dos instrumentos. [...] O que eu vejo que muitas vezes acontece é assim: os governos têm os indicadores, têm as metas a cumprir, e me parece que esse lugar do planejamento fica longe desse lugar da participação, sabe? Eu acho que tem uma distância. [...] ao ler um relatório de Conferência, eu penso que você tem que interpretar que aquilo ali é uma demanda de um coletivo. Você tem que ler e falar assim ‘o que significa isso aqui? Por que essa pessoa está pedindo desse jeito?’. [...] Então acho que falta ainda uma articulação entre as deliberações de Conferência, os Conselhos de Saúde [...] e o lugar do Executivo, sabe, de encontrar e fazer junto, sem problema, sem ter medo da crítica, seguindo aquilo e pensando assim ‘o que mais a gente pode fazer?’ (Bertha Lutz, conferencista).

No fechamento da entrevista, ela ainda arremata: quanto maior a participação, melhor será, minha opinião. Ele vai ser mais fácil? Não vai ser mais fácil. [...] a participação não é mais fácil. É mais difícil. Mas é mais democrático, é mais respeitoso, é construído mais coletivamente [...].” (Bertha Lutz, conferencista).

Uma das falas das servidoras reconhece as conferências como indutoras de debate sobre temas, que passam a ser evidenciados na sociedade e, mesmo, incorporados no rol de deliberações. As conferências funcionariam, portanto, como espaço prático de agendamento de pautas, podendo incidir sobre o Estado, segundo a fala registrada da servidora a seguir, na mesma direção da abordagem trazida por Souza (2012).

Outra questão que pode ser que apareça com mais força e um jeito mais fácil de ser absorvido é se ele for, se ele aparecer como um grande desconforto, numa conferência por exemplo. Apareceu demais, está todo mundo falando, está incomodando, isso é uma questão no estado [...] eu antes não sabia que por exemplo uma mulher trans tinha que ser atendida de forma diferenciada e eu só fui entender isso quando isso foi discutido numa conferência. [...] Muito raramente um tema delicado vai surgir do governo ou do planejamento estratégico. Quase zero. (Rita Lee, servidora).

Além de promover o agendamento, por meio da escuta das demandas da sociedade, as conferências também teriam a função de avaliação das políticas existentes, além de uma função pedagógica, no entendimento de uma das conferencistas. Esse caráter pedagógico converge com a visão trazida por Pateman (1992, 2012) – também reforçado como uma das dimensões da democracia participativa por Lüchmann e Faria (2020) – do papel educativo da participação, em que as pessoas aprenderiam a participar, de fato, participando, o que também acaba por conferir um aspecto cívico à participação:

[...] na verdade, a Conferência, em minha opinião, ela tem algumas coisas que são importantes [...]. Uma das coisas é você avaliar políticas públicas, que é para isso que ela serve, para avaliar, para propor diretrizes para a criação das políticas públicas, corrigir as políticas públicas, né? Mas ela serve para que os governos escutem a sociedade, ou parcela da sociedade, de quem está ali, também. Que é isso, né? Se eu tenho alguém lá que é da população trans, uma mulher trans, ela vai lá falar da pauta dela; uma mulher lésbica, ela vai lá levar [a pauta] dela e do grupo que ela representa, né? [...] Então ela tem essa função de se avaliar, de ver o que está sendo feito, de fiscalizar, de propor, e ao mesmo tempo ela tem uma função pedagógica. Eu sempre penso que tanto Conferência quanto Conselho você tem função pedagógica. Que é esse exercício de escutar o outro, de você estar numa arena de debate, você escuta o que está falando, um levanta o crachá, você se organiza com o seu grupo, você vai lá e dialoga com o outro, você tenta fazer convergência de ideias, né? (Bertha Lutz, conferencista).

Uma das conferencistas também chama a atenção para o fato de que as conferências fazem com que os gestores se aproximem da realidade das pessoas, possibilitando participar do debate para a formulação de políticas mais assertivas, mais conectadas com a população:

Então as conferências hoje a gente teve políticas que foram, propostas que foram votadas, né? Muito bacana. A gente veio de alma lavada, né, porque a gente entendeu que agora esse SUS, que a gente tanto defende e ama, ele tem uma outra estrutura, ele tem um outro lugar, e é um lugar de fala. A gente pratica advocacy, mesmo. A gente hoje está ali, podendo se colocar à mesa e

falar assim "não, vem pra cá". O gestor hoje não vai mais sentar numa mesa e ficar lá formulando e pensando só administrativamente não. Ele vai ter que ir pra ponta e fazer parte desse processo com mais intensidade. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

Além de trazer e movimentar pautas, as conferências acabam conseguindo, de forma mais ou menos autônoma, discutir e aprovar as diretrizes que as pessoas participantes trazem ao debate. Na visão de algumas servidoras, o papel de indução pelo estado é muito limitado nesse espaço – o que converge com os apontamentos dos estudos de Avritzer (2012), que identifica que nem mesmo e nem sempre as propostas do governo são aprovadas nas conferências, retirando a prevalência da sua vontade e reforçando a perspectiva deliberativa dessas IPs –, bem como na sua fase preparatória, em que são recebidas as diretrizes das conferências municipais e compiladas para a Conferência Estadual. O que há, segundo uma das servidoras, são mais perdas inerentes ao processo de aglutinação e reorganização da totalidade das proposições que chegam dos municípios, que nortearão os debates na Conferência Estadual, do que indução pelo estado, de fato:

[...] eu fico pensando assim, se a gente recebesse, por exemplo, diretrizes, vindo de todos os municípios... Os 853 fizeram Conferência Municipal e mandam pra cá... Esse processo de ter que aglutinar todas as propostas que vêm pra fazer um documento único que vai orientar a Estadual, eu acho que ele é um processo, assim, sobre-humano, não tem como fazer. Então, às vezes, a subjetividade de quem tá ali compilando, obviamente, ela vai aparecer. E, às vezes, talvez isso vai ser transformado, talvez a pessoa vê uma semelhança nessa proposta, conhece, e às vezes ela não tem necessariamente uma semelhança e acaba alguma coisa se perdendo ali. (Cássia Eller, servidora).

Essas perdas relatadas, com o processamento e reescrita do que vem das conferências municipais é visto como um prejuízo e uma inadequação, por parte de uma das conferencistas. Segundo ela, não poderia haver esse movimento de objetivação e conciliação das propostas municipais pela SES-MG, visto que, segundo ela, esse rearranjo contribui com a perda da essência do que foi proposto – e, por isso mesmo, também do papel esperado do espaço de participação.

A Secretaria de Saúde hoje, ela tem que entender que o que a municipal leva para a estadual não pode ser descartado, tem que ser potencializado. E chegar na nacional, sabe? Não é esse negócio de 'ah, mas a sua proposta tá imensa, virou um parágrafo'. Mas o usuário que levou essa proposta, ele quer ser contemplado nela. [...] Os eixos hoje, ele foi uma forma de a gente garantir que essas propostas, mesmo que elas sejam acopladas, elas sejam garantidas. [...] a gente precisa que essas políticas sejam abrangentes e que sejam potencializadas, objetivadas, como eles falam. [...] Mas para o usuário que estava na ponta, isso não funciona tão assim. Porque no mundo real, eu não consigo objetivar a especialidade médica. [...] Você entende quando eu falo lá na ponta? Eles têm que vir aqui para a ponta para... Não é a gente fazer de cima

para baixo, é de baixo para cima. Vida real. Então as propostas de conferência, hoje, a gente fica muito preocupado. [...] Chega lá na ponta, você volta e fala assim ‘nossa, a Dona Maria quando vê essa pauta ela vai ficar chateada comigo’. E o que eu prometi para ela que essa proposta ia passar foi para a estadual, mas na nacional ela virou uma adequação horrorosa. (Laudelina de Campos Melo, conferencista).

A priorização, por sua vez, e a redação mais objetiva e enxuta, deveria vir da própria Conferência, no sentido da tentativa de indução feita pelo CNS nos últimos tempos. Isso, sem perder o registro da expansão das demandas, que é um movimento coerente com o atual momento do SUS. Segundo uma das conferencistas,

[...] existe uma coisa prática que é o que é prioridade, o que você vai fazer primeiro, como você vai organizar para que ela possa ser efetivamente feita. O que o Conselho Nacional tem trabalhado é pensar em [limitação de] caracteres [para as propostas], pensar em propostas mais enxutas. Por quê? Quando a 8ª Conferência Nacional foi feita, não sei se você já leu o relatório dela, ele é pequenininho e ele traz coisas muito profundas da construção do SUS. Mas aí muita gente fala assim, ‘ah, hoje também tem que ser...’. Mas hoje existe o SUS e nós queremos mais, nós queremos mais, nós queremos que não basta ser universal, não basta ser integral. Nós queremos garantir a integralidade de fato mesmo. Não basta atender só mulher. A gente quer que atenda às necessidades da população LGBT, da criança, do adolescente, que antes ninguém nem falava, do homem, da saúde do homem. [...] Então assim, as demandas são muito grandes, do que a gente quer. (Bertha Lutz, conferencista).

Já na etapa da Conferência Estadual propriamente dita, na visão média das servidoras, o poder de influência do governo se restringe ao seu papel de mais um participante, em cada espaço de discussão. Entretanto, no momento de elaboração do PES, a possibilidade de indução pelo estado é reconhecidamente maior – “Eu acho que a indução teve quando veio o relatório [da Conferência de 2023]”. (Tarsila do Amaral, servidora) –, e o estado acaba utilizando dessa prerrogativa, segundo os depoimentos dessa servidora:

[...] esse primeiro momento [preparatório para a Conferência Estadual], essa definição de diretrizes sai de conferência municipais e chega no Conselho [Estadual]. O Conselho que define. É claro que a gestão, ela tem uma cadeira ali no Conselho Estadual, então a gente consegue votar, a gente consegue discutir, consegue articular junto com o Conselho, mas é uma coisa que sai muito do Conselho. (Rita Lee, servidora).

A gente, naquele momento [da conferência], a gente não induz muito. Porque a gente consegue na hora que chega pra gente, pra construção do Plano Estadual. Aí a gente consegue trazer mais, porque a gente gostaria que acontecesse pro Estado. Mas no momento da conferência tem que ser muito certo. Tem que ser a pessoa que sabe discutir na mesa certa pra conseguir induzir alguma coisa, direcionar pro que o governo quer. Mas é bem difícil. Porque as pessoas que estão em conferência, geralmente, elas são muito engajadas. Então as discussões são muito boas. Não é muito mal feito. A coisa é bem feita. Então eu acho que funciona. (Rita Lee, servidora).

A percepção, inclusive, é de que o governo, mesmo como ator dentro do processo de conferências, com destaque para a gestão do Partido Novo, tem participação bem tímida e limitada – quer de atores da cúpula da Secretaria, quer de servidores, no geral. O protagonismo maior, com papel de indução e direcionamento dos debates, acaba ficando a cargo do Conselho:

[...] os conselhos municipais respeitam muito o Conselho Estadual. O Conselho Estadual tem um reconhecimento. Até no Nacional também, o Conselho de Minas é bem reconhecido. Então, rola um respeito grande. E aí, se o Conselho dá uma direcionada, as pessoas tendem a ir. Dá uma induzida no que eles pensam. Se é uma proposta, por exemplo, que eles não concordam, isso é induzido de forma que ela não vá passar. Então, eu acho que não vejo o governo, porque é igual o que eu falo... Nas conferências, a participação do governo é muito pequena. [...] tem pouca participação, tanto de servidor, quanto da esfera mais alta de gestão, assim. Então, quando há uma indução, eu acho que a indução é mais do próprio Conselho Estadual mesmo, das diretrizes ali que eles acreditam, que eles direcionam. (Cássia Eller, servidora).

[...] em Minas Gerais, eu senti uma ausência muito grande de gestores, na minha opinião, nos últimos tempos, nas conferências, assim... Não é que eles não vão, eles vão, mas eles não vão para os grupos debater os temas, que isso para mim é um dado preocupante. Porque eu fico pensando assim: será que eles não vão porque, tipo assim, ‘a Conferência só estou fazendo para inglês ver, porque a legislação permitiu, o povo quis e tal, mas não estou interessada em fazer esse debate’? E eu já vi gestores que participam, eu já vi Conferência que o gestor vai lá na abertura e vai embora, como foi a última de Minas Gerais, mas não só estadual. Municipal, todas. E já vi lugar onde o gestor estava o tempo todo. Fui na Conferência [Nacional] de Gestão do Trabalho em Brasília, a [atual] Secretária Nacional [do governo do PT] estava na Conferência inteira, foi para grupos de trabalho, fazer reunião, discutir, todo mundo da equipe inteira estava lá discutindo. (Bertha Lutz, conferencista).

Sobre o atual status da condução da política de saúde da mulher na SES-MG, há visões contraditórias entre as próprias servidoras. De um lado, uma das servidoras aponta como positiva a extinção da área de saúde da mulher – que, na sua visão, anteriormente, tratava tal agenda de forma focalizada na maternidade –, permitindo ampliar o escopo da atuação do setor ao mudar a nomenclatura segundo uma abordagem de “ciclos de vida”. Segundo ela, isso também representava uma demanda do próprio CES-MG. Entretanto, como ficará claro a seguir, essa visão positiva da extinção não encontra ressonância nas demais falas das entrevistadas. Importante pontuar que a institucionalidade de órgãos de políticas para as mulheres – o que pode ser espelhado nas pastas temáticas específicas também dentro de órgãos como a SES-MG –, consoante Gonzalez (2018), é um dos fatores que interferem na incidência do movimento feminista para a geração de políticas públicas voltadas às mulheres.

[...] ter transformado essa coordenação materno infantil em uma coordenação de saúde da mulher, ciclos de vida, voltadas não apenas para a mulher como ser reprodutor. Eu acho que isso foi uma solicitação do conselho mesmo e que o governo incorporou bem, sabe? (Gal Costa, servidora).

Na visão de uma outra servidora, entretanto, a saúde da mulher foi perdendo a sua essência ao longo do tempo e acabou se transformando em uma política muito reduzida, com foco na mulher gestante – “Eu lembro que a minha dificuldade começou quando a gente precisava fazer alguma discussão de saúde da mulher, e eu procurava a área técnica [...] e a gente foi entendendo que de repente virou só materno-infantil.” (Cássia Eller, servidora) –, e essa situação, pelo que se depreende da sua fala, nem mesmo a alteração estrutural da SES-MG deu conta de superar. Dessa forma, as políticas que dizem respeito à saúde da mulher deixaram, nos últimos anos, de ser tratadas por uma área de forma integral e articulada dentro da SES-MG, para uma outra abordagem fragmentada, em que cada setor responde por um pedaço da grande política. A servidora, assim, tem uma visão crítica sobre a forma como a estrutura, no período mais recente, passou a determinar a própria política de saúde da mulher, sem uma área coordenadora, de fato, que contemple tal política de forma ampla:

[...] a secretaria já teve a área de saúde da mulher, que era uma área mais abrangente, que tratava da mulher como tudo. Aos poucos foi afinilando, afinilando, afinilando e chegou um momento que o saúde da mulher virou materno-infantil. Então tratava muito a mulher naquele período antes, durante, depois da gestação, entendeu? A mulher foi meio que reduzida a maternidade ali nesse caso. E isso é uma das coisas, por exemplo, que o Conselho sempre bateu, sempre reclamou, trouxe, já mandou pra gente ofício, pra saber porque acabou com a área de saúde da mulher. E a nossa resposta sempre foi “ah, não acabou com a área de saúde da mulher”. Mas acabou um pouco, ela foi tão reduzida que ficou muito ali envolvida nessa questão da maternidade. Então eu acho que acaba que quando vêm as propostas [das conferências], elas acabam tentando ser enquadradas um pouco no que a secretaria trata hoje como saúde da mulher. Então assim, ah, por exemplo, a questão do câncer de mama. Ah, quem trata o câncer é a vigilância, porque aí pega só os indicadores ali, entendeu? Então eu acho que ficou faltando um pouco, assim... as outras questões, elas vão tentando ser encaixadas e às vezes nesse encaixe ela acaba sendo muito reduzida. Igual, por exemplo, a questão do câncer de mama. Pô, não é simplesmente o indicador que vê como é que tá o percentual de mamografia, entendeu? A gente tem que discutir a política como um todo. E aí a política se perde porque não tem essa área que vai discutir isso aqui. Então a gente só tá preocupado se o indicador de mamografia tá legal. [...] Eu acho que nessa parte específica de saúde da mulher, com a minha visão hoje, é que a secretaria reduziu muito o escopo, e não tem essa visão global da mulher como um todo [...]. (Cássia Eller, servidora).

A dificuldade de articulação e de condução de algumas políticas na área da saúde da mulher atualmente também é sentida por outra servidora, que exemplifica pela ausência de um setor específico para conduzir duas políticas que figuram em muitos depoimentos como relevantes e, em tese, fáceis de se incorporar – o câncer e o pré-natal. Entretanto, na prática,

ainda que sejam mais consensuais, a condução dessas políticas encontra dificuldade pela fragmentação interna da própria Secretaria e ausência de atribuição clara de papéis:

[...] uma luta que a gente tinha aqui muito grande até hoje, desde 2019, de quem que assume a propedêutica do cuidado do colo do útero em geral [...]. Então a gente fica nesse melindre que ninguém assume, a pauta está desfragmentada e não está atuante, não está representando a realidade que seria necessidade de saúde. [...] Agora com o restante das pautas, eu sei que tem um conflito entre o pré-natal, que é o pré-natal de alto risco e o pré-natal de risco atual, não sei especificar mais profundo como é que é os melindres, eu sei que é um conflito [...] sobre quem faz o papel de que, mas também não consigo te aprofundar mais no que seria essas dificuldades. (Maria Carolina de Jesus, servidora).

Uma das conferencistas também destaca, explicitamente, como retrocesso a extinção de uma área específica para conduzir a agenda da saúde da mulher: “[...] aqui no estado de Minas Gerais a gente viu um retrocesso nessas últimas gestões do governo neoliberal do Zema, que inclusive o retrocesso, por exemplo, a gente tinha uma coordenação de saúde das mulheres, não temos mais [...]”.

 (Nísia Floresta, conferencista).

Na visão de outra servidora, toda essa fragmentação pontuada sobre a condução da política da saúde da mulher não existia de forma tão evidente nos anos correspondentes ao PES 2012-2015. Segundo seu relato, a Coordenação de Saúde da Mulher, àquela época, era considerada estratégica, por sua relação com os Objetivos do Milênio da ONU, na época, e pelo interesse do próprio gestor pela área. Com isso, o seu escopo de atuação, pautado na lógica de construção de redes de atenção e de protocolos e linhas-guia, procurava abranger as múltiplas facetas da saúde da mulher, como pode ser observado no trecho da entrevista em destaque:

Na coordenação era saúde da mulher, então tinha a parte do materno infantil, que é a parte da gestante, que era o projeto que eu estava, então de gestante a criança de um ano. Tinha a parte da violência contra a mulher, que é uma frente de trabalho que envolve muito a segurança pública, né? Identificar os hospitais. Tinha a parte de construção mesmo de pontos de atenção na rede, construção de Centro Viva Vida, caso de apoio, que é mesmo alugar uma casa perto da maternidade. Tinha a parte do banco de leite, que é uma área específica em credenciar os hospitais que fazem banco de leite. Tinha a parte da morte materna, que é muito na parte da ginecologia, mas a gente incorporou na época, porque era mortalidade infantil e materna, nosso indicador a perseguir, mas é uma área específica, a saúde da criança é uma área, e da mulher, outra. [...] Bom, ah, eu esqueci de falar do planejamento familiar, que é a mulher em idade fértil e a parte do câncer de mama. [...] mas a proposta da Rede Viva Vida, que até já estava pensando, é o que se discute hoje em saúde, tanto pública como privada, que é o que a gente discute no SUS, paga-se por procedimento. Com a ideia do Viva Vida, era uma ideia que a mulher entrava e percorria o caminho, então se ela precisava do... você não paga por procedimento, você pagava por mulher no ciclo da linha-guia. E na minha visão, é um atendimento mais amplo, porque no Centro da Vida, você entrava com a mulher gestante, com gestante de alto risco, com planejamento familiar e com a mulher de rastreamento de

câncer. Então, é toda a saúde da mulher na prevenção e no tratamento. Era a ideia da linha-guia, que é isso que a gente fazia. (Hilda Hilst, servidora).

Um ponto interessante que apareceu nas falas de duas das servidoras remete ao fato de que o relatório da CESMu-MG, de 2017, por muito tempo não havia sido apropriado por, possivelmente, ninguém na SES-MG. Apenas na oportunidade de elaboração do PES 2020-2023, e já durante o curso de sua elaboração, a partir de uma provocação do CES-MG sobre o que, entre as propostas do relatório, estaria ou não executado até aquele momento, a SES-MG teria tomado ciência do que fora deliberado nessa conferência, o que aponta para uma possível negligência em relação às deliberações específicas para as mulheres geradas por aquela Conferência temática.

[...] foi acho que a vez que todo mundo pegou o relatório, deu uma lida, viu o que tinha para sua área e o que a gente não estava fazendo, porque a gente nem sabia que estava ali, pactuado aquilo, entendeu? (Cássia Eller, servidora).

[...] a saúde da mulher foi inclusive uma das que foi incorporado ao Plano Estadual de Saúde à época porque tinha tido uma Conferência de Saúde da Mulher específica com a temática ‘Saúde da Mulher’. Então, que também foi uma que ninguém tinha contado pra gente que existia e que aí no meio do caminho a gente teve que sair correndo e juntar e ser mais uma linha de conferência e de buscar a coerência dela dentro do Plano, pra saber se a gente não esqueceu nada [...] (Elza Soares, servidora).

De fato, a avaliação de uma das conferencistas é de que pouco se avançou nas políticas para as mulheres após a realização da Conferência temática. Segundo seu relato,

[...] a gente teve um seminário aqui, logo depois da Conferência. A CISMU do Conselho Nacional de Saúde pediu para que todos os conselhos estaduais fizessem uma avaliação das propostas, aquelas que saem das conferências, as que foram aprovadas, as parcial, integralmente [implementadas] [...]. Não é surpresa também, porque a gente está num governo que tem outras pautas, que defende o mercado, a gente viu que a maior parte das propostas de saúde das mulheres não foram implementadas. Muito pelo contrário, houve um retrocesso nelas em todas as áreas, em todas as áreas. [...] Então essa questão da desigualdade de gênero, da luta pela igualdade entre... o acesso, o atendimento entre homens e mulheres, ele realmente, a gente não consegue avançar muito, apesar de todas as lutas. (Nísia Floresta, conferencista).

É importante esse destaque sobre a CESMu-MG porque, como conferência temática, a discussão sobre esse tema deveria potencializar as políticas de saúde pensadas para as mulheres, como ocorre na oportunidade de conferências focadas assim, na visão de uma das servidoras. Entretanto, do ponto de vista prático, os resultados da Conferência ficaram alijados da discussão sobre o planejamento um longo tempo e quase não foram contemplados pelo PES:

[...] se eu tenho uma conferência temática e se eu tenho a conferência geral e todos dois têm que estar contemplados lá dentro, eu vou ter um espaço muito maior de fala do que uma área que não tem a militância, que não vai conseguir

essa conferência temática específica e que vai se restringir sua participação só à conferência geral, que aí abarca um monte de assunto [...]. (Elza Soares, servidora).

Além da discussão específica sobre a saúde da mulher no contexto do planejamento, é importante também refletir sobre a relevância dada à participação e aos relatórios das conferências no processo de produção dos instrumentos governamentais de planejamento. Nesse sentido, uma das servidoras destaca os avanços históricos percebidos nessa valorização, sendo que a utilização dos relatórios das conferências como fonte de elaboração dos Planos, inicialmente inexistente, segundo sua percepção, hoje já é algo mais assimilado pelos processos internos da SES-MG.

No começo eu não via absolutamente nada, quando eu entrei na AEST e a gente ia fazer os Planos e tal, a gente nem lembrava que tinha tido Conferência. A gente simplesmente ia discutindo com as áreas e vendo o que ia ser do Plano de Saúde e tal. E com o tempo eu achei que isso começou a ser mais bem utilizado. A gente começou a ter mais acesso aos relatórios da Conferência e tudo mais. Eu acho assim, do tempo que eu comecei a trabalhar aqui na Secretaria até hoje, eu acho que isso foi uma evolução violenta. Hoje todo mundo lembra que tem a Conferência, que a gente tem que pegar as diretrizes da Conferência pra poder colocar no Plano Estadual de Saúde, por exemplo, e depois que vai desdobrar nos outros instrumentos. Mas pra mim isso é uma evolução gigantesca de 2008 pra cá, assim, sabe? (Cássia Eller, servidora).

Uma conferencista também destaca a importância da elaboração participativa dos instrumentos de planejamento, envolvendo o que vem deliberado das conferências e o próprio Conselho de Saúde. Essa visão se aproxima da ideia de que o envolvimento da sociedade nos procedimentos que envolvem a formulação das políticas públicas é o fundamento essencial da existência das IPs (ALMEIDA; LAVALLE, 2020; SOUZA, 2012):

[...] quando você tem as prioridades, facilita. Então, quero dizer isso assim, o Plano, ele fica muito mais rico quando há participação popular. [...] Quando você dialoga, você vai corrigindo os rumos, vai alterando ali o planejamento. Você vê que aquilo que foi pensado um tempo atrás já não é mais aquilo, aí o controle social, as participações, as conferências, trazem outras questões, aí você vai corrigindo essa rota. E o recurso, ele é finito, você tem que priorizar mesmo, e fazer de acordo com a realidade. E ouvir a população, no meu entendimento, é a melhor saída [...]. (Nísia Floresta, conferencista).

Outra servidora também chegou a pontuar a importância do fortalecimento da participação e da aproximação com o CES-MG na construção dos instrumentos de planejamento do SUS-MG, que, segundo ela, passou a acontecer. Vale pontuar que essa visão de envolvimento do CES-MG na construção do PES não foi manifestada expressamente por nenhuma outra servidora:

Eu acredito que os mecanismos de participação têm se fortalecido, sim. A aproximação com o Conselho de Saúde é a principal forma da gente expressar isso. Mas ainda tem um caminho muito grande a ser trilhado, porque precisa ter uma sensibilidade maior pra trazer as demandas da sociedade, pra incorporar isso na construção das políticas, trazer a sociedade junto pra isso. Eu acho que isso ainda é muito incipiente, sabe? (Gal Costa, servidora).

Entretanto, ao relatar sobre o processo de elaboração do PES 2020-2023, especificamente, ela resgatou a total ausência do CES-MG nessa atividade, em descompasso com o que seria desejável do ponto de vista da governança do sistema de planejamento mais amplo do SUS e, em última instância, de forma afastada do que preconiza a legislação do SUS, notadamente o § 4º do art. 30 da Lei Complementar nº 141/2012: “Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades” (BRASIL, 2012). Ou seja, ela nota que há uma aproximação institucional da SES-MG com o Conselho, mas que essa mesma aproximação não é tão evidente quando da elaboração do PES. Essa constatação de afastamento do controle social como instância participativa na concepção do principal instrumento de planejamento do SUS-MG converge com os achados e conclusões dos estudos de Avelino e Santos (2015):

[...] eles iam muito atrás das áreas para fazerem discussões, apresentavam muito como que era no passado, ‘ah, o Plano atual é assim, o que você acha que tem que mudar para o próximo Plano?’ E era isso. E o Conselho foi consultado no final. Mas ele participou? Não. As diretrizes das conferências foram incluídas? Não sei. Por que eu não participei desse processo. Mas eu vi, e eu via o pessoal que mexe com o conselho e o próprio conselho reclamando, que eles não foram incluídos em todo o processo. Foi só mais para o final mesmo. E isso é muito complicado, porque eles teriam que estar em todos os momentos, eles são as representantes da sociedade. Mas não vi como muito participativo não. Eu vi mais como a incorporação dos objetivos do Planejamento Estratégico da SES do que as diretrizes da conferência (Gal Costa, servidora).

Uma outra servidora que acompanhou, em alguns momentos mais de perto e, em outros, mais distante, a elaboração de todos os Planos sob análise nesta pesquisa, produziu o seguinte relato, em relação ao envolvimento do CES-MG nessa etapa de elaboração desses instrumentos, no período das edições 2012-2015 e 2016-2019 – ainda que, não diretamente, na sua escrita. O Conselho funcionava, nesse período, como uma instância de validação prévia do instrumento produzido a partir do relatório da conferência:

A gente, antes de apresentar para o Conselho, antes de chegar na aprovação do Conselho, a gente apresentava para eles o Plano. E a gente discutia cada uma das diretrizes antes da aprovação do Plano. A gente não fazia nada sem a discussão com eles. Porque quando chegava no dia da aprovação, era só aprovar. (Rita Lee, servidora).

Como se percebe, havia uma preocupação mínima com a inclusão do Conselho na discussão, de forma prévia. Seu relato, entretanto, mostra que, no período de elaboração do PES 2024-2027, o CES-MG não participou daquela validação prévia corriqueira:

Esse último ano, não aconteceu essa validação prévia. O Estado foi lá, apresentou, aí o Conselho apontou os incômodos deles, e o Estado apresentou muito rapidamente e foi aprovado. Eu não sei se falar exatamente como foi feita essa articulação interna com o Conselho, mas fato é, aprovou bem mais rápido, mas com uma participação bem menor do Conselho na elaboração do Plano. (Rita Lee, servidora).

Além da não participação do CES-MG, uma das servidoras manifestou que tem percebido a redução da participação das equipes da própria SES-MG na concepção dos instrumentos de planejamento. Especificamente sobre o PES 2024-2027, ela relata:

Eu venho vendo uma diminuição da participação ao longo desses anos. Eu já participei ativamente com os gestores das áreas, sendo da Gestão Estratégica, de construção do Plano, com as metas discutidas com a equipe. Me entristece o de 24 não ter sido discutido, nem validado e construído com uma só pessoa. Então, na minha época tinha participação, mesmo que nem todas as demandas da equipe eram feitas, o plano era feito em conjunto. (Hilda Hilst, servidora).

Além das questões que envolvem a gestão da SES-MG, também foi identificado outro tipo de problema quanto à participação do CES-MG nesse processo do planejamento, mas anterior à elaboração do próprio PES. Isso porque uma servidora destacou, em dois momentos da sua entrevista, que o próprio CES-MG não havia produzido, quando deveria tê-lo feito, o relatório final da Conferência Estadual de Saúde de 2023 com as diretrizes a serem remetidas para a SES-MG, a fim de promover sua incorporação ao PES 2024-2027. Essa observação faz destacar uma fragilidade observada no CES-MG – e que espelha a realidade dos conselhos de saúde em geral – “[...] hoje, um grande desafio para o conselheiro, a gente precisa mais capacitação. Eu sinto muita falta de capacitação”. (Laudelina de Campos Melo, conferencista). Esse aspecto também foi objeto de observação por outras duas servidoras, sugerindo-se, portanto, a importância do investimento na qualificação da atuação do Conselho.

[...] foi muito problemático [...] teve a conferência e o Conselho não produziu um relatório da conferência propriamente dito, assim, com as deliberações da conferência com diretrizes. [...] a Assessoria Estratégica que estava reunindo com o Conselho pra ajudar o Conselho a escrever as diretrizes do Plano. (Tarsila do Amaral, servidora).

[...] o Conselho, eu acho que está também esvaziado e enfraquecido, muito. Não enfraquecido no sentido de falta de cobrança. A gente vai chegar lá e eu acho que eles estão tendo ganhos recentes na atuação deles. Mas enquanto um espaço qualificado, eu acho que não. Eu acho que está muito desqualificado o Conselho de Saúde. Muito, muito, muito. Então, eles não conseguiram produzir um relatório. (Tarsila do Amaral, servidora).

[...] são pessoas que não têm mesmo a formação naquilo, estrutura para aquilo e tal, e a gente precisa de fato investir para que eles façam o papel que se espera deles. [...] a gestão tem um pouco esse papel de fazer o Conselho mais fortalecido e para discutir melhor com eles, eu acho que é sem sombra de dúvidas, quando a gente vê que alguém acredita, entende o papel do Conselho e investe nele, o trabalho vai ser muito melhor. (Cássia Eller, servidora).

Eu acho que [a Conferência] é um espaço para as pessoas apontarem o que elas estão sentindo que precisa ser feito em termos de saúde pública [...] o que elas querem que aconteça. E aí é o que eu falei, que não necessariamente eles sabem qual é o escopo de trabalho de cada um dos entes. Então tem hora que eles vão pedir uma coisa para o Estado, mas que é o município ou que é a União, mas a necessidade ela existe. [...] a consolidação de tudo é feita no Conselho, e muitos dos conselheiros infelizmente não têm esse discernimento do que é de quem. E aí dificultou o trabalho. (Elza Soares, servidora).

Um pequeno parêntese sobre essa questão da qualificação diz respeito à visão trazida por uma das conferencistas. Segundo ela, mais do que criticar as propostas ruins que vêm, em função da possível limitação na atuação das pessoas conselheiras e conferencistas, há que se ter um olhar de acolhimento e compreensão, buscando entender a essência do que está sendo requisitado pelas propostas.

O que é que eu percebo da Conferência Estadual? Muitas vezes eu estou na relatoria... é muito legal. Tem gente que critica muito: ‘não, essa proposta é ruim’, e tal. Eu falo, ‘gente, essas propostas vieram de quem está vivendo, né, o dia-a-dia’. Então a gente tem muita dessa paciência para compreender, ter essa sensibilidade, quase generosidade para você abrir esse lugar que você acha que é melhor para os outros, entender o que está falando, sabe? Eu penso nisso. (Bertha Lutz, conferencista).

Assim, voltando ao ponto anterior, muitos relatos sobre o processo de elaboração do PES 2024-2027 demonstram que, embora tenha havido problemas do ponto de vista da concepção do Plano, que não foi gerado de forma participativa e com a inclusão do CES-MG, o próprio Conselho apresentou limitações para entregar, a contento, o relatório dessa Conferência, demandando suporte da equipe da Secretaria para essa atividade. Com isso, na prática, tanto o relatório da Conferência quanto esse PES foram construídos com forte papel indutor da SES-MG, conforme o relato:

[...] a gente tinha uma série de propostas que deveriam ter sido transformadas nas diretrizes da Conferência. Não foram. Então, as diretrizes da Conferência já foram construídas junto com a Assessoria [...]: tipo, dois ou três conselheiros em reunião com um ou dois técnicos da Assessoria, o que já é um processo complicado. Saíram aí, sei lá, 14 diretrizes da Conferência. Dessas diretrizes da Conferência, a gente transformou em 6 diretrizes do Plano. Esse processo das 14 diretrizes da Conferência para as diretrizes do Plano está na matriz de coerência do PES. [...] A gente teve a preocupação de dizer ‘olha, essa demanda aqui que veio da diretriz da Conferência, foi direcionada para a diretriz desse Plano dessa maneira’. ‘Isso aqui foi direcionado aqui dessa

forma'. Mas das 14 que já foram construídas com a gente. Não do compilado geral das propostas, que a gente nem recebeu, para ser sincero. (Tarsila do Amaral, servidora).

Outro problema enfrentando na concepção do PES 2020-2023 foi o fato de que, com a troca da gestão, as equipes responsáveis foram totalmente substituídas, não restando na SES-MG nenhuma servidora ou servidor com histórico de elaboração de Planos na equipe responsável por estes instrumentos. Isso demonstra uma vulnerabilidade potencial de produção de tais instrumentos em situações semelhantes de mudança de governo, podendo constituir-se um desafio adicional para a plena consecução dos objetivos que os Planos pretendem lograr, o que inclui atender à inclusão do que foi posto nas deliberações das conferências anteriores.

E quando a gente chegou, já na parte que eu atuei mesmo eu tive muita dificuldade porque, como foi troca de gestão, as pessoas que tinham conhecimento sobre como fazer um Plano Estadual de Saúde não estavam trabalhando no setor, todas tinham saído, algumas por escolhas pessoais, outras por escolhas da gestão, então pra gente foi muito caótico porque era pegar o que tinha de memória por escrito no computador, para tentar aprender [...] muita coisa a gente descobriu ao longo do processo de elaboração. Resultados de conferências que tinham acontecido, que eram de conferências temáticas, que ninguém tinha deixado nada avisado, e aí no meio do caminho 'por que não vocês escreveram nada específico da conferência tal?', aí a gente teve que correr atrás para descobrir onde que estava [...] (Elza Soares, servidora).

Interessante um ponto trazido por uma das servidoras de que, na sua visão, o PES não é, de fato, um instrumento de planejamento. Na medida em que ele funciona para alcançar vários objetivos, incluindo a expressão da totalidade das demandas a serem executadas – que, uma vez ausentes no PES, não podem dispor de orçamento e ser realizadas –, ele não expressa o que o governo pretende mesmo priorizar, perdendo a própria função de instrumento de planejamento para atuar mais no sentido de se comunicar com a sociedade.

é fundamental que pra gente conseguir incorporar que as diretrizes efetivamente virem políticas públicas, as diretrizes de conferência, é preciso que o PES seja um instrumento forte de planejamento. Só que... do que a gente tá planejando mesmo fazer. Só que como hoje, além dele ser um instrumento de planejamento, ele precisa expressar tudo que a gente tá planejando fazer, tudo que é possível que seja feito porque se não tiver no PES eu não posso fazer nada com recurso, ele é um instrumento Frankenstein. E aí isso abre margem para que a gestão não use o PES como um instrumento de planejamento, hoje ele é muito mais um instrumento de comunicação e de transparência [...] (Tarsila do Amaral, servidora).

Uma servidora trouxe uma perspectiva interessante em relação ao papel dos Planos de Saúde, destacando que a contemplação do que vem das conferências não necessariamente precisa estar refletido em indicadores, metas ou diretrizes específicas, para cada questão que foi deliberada. Há que se contemplar, de forma harmônica e geral, todo o conteúdo, mas

transformar tudo em diretrizes, objetivos, indicadores e metas contribui com as críticas relatadas na literatura recente sobre as conferências (BRASIL, 2009; RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017), de estabelecimento de muitas frentes pulverizadas de políticas, sem definição clara do que é realmente importante. No trecho em destaque, a servidora elucida como foi a elaboração do PES 2020-2023 – que, como já ilustrado na subseção 5.1, passou a ter 19 objetivos e 132 metas, em contraposição ao PES 2016-2019, que tinha 143 objetivos e 214 metas:

Uma coisa que a gente falava quando as pessoas falavam ‘mas tudo que você vai fazer tem que estar no Plano Estadual de Saúde’. E realmente tem que estar. Só que eu não preciso que tudo que vai fazer seja uma meta ou um indicador. [...] a gente chegou... Era muito mais de 100 metas. Nem lembro quantas, mas perdi as contas. Era uma planilha gigantesca que não acabava nunca. No final das contas a gente não estava acompanhando nada. [...] As pessoas [do Conselho] estavam tão preocupadas com o numerozinho da meta, que foi o que você combinou e ela consegue ver um número e cobrar, que a discussão [sobre as políticas] que era mais importante se perdeu. (Elza Soares, servidora).

O tom geral do conjunto das falas sobre o processo de construção dos Planos leva à conclusão de que, tanto o planejamento quanto as conferências, não têm conseguido direcionar seus esforços no sentido de travar discussões efetivamente relevantes, que definam prioridades e uma visão de futuro calcada no desenvolvimento, tal qual já indicado por Avelino e Santos (2015). A ausência de uma priorização e a exploração de uma gama extensa de pautas abraçadas pelo PES não se manifesta apenas no texto final desse instrumento, senão já vem sendo gestada desde a própria conferência, como destacaram o relatório do CONASS sobre o tema das conferências (BRASIL, 2009) e os estudos de Ricardi, Shimizu e Santos (2017). Segundo esses autores, a ampliação das pautas reflete em prejuízos substantivos nas propostas e na sua exequibilidade. Soma-se a isso o fato de que o CES-MG, que deveria realizar a priorização das diretrizes aprovadas, não estar participando do processo de elaboração do PES, como apontado pelas entrevistadas, que encontra ressonância nos estudos de Avelino e Santos (2015).

Por outro lado, apareceu em muitas falas a preocupação e prática dos governos de promover um alinhamento entre os instrumentos de gestão e pactuação governamentais e do SUS-MG, de forma a torna-los mais homogêneos – o que foi ficando cada vez melhor definido, como se observa pela análise dos PES já realizada na subseção 5.1. Esse alinhamento responde à expectativa prevista na legislação, principalmente no que diz respeito à convergência e compatibilização entre o PES e o PPAG (BRASIL, 2013). Segundo relata uma das servidoras, o PES acaba sendo o caminho final de uma trajetória de participação que se inicia nas conferências e de uma trajetória de planejamento que se inicia nos instrumentos de

planejamento governamental – PMDI, PPAG, planejamento estratégico –, responsabilizando-se pela conciliação final dos desejos da IP com os desejos do próprio governo:

como não são todas as Secretarias que têm um Plano específico da sua área de atuação, a maioria só trabalha com instrumentos de gestão governamental, a gente tem que juntar os pedacinhos da Conferência com o que o governo quer. Então a gente faz o processo contrário. A gente pega tudo que está na Conferência, busca tudo que está no planejamento do governo, para garantir que o Plano contenha as duas coisas. Porque não necessariamente o que vai estar no planejamento governamental vai ter alinhamento ou vai estar representado por algo que veio da Conferência. Mas se as duas coisas estiverem de uma forma minimamente convergente dentro do Plano, dá para rodar e buscar esse alinhamento. (Elza Soares, servidora).

A título de reflexão final, destaca-se a fala de uma das servidoras, sobre o processo de amadurecimento do estado na elaboração do PES, ao longo dos anos – o que também converge com a percepção da análise realizada na subseção 5.1. Essa fala transparece que a atividade de planejamento é objeto de aprendizagem institucional e de desenvolvimento das equipes da SES-MG e do próprio CES-MG, envolvidas nessa atividade.

O primeiro Plano [2016-2019] era uma ‘zona’. O segundo Plano [2020-2023], pra colocar dentro do sistema, que hoje existe um sistema pra gente monitorar, a gente nem conseguia encaixar ele lá dentro das diretrizes, objetivos e metas. E hoje não, ele está casadinho, está assim. Foi uma maturidade mesmo. O estado ganhou uma maturidade na elaboração dos Planos muito boa nos últimos anos. A gente aprendeu. O Conselho aprendeu, o estado aprendeu como elaborar e está ficando muito bom. Eu acho que está bem alinhadinho agora. Já foi bem ruim. Já foi bem ruim. Mas é o que você falou, são 30 anos de aprendizado. E agora está começando, o pessoal começou a entender como funciona. (Rita Lee, servidora).

Assim, parte-se para a subseção de fechamento da etapa analítica deste trabalho, que foca no confronto entre o que é deliberado nas conferências e o que consta, de fato, no planejamento, principalmente a partir da análise dos documentos que fornecem materialidade às impressões registradas nas entrevistas com as conferencistas e servidoras.

7.3. As diretrizes nas conferências e as diretrizes no planejamento: ressonância ou dissonância?

Esta subseção se destina a responder a principal pergunta da pesquisa ora em curso. Essa pergunta tem máxima relevância de ser respondida, uma vez que, como afirma uma das conferencistas, “a conferência é o lugar de criação, é onde você traz o que tá na base. A conferência existe pra referendar as políticas públicas da base”. (Laudelina de Campos Melo, conferencista). Essa noção, registrada pela entrevistada, de inclusão da sociedade civil no

processo decisório por meio da participação, como forma de controle político e de incidência direta para efetivação da sua vontade, encontra-se presente nos estudos sobre a democracia participativa abordados nesta pesquisa (ALMEIDA; LAVALLE, 2020; PATEMAN, 1992; QUINTÃO, 2014; SOUZA, 2012).

Mas antes mesmo de realizar a análise mais detida sobre os Plano Estaduais de Saúde e relatórios das conferências, buscando compreender os pontos de aproximação e distanciamento entre ambos nas pautas da saúde da mulher, as impressões das servidoras e conferencistas pode representar um importante termômetro para o fornecimento de pistas sobre esse grau de ressonância. Um ponto inicial de interesse, portanto, é identificar, segundo a visão delas, se há diretrizes que são aprovadas nos processos deliberativos das conferências e que, entretanto, não entram no planejamento.

Quando diretamente inquiridas sobre tal assunto, há uma tendência de as servidoras manifestarem que, pelo que compreendem, as diretrizes acabam, sim, sendo contempladas no PES:

[...] a gente não pode deixar de contemplar tudo que aparece na conferência, entendeu? Então não existe isso. Existe o que é menos... tipo assim, 'não é minha prioridade'. (Rita Lee, servidora).

[...] como o Plano Estadual de Saúde tem que ser aprovado por quem apontou as diretrizes, se eu fugir totalmente do que ele me deu de diretriz, ele não vai aprovar o Plano. Eu preciso ter um mínimo de coerência com as diretrizes que estão sendo apontadas pra eu conseguir fazer uma aprovação de um Plano Estadual de Saúde. (Elza Soares, servidora).

Ao lançar um olhar sobre a interseção entre IPs do SUS, considerando a incorporação das demandas do próprio Conselho de Saúde que, por sua vez, são apresentadas pelos processos conferenciais, as conclusões apontam para um caminho similar, segundo a percepção de uma das entrevistadas. Quando a análise se centra no que é demanda do controle social, uma das servidoras trouxe, como ilustração, pautas da saúde da mulher que, na sua visão, têm sido contempladas – ao menos no que diz respeito ao que é monitorado –, indicando uma aproximação do planejamento com as demandas específicas do CES-MG:

[...] no caso da saúde da mulher, a gente tentou incorporar [...] aspectos da vida da mulher que efetivamente tocam a saúde mais diretamente. Então, a gente tem os indicadores da saúde materna, a gente tem os indicadores de câncer, de prevenção ao câncer de mama e o colo do útero, e a gente tem o indicador de atendimento às vítimas de violência sexual, que é uma grande demanda do conselho (Tarsila do Amaral, servidora).

Mas nem todas as demandas do Conselho têm a mesma recepção pelo planejamento, segundo a mesma servidora. Assim, ela também traz outras pautas que, embora defendidas pelo CES-MG, não têm sido adequadamente tratadas pelos instrumentos de planejamento, sugerindo maior distanciamento em relação a algumas demandas específicas do controle social:

[...] a questão da menopausa e da menarca são demandas grandes do conselho que a gente tenha metas e ações sobre isso, e a gente não consegue colocar que a gente não tem mesmo capacidade institucional (Tarsila do Amaral, servidora).

Ainda no campo da saúde da mulher e mais especificamente ao abordar sobre o PES 2024-2027, o mais recente produzido, uma das servidoras apontou um descontentamento de uma das conselheiras estaduais de saúde, ligada à agenda das mulheres, sobre o tratamento dado por esse Plano a tal temática:

[...] nesse último [PES] agora que a gente fez [...] eu vi ela reclamando muito que precisava de alguns outros indicadores, que precisava de um foco maior na questão de saúde da mulher. Então eu acho que não tinha tantas propostas específicas de saúde da mulher que estava... eu vi ela muito falando que precisava melhorar a parte da saúde das mulheres, etc. (Cássia Eller, servidora).

Como se pode notar, não há uma unanimidade entre as entrevistadas em relação à percepção de incorporação das pautas da saúde da mulher, vocalizadas pelas conferências, nos instrumentos de planejamento do SUS em Minas Gerais. O aprofundamento sobre essa situação só é possível a partir da análise dos documentos – os relatórios das conferências e os PES.

Em primeiro lugar, cumpre destacar que não há que se falar, na maior parte dos relatórios de conferências, em diretrizes a serem incorporadas, visto que, do ponto de vista prático, não foram produzidas diretrizes pela maior parte deles. Como ressaltado no subitem 5.1 desta pesquisa, as conferências analisadas tenderam a reproduzir “eixos temáticos” como forma de classificação e agrupamento de “propostas” mais específicas, não encontrando lugar a produção de “diretrizes” – como enunciados gerais que expressam uma estratégia de ação, norteando a atuação do Estado por meio das políticas públicas.

Feita essa ressalva, entre os relatórios da 8ª e da 10ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais – que são as que, efetivamente, construíram e deliberaram sobre diretrizes –, apenas a 10ª Conferência aprovou uma diretriz explicitamente voltada ao tema da saúde da mulher:

Implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, garantindo o acesso e atendimento de todas as mulheres em todos os ciclos de vida, sem discriminação em todos os níveis de atenção à saúde, de forma

intersetorial e interinstitucional, fortalecendo a consolidação dos princípios do SUS, assegurando a equidade com equipes interdisciplinares e educação permanente em Saúde das Mulheres (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2023, p. 78).

Entretanto, nenhuma das diretrizes constantes do PES 2024-2027 reflete o que está expresso na diretriz ilustrada, aprovada pela Conferência. Além disso, não há nesse PES uma diretriz focada na questão da saúde da mulher, ainda que em termos distintos daqueles propostos pela Conferência. A saúde da mulher é tratada nele dentro de objetivos, metas e indicadores – o que também é uma constante em todos os demais Planos. Dessa forma, a identificação da ressonância ou dissonância do que é deliberado nas conferências com o que se planeja de política pública na área da saúde da mulher não será feita com base na comparação entre as diretrizes dos relatórios, que não existem, e as diretrizes dos Planos. A estratégia de análise irá conjugar a análise das temáticas das propostas aprovadas nas conferências com as temáticas dos objetivos ou, quando estes estiverem ainda muito amplos, das metas dos Planos Estaduais de Saúde – para se aproximarem mais da especificidade das propostas –, fazendo o devido aprofundamento no próprio procedimento analítico.

A tabela 2 representa uma síntese da ocorrência das temáticas referentes à saúde da mulher no conjunto de propostas das conferências e de objetivos ou metas dos Planos:

Tabela 2 - Ocorrência de temas nas propostas e objetivos/metaspes por conferência e PES

Tema	7a geral (2011)	PES 2012-2015	8a geral (2015)	PES 2016-2019	1a mulheres (2017)	9a geral (2019)	PES 2020-2023	10a geral (2023)	PES 2024-2027
Aborto legal	-	-	1	-	1	1	-	-	-
Acesso, cobertura e qualidade de serviços	-	4	2	1	2	1	1	12	2
Câncer mama / colo útero	3	-	-	1	1	1	2	11	4
Comunicação / informação	-	1	-	-	3	1	1	7	-
Direitos sexuais e reprodutivos	-	1	-	1	1	2	-	8	-
Gestação, parto, puerpério	-	1	1	4	6	6	6	6	5
Política de Saúde Integral das Mulheres	-	1	-	2	3	1	-	1	-
Pop. vulnerabilizadas / abordagem interseccional	-	1	3	3	3	1	-	15	1
Promoção da saúde	-	-	1	-	1	-	-	1	-
Saúde da mulher (menção genérica)	1	-	-	-	1	-	-	2	-
Saúde mental (inclui álcool e outras drogas)	-	-	1	-	4	1	-	2	-
Violência	2	1	2	-	5	4	-	15	1
Ocorrências por tema	6	9	11	12	31	19	10	80	13
Número de propostas	6	7	3	8	12	11	10	39	8

Fonte: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (2011, 2015, 2017, 2019, 2023); Minas Gerais (2012, 2016, 2020, 2024b). Elaboração própria (2025).

O primeiro Plano a ser analisado em sua coerência com o que consta no relatório da sua respectiva conferência é o PES 2012-2015. Nota-se que, desde a etapa conferencial, foram poucas propostas aprovadas de saúde da mulher (apenas 6), sendo relacionadas aos temas do “câncer de mama e de colo de útero”, “violência” e “saúde da mulher (com menção genérica)”. O PES, por sua vez, ampliou o escopo de temáticas abrangidas pelas 7 metas inseridas com relação à saúde da mulher, dando maior enfoque no tema do “acesso, cobertura e qualidade de serviços”. Importante mencionar que esse governo estava implantando o modelo de redes de atenção à saúde no estado – no caso, a Rede Viva Vida – e a estruturação dos pontos de atenção e dos fluxos de acesso representava estratégia fundamental para o êxito do programa, o que justifica uma maior atenção dada a esse aspecto da política pública. Destaca-se, ainda, a ausência de metas para os cânceres – tema tradicional e unanimidade nas políticas de saúde, além de ser o que mais recorrentemente foi citado pelo relatório da 7ª Conferência. Uma possível explicação a essa omissão se deve ao fato de que, como as menções a esse tema na Conferência focavam a ampliação da faixa etária de rastreio, o que causa impacto no volume de atendimentos da rede e no seu financiamento, possivelmente por esses motivos ele foi ignorado pela gestão quando da elaboração do PES.

Interessante notar, também, que esse PES resgata propostas ligadas a outros temas comuns dentro da agenda feminista da saúde, como os “direitos sexuais e reprodutivos” e a “atenção à saúde integral das mulheres”. Chama a atenção o fato de que a 7ª Conferência não tenha produzido nenhuma proposta no sentido de abranger tais temáticas de tamanha relevância, o que reforça a visão de muitas das entrevistadas sobre uma relativa ausência dos movimentos feministas disputando as pautas da saúde, ou mesmo se ocupando de pautas muito específicas e fragmentadas, sem um olhar para a política mais abrangente de uma saúde integral. Outro tema bastante consensual que foi inserido pelo PES e esteve ausente do relatório foi o da “gestação, parto e puerpério”. Esse tema, embora não tenha sido lembrado, também compunha uma das frentes estratégicas de atuação do governo, na figura do Projeto Mães de Minas. Essa agenda, ao lado daquelas relacionadas à Rede Viva Vida, demonstram a importância das prioridades do próprio governo na definição das políticas públicas prioritárias, presentes no planejamento do SUS, o que também foi relatado pelas entrevistadas. Destaca-se ainda a presença no PES do tema “populações vulnerabilizadas e abordagem interseccional” que, embora ausente das propostas da 7ª Conferência, é um tema cada vez mais requerido no campo da saúde da mulher, passando a figurar em todas as outras conferências seguintes, de forma

cada vez mais expressiva. O PES 2012-2015 se antecipou a esse movimento e incluiu, em seu texto, uma meta com essa abordagem.

A 8ª Conferência Estadual, de 2015, por sua vez, trouxe uma novidade sobre as propostas aprovadas, em relação ao período anterior: assim como as seguintes 9ª Conferência Estadual (2019) e a 1ª CESMu-MG (2017), o “aborto legal”, tema de relevância e disputa no campo das políticas feministas da saúde, aparece de forma expressa, materializado em uma proposta de cada uma dessas conferências. Entretanto, esse mesmo tema é, novamente, ausente no relatório da 10ª Conferência (2023), podendo refletir indícios sobre a redução de intensidade de ação do movimento feminista na saúde, como apontado nas entrevistas, ou mesmo sobre uma perda no terreno de confronto político na própria arena participativa, dentro do contexto de acirramento das bandeiras extremistas e reacionárias presente nos últimos anos, como também relatado nas entrevistas.

O PES 2016-2019 continuou mantendo uma atenção a temas como “acesso, cobertura e qualidade de serviços”, “gestação, parto e puerpério”, “populações vulnerabilizadas / abordagem interseccional” e “atenção à saúde integral das mulheres”. Aqueles 3 primeiros, ausentes da 7ª Conferência, já surgem em propostas aprovadas da 8ª Conferência, com destaque para “populações vulnerabilizadas e abordagem interseccional”, com 3 propostas aprovadas com esse tema. Esse destaque é acolhido entre os objetivos do PES 2016-2019, que contemplou a temática também em 3 deles, além de ter tido destaque a “gestação, parto e puerpério”, figurando com a maior quantidade de objetivos no PES 2016-2019.

Chama a atenção, ainda, outros 3 temas – além do “aborto legal” – que foram aprovados em propostas na conferência e não aparecem como temas de objetivos desse PES: “promoção da saúde”, “saúde mental” e “violência”. A princípio, não se trata de temas polêmicos, de difícil incorporação. Por outro lado, eles envolvem uma abordagem mais complexa da política pública, pela multidimensionalidade dos problemas que eles enfrentam – principalmente as 2 últimas –, o que pode ter contribuído com um afastamento do governo de pensar políticas públicas que os atacassem.

A partir da 1ª CESMu-MG de 2017 – acompanhada da 9ª e da 10ª Conferência Estadual de Saúde, em 2019 e 2023 –, o espectro de temas expressos pelas propostas tem um salto qualitativo, abrangendo um universo maior de temáticas, e quantitativo, refletindo no reforço, principalmente, de alguns temas específicos. A “gestação, parto e puerpério”, por exemplo, aparece em 6 propostas da 1ª Conferência temática de mulheres e da 9ª Conferência geral – o

que repercutiu em também 6 metas com tal temática contemplada no PES 2020-2023. Já os temas da “violência”, com 5 e 4 propostas aprovadas nessas conferências, respectivamente, e da “saúde mental”, com 4 e 1 propostas, novamente não foram objeto de consideração no PES desse período – assim como “populações vulnerabilizadas e abordagem interseccional” (3 e 1 propostas), “atenção integral à saúde das mulheres (3 e 1 propostas), “direitos sexuais e reprodutivos” (1 e 2 propostas), e o já referido “aborto legal” (1 e 1 propostas). Em outras palavras, de 12 temas dentro da saúde da mulher com propostas aprovadas pelas conferências, apenas 4 foram objeto de contemplação pelo PES 2020-2023: “acesso, cobertura e qualidade de serviços”, “câncer de mama e de colo do útero”, “comunicação e informação” e “gestação, parto e puerpério”. Esse cenário reforça a crítica feita a esse Plano em relação à baixa incorporação das pautas das mulheres, principalmente no contexto de um instrumento que deveria considerar as deliberações da 1ª conferência temática sobre o assunto.

O PES 2024-2027 fecha o universo de instrumentos de planejamento estudados, repetindo a pequena diversidade de temas incorporados às metas, face à expressiva quantidade de temas aprovados nas propostas da 10ª Conferência. Ficaram de fora temas como “comunicação e informação” (com 7 ocorrências entre as propostas), “direitos sexuais e reprodutivos” (com 8 ocorrências entre as propostas), “saúde mental” (com 2 ocorrências entre as propostas) e “atenção integral à saúde das mulheres” e “promoção da saúde” (com 1 ocorrência, cada, entre as propostas). As “populações vulnerabilizadas e abordagem interseccional” e a “violência” (com 15 ocorrências na 10ª Conferência e, por isso mesmo, demonstrando-se temas urgentes e relevantes para a agenda das mulheres nesse período mais contemporâneo) tiveram apenas 1 meta cada, com menção a tais temáticas. Além delas, apenas “acesso, cobertura e qualidade de serviços” (12 propostas), “câncer de mama e de colo do útero” (11 propostas) e “gestação, parto e puerpério” (6 propostas) foram contempladas com metas que as considerassem em quantitativo de 2, 4 e 5 metas, respectivamente – definindo a maior prioridade em relação aos cânceres e às mães.

A análise dos Planos demonstra que a percepção de uma das conferencistas sobre a redução da pauta da saúde da mulher, nas duas últimas gestões, é um fato. Das 10 ocorrências temáticas da saúde da mulher identificadas em metas do PES 2020-2023 e das 13 da mesma área no PES 2024-2027, 8 e 9 ocorrências, respectivamente, são referentes a “gestação, parto e puerpério” e “câncer de mama e de colo do útero”. Além disso, de fato, como apontado, não há nenhuma meta referente aos “direitos sexuais e reprodutivos”:

Essas últimas duas gestões do Zema houve um retrocesso no sentido de que as mulheres, com a saúde das mulheres, começaram... as mulheres passaram ser vistas somente como barriga e peito. Só olha a questão do parto e do nascimento. E câncer de mama e tal, e, mesmo assim, precariamente. A gente vê que há esse retrocesso, essas políticas são muito focadas na reprodução, mas não é tudo. Por exemplo, a gente vê que houve um retrocesso, por exemplo, no planejamento reprodutivo. (Nísia Floresta, conferencista).

É interessante perceber que os temas tradicionais da saúde da mulher, como câncer de mama e de colo do útero, além da atenção à gravidez e ao parto, de fato, estão presentes na grande maioria das conferências, mostrando-se temas de relevância nessa agenda da saúde da mulher para quem integra tais IPs, além de serem temas de fácil incorporação, visto que também estão presentes de forma expressiva nos PES. Isso também tem coerência com a percepção das entrevistadas, que citam ambos temas nesse lugar.

Os direitos sexuais e reprodutivos, que sintetizam dois temas trazidos pela literatura como relevantes desde a redemocratização – planejamento familiar e sexualidade – estão totalmente ausentes dos Planos elaborados no contexto dos dois governos do Partido Novo, de espectro mais à direita entre as experiências recentes de governo estadual – agravando-se tal cenário ao se considerar que todas as conferências desse mesmo período aprovaram propostas com esses temas. Isso pode apontar para uma dificuldade de tratamento dessas temáticas nas políticas públicas desse governo por questões ideológicas, como consta no registro da fala das entrevistadas. Os governos de esquerda e de direita anteriores, por sua vez e por exemplo, incorporaram esses temas aos Planos, ainda que não tenham sido aprovados em propostas conferenciais à época.

O mesmo acontece com as políticas de saúde da mulher voltadas a populações vulnerabilizadas e de abordagem interseccional. Se no contexto do governo do PT foram incorporados ao PES 3 objetivos contemplando esse tema, nos governos do Partido Novo ele foi mais negligenciado. No PES 2020-2023 não constam metas voltadas a esse tema e, no PES 2024-2027, apenas 1 meta o contempla, face a 15 diferentes propostas aprovadas pela participação. Ou seja, apesar da sua intensificação como agenda de importância segundo os relatórios das últimas conferências, as questões ideológicas podem estar impedindo o seu crescimento de relevância na agenda do atual governo, ao contrário do que aconteceu no contexto de um governo de esquerda.

A atenção integral à saúde das mulheres, outro tema destacado pela literatura como importante, não tem sido objeto de consideração desse mesmo governo nas duas últimas

gestões. Trata-se de um tema que apareceu recorrentemente a partir de 2017 na 1ª CESMu-MG, sendo tema apontado por uma das servidoras entrevistadas como negligenciado, e que efetivamente não consta incorporado a nenhum Plano desse governo. Essa exclusão corresponde à visão de muitas das servidoras do aprofundamento de uma fragmentação da política de saúde da mulher na prática, percebido nos últimos anos. Ao mesmo tempo, essa atenção integral está no PES 2012-2015 e 2016-2019, sem ter sido aprovado nas conferências mais antigas. Isso pode sugerir que temas importantes podem ser incorporados por governos a eles sensíveis, independente da sua ausência no relatório que decorre do espaço de participação.

A violência é outro tema muito presente na fala das entrevistadas como importante – e, de fato, há uma percepção de aumento dessa importância ao longo do tempo, pelo crescimento das propostas aprovadas nas conferências relativas a esse tema. De forma geral, entretanto, e correspondendo à visão das entrevistadas, esse tem sido outro tema mais negligenciado dentro da saúde da mulher, de forma geral. Depois de ser incorporado com 1 meta no PES 2012-2015, o PES 2016-2019 e o PES 2020-2023 não apresentam nenhuma meta ou objetivo voltado a ele. O PES 2024-2027, por sua vez, retoma 1 meta com essa temática, o que parece pouco perto do conjunto de 15 propostas que fizeram menção a ela na 10ª Conferência.

A saúde mental voltada para as mulheres é outro tema de relativa importância no contexto das propostas aprovadas ao longo desses anos nas conferências, mas que não tem tido a correspondente atenção por parte do planejamento governamental. As questões de gênero atravessam a política pública temática da atenção psicossocial e parecem necessitar ser melhor compreendidas e acolhidas também com esse foco.

O aborto, apontado como uma das três principais pautas do feminismo na saúde das últimas décadas, parece mesmo ser um tema interdito da agenda governamental, como percebem algumas entrevistadas. Mesmo tendo proposta aprovada nas conferências de 2015, 2017 e 2019, e mesmo se tratando de aborto legal, já normatizado, ele não foi incorporado a nenhum PES estudado nesta pesquisa.

Além disso, é importante expandir a reflexão também sobre a ausência do aborto, não apenas nos PES, como também nos relatórios da 7ª e da 10ª Conferência. O que essa omissão aponta? Estariam o movimento feminista e as mulheres em geral deixando de pautar ou, ainda, estariam menos atuantes na defesa de uma pauta tão importante e fundamental dentro da saúde da mulher, como registram a literatura e as entrevistadas? Ou, pelas dinâmicas do próprio

processo participativo, que tem observado uma diversificação de atores e atrizes, inclusive aqueles com posicionamentos mais fundamentalistas – como relatado por entrevistadas –, essa pauta passou a perder a batalha de figurar, ao menos, no relatório final da IP, como aconteceu na 10ª Conferência? São questões que ficam e merecem ser aprofundadas em estudos futuros sobre as pautas de interesse das mulheres na saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação, buscou-se compreender a relação entre as conferências de saúde realizadas em Minas Gerais e a incorporação de suas diretrizes no planejamento governamental, com foco nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher. O percurso analítico abrangeu um exame detalhado das dinâmicas participativas das mulheres e do movimento feminista nos espaços institucionalizados de participação das conferências estaduais de saúde, bem como da sua incidência na formulação de políticas públicas de saúde da mulher, durante o período de 2012 a 2024 (do PES 2012-2015 ao PES 2024-2027).

A partir da revisão teórica, que partiu de discussões mais amplas sobre a teoria democrática, constatou-se que as IPs desempenham papel fundamental na democracia brasileira, promovendo maior inclusão da sociedade civil nos processos decisórios. As conferências de saúde, em particular, revelaram-se espaços relevantes para a discussão das demandas da sociedade civil, especialmente aquelas ligadas à agenda feminista na saúde pública. Assim, no cenário do estudo realizado, é necessário demarcar que se considera adequada a proposta de conciliação das abordagens participativa e deliberativa da democracia na análise sobre as conferências, nos termos defendidos por Mendonça e Cunha (2014) e Quintão (2014).

Do ponto de vista da democracia participativa, é possível reconhecer que as conferências estudadas refletem as suas quatro dimensões apresentadas por Lüchmann e Faria (2020): autodeterminação (políticas formuladas por quem irá usufruí-las), ampliação dos espaços de participação (por exemplo, com a proliferação das conferências livres e temáticas), relativização da concepção liberal de indivíduo e liberdade (com a busca da ampliação da participação dos grupos em situação de maior vulnerabilidade social e econômica) e o papel educativo da participação, o que está expresso nas falas das entrevistadas e tem em Pateman (1992; 2012) uma de suas principais defensoras.

Sob a perspectiva da democracia deliberativa, por sua vez, é possível encontrar, nas conferências analisadas, a presença dos princípios explicitados por Cunha (2009) que compõem os chamados processos deliberativos – igualdade de participação, inclusão deliberativa, igualdade deliberativa, publicidade, reciprocidade ou razoabilidade, liberdade, provisoriedade, conclusividade, não tirania, autonomia e *accountability* –, o que as faz se constituir como espaço de deliberação, na acepção defendida pelos deliberativos. Destaca-se que a perspectiva

de Bohman (2009) sobre a deliberação, que privilegia o elemento cooperativo em detrimento de fatores procedimentais, seria mais adequada para explicitar o enquadramento das conferências dentro dos limites teóricos da teoria democrática deliberativa: um espaço criado em que a interação pelo diálogo visa a solução de problemas, os quais não seriam solucionados sem a cooperação e a coletividade.

Nessa conciliação de ambos modelos, destaca-se a relevância de se expressar as contradições e limites que expressam o dilema entre expandir ou retrainir a participação. Isso porque se, de um lado, a qualidade da deliberação tende a cair com a maior abrangência da participação na visão de alguns deliberativos (FUNG; COHEN, 2007), de outro, ampliar a inclusão privilegia a qualificação da tomada de decisão, conforme também preconizado pelos deliberativos (LÜCHMANN; FARIA, 2020), bem como proporciona o surgimento de novas pautas (MARQUES, 2018; MATOS; CYPRIANO; PINHEIRO, 2018). Além disso, conforme defendido pelos participativos, incluir de forma abrangente permite efetivar a participação (PAPADOPOULOS; WARIN, 2007) e o controle político do Estado pela sociedade (QUINTÃO, 2014).

Este estudo também aponta para uma elevada presença de elementos deliberativos nas conferências estaduais de saúde em Minas Gerais, a exemplo do que foi identificado no plano nacional por Avritzer (2012), uma vez que as propostas aprovadas não correspondem necessariamente a propostas definidas pelo governo, senão são fruto da própria dinâmica participativa. Observa-se, também, a reverberação de objetivos comuns entre as conferências estaduais analisadas e as conferências nacionais, consoante estudo de Souza (2012) e do INESC e Instituto Polis (2011): ambas se voltam à realização de proposições, ao fortalecimento da participação, a cumprir um papel analítico e ao agendamento de temas.

A participação da sociedade civil como aprofundamento da própria democracia, em que ela é chamada a decidir sobre as políticas públicas e que é uma marca das experiências observadas de governos de tendência ideológica de esquerda se difere de forma determinante da relação participativa estabelecida no nível da gestão e de terceirização da prestação estatal, marca preferencial da relação entre Estado e sociedade civil nos governos de direita. A inclusão de sujeitos e grupos ao debate público, por sua vez, fortalece a participação e amplia as possibilidades do debate, potencializando a dimensão do agendamento das IPs, sublinhada por Souza (2012).

De fato, as conferências de saúde, como espaços institucionais de participação, que têm ampliado cada vez mais o universo de participantes, representam uma oportunidade para a incidência do movimento feminista na formulação de políticas públicas. Seu caráter aberto e democrático favorece a expressão de demandas voltadas à superação das desigualdades de gênero no SUS, desafiando a estrutura estatal a incorporar uma abordagem mais inclusiva e emancipatória no campo da saúde da mulher.

Frisa-se que, pensar a transversalidade da agenda de gênero nas políticas públicas de saúde a partir do olhar proposto pelo estudo – qual seja, da participação institucionalizada – traduz uma perspectiva ainda pouco explorada nas pesquisas sobre o *gender mainstreaming*, cujo foco analítico recai, em grande medida, nas análises de ordem política, nas estruturas e ações do Poder Executivo ou Legislativo – como se concebe e se operacionaliza a transversalidade desde um lugar institucional estatal de produção e implementação de políticas públicas – ou na atuação dos movimentos sociais, em suas diversas estratégias de incidência e influência sobre a agenda pública. As conferências, por sua vez, correspondem a uma espécie de espaço intermediário entre o Estado e a sociedade civil que cria novas e potentes oportunidades para que os movimentos sociais feministas escrevam a agenda de gênero nas políticas públicas. Além disso, desde uma concepção mais abrangente sobre a superação das desigualdades de gênero, o estudo também identifica que a participação nas conferências tem grande relevância para a incidência de grupos específicos e atrizes que demandam, pela necessária abordagem interseccional, suas particularidades na área da saúde da mulher, como observado nos estudos de Brasil e Reis (2015) e Reis (2012).

Entretanto, os achados desta pesquisa indicam que, embora haja uma forte presença de pautas relacionadas aos direitos das mulheres nesses espaços, a tradução dessas demandas em diretrizes efetivas no planejamento governamental ainda enfrenta desafios significativos.

A análise dos documentos oficiais e das entrevistas realizadas revelou que, apesar da previsão legal e da estrutura participativa formalmente estabelecida, a incorporação das deliberações das conferências nos PES nem sempre ocorre de maneira direta e sistemática. A pesquisa evidenciou a existência de uma lacuna entre o que é deliberado nas conferências e o que efetivamente se concretiza como política pública, apontando para a influência de fatores como a ideologia dos governos, a capacidade técnica da gestão e a resistência institucional – e moral, de grupos reacionários – a determinadas pautas. Da mesma forma, a transversalidade de

gênero sofre influência da ideologia dos governos, bem como do enquadramento que se dá às pautas.

A análise documental evidencia que as conferências estaduais de saúde de Minas Gerais reafirmam a centralidade de assuntos tradicionais da saúde da mulher, presentes na literatura sobre o tema, como câncer de mama e de colo do útero, gravidez e parto – da mesma forma, amplamente incorporados nos PES, reafirmando a representação simbólica da mãe, fruto da construção social e cultural do feminino na sociedade, conforme pontua Souto (2008). No entanto, pautas mais ampliadas relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, apesar de reiteradamente aprovadas nas conferências, não foram incorporadas nos PES durante os governos do Partido Novo, evidenciando um possível viés ideológico na (não) formulação das políticas públicas em relação a esses temas. Esse viés ideológico está reproduzido desde os Planos de Governo que, na medida em que se apresentam como fonte adicional da formulação do conjunto das políticas do mandato, não contemplam tais temas dentro do escopo de suas propostas, no caso do governo supracitado.

De forma semelhante, questões voltadas à saúde de populações vulnerabilizadas e abordagens interseccionais foram mais negligenciadas nos PES recentes, apesar de sua crescente relevância nos debates conferenciais. A atenção integral à saúde da mulher também desapareceu da agenda governamental atual, refletindo a intensificação da fragmentação da política de saúde da mulher na prática, nos últimos anos – como sugerem as entrevistas –, apesar de ter sido contemplada em PES anteriores. Assim, a sensibilidade do governo ao tema, que não foi objeto de aprovação nos anos em que tais PES incorporaram essa política, pode ser mais determinante para sua incorporação do que sua aprovação nas conferências.

É importante pontuar a existência de demandas e pautas que, nem mesmo nos espaços de participação das conferências, têm comparecido como agenda de reivindicação dos movimentos feministas, fazendo com que fiquem totalmente alijadas do foco de intervenção do Estado (COSTA, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Agendas voltadas para as mulheres idosas, principalmente com enfoque na questão do climatério e menopausa, além das mulheres gordas, indígenas etc. não têm se mostrado presentes nas deliberações das conferências, indicando lacunas no processo de participação e de observância de aspectos interseccionais que aprofundam algumas desigualdades.

Além disso, pautas como violência contra a mulher e saúde mental, embora frequentemente abordadas nas conferências e mencionadas como prioritárias pelas

entrevistadas, têm recebido pouca atenção nos PES. Já o aborto, mesmo quando tratado sob a perspectiva do aborto legal, encontra-se totalmente ausente da agenda governamental e, em algumas conferências, sequer foi mencionado nos relatórios finais. Essa omissão levanta questionamentos sobre a influência de novas atrizes e atores conservadores e ligados a questões morais ou religiosas no processo participativo e a possibilidade de reassunção, pelo movimento feminista, de defesa dessa pauta nos espaços de participação do SUS. Estudos futuros sobre as dinâmicas das conferências e a evolução das demandas das mulheres na saúde pública – formuladas e/ou incorporadas – mostram-se oportunos, para fazer diálogo com as contribuições nesse campo já trazidas por esta pesquisa.

Outro ponto observado diz respeito à participação das mulheres nos processos deliberativos das conferências. Não restam dúvidas quanto ao aumento e importância da participação das mulheres na luta pela saúde ao longo dos últimos anos, no mesmo sentido das constatações de Costa (2009). Entretanto, embora expressiva, tal participação ainda enfrenta barreiras estruturais, que dificultam a plena representação da diversidade de experiências e necessidades femininas na formulação das políticas de saúde. Reforça-se que questões atinentes à interseccionalidade e recortes de classe, cor/raça, territorialidade e identidade de gênero precisam ser mais aprofundadas para garantir que as diretrizes aprovadas reflitam a pluralidade das demandas das mulheres em Minas Gerais, como pontuado na análise dos temas que entram ou não nos PES, nos últimos anos.

Por fim, este estudo reforça a importância das conferências como espaços de participação e controle social, mas também ressalta a necessidade de aprimoramento dos mecanismos que garantam a efetiva incorporação das suas deliberações na gestão estadual da saúde, principalmente considerando o papel pouco explorado da parte do CES-MG nesse processo. É importante pontuar que Wampler (2010) destaca a escassa evidência na literatura sobre a forma como as conferências impactam os resultados das políticas públicas. Este estudo, portanto, é uma contribuição adicional e relevante para a ampliação do conhecimento sobre esse campo. Diante disso, sugere-se que futuros estudos aprofundem a investigação sobre os impactos de longo prazo das conferências, sobre a efetividade dos instrumentos de monitoramento e avaliação das políticas públicas advindas dos processos de participação e sobre o fortalecimento da participação social, especialmente do movimento feminista, institucionalizado ou não, e de grupos historicamente marginalizados, no processo de formulação e implementação das políticas de saúde.

Apesar das contribuições desta pesquisa, algumas limitações devem ser reconhecidas. A análise esteve restrita ao estado de Minas Gerais, representando um recorte analítico territorial, embora as conclusões possam ser generalizadas do ponto de vista analítico, em seu diálogo com outros estudos empíricos aqui utilizados e com a literatura produzida sobre os temas abordados. Além disso, a pesquisa se concentrou na documentação oficial e em entrevistas com atrizes selecionadas, podendo, apesar da saturação alcançada com as respostas das entrevistadas, haver outras perspectivas que não foram plenamente contempladas, principalmente considerando o universo vasto dos feminismos e mulheridades já pontuado por este trabalho. Estudos futuros poderiam ampliar a investigação para outras unidades federativas – e de diferentes níveis de governo –, bem como adotar metodologias comparativas que permitam avaliar diferenças e similitudes no impacto das conferências sobre a formulação de políticas públicas – na área da saúde da mulher ou em outras áreas –, em diferentes contextos políticos.

Importante ressaltar que, embora este trabalho dialogue de forma mais decisiva com o campo da participação, ele também traz um conjunto de questões que reverberam na literatura feminista, como intencionou-se demonstrar. Assim, a intersecção entre participação social e formulação de políticas públicas revela não apenas os desafios de ordem estrutural e institucional enfrentados pelo movimento feminista nesses espaços, mas também as possibilidades transformadoras que emergem das conferências como arenas de disputa e resistência, a serem apropriadas por aquele movimento.

As conferências de saúde, ao ecoarem vozes de todos os matizes, incluindo aquelas historicamente silenciadas, contribuem com a reafirmação da luta pelo direito à palavra, ao corpo e à existência plena das mulheres no campo das políticas públicas. Nesses espaços de participação, o que se debate não é apenas um conjunto de diretrizes de ordem técnica, mas a própria tessitura de um futuro em que a saúde seja mais do que um mero serviço, senão um território de cidadania, justiça, inclusão e emancipação. A cada reivindicação inscrita nos relatórios e a cada pauta recusada pelo poder, persiste a resiliência e a certeza de que a democracia se faz não apenas nos gabinetes. E assim, no clamor coletivo de quem participa, reescrevem-se os limites do possível e de outros tantos sonhos conjuntos, ao largo dos anos e da própria História.

REFERÊNCIAS

ABERS, R. N.; SILVA, M. K.; TATAGIBA, L. Movimentos sociais e políticas públicas: repensando atores e oportunidades políticas. **Lua Nova**, n. 105, p. 15–46, 2018.

ABRAMOVAY, M. Instrumentos de coleta de dados: entrevista. In: **Programa de Prevenção à Violência nas Escolas**: documentos de referência. São Paulo: FLACSO Brasil, 2015.

ACKERMAN, B.; FISHKIN, J. S. **Deliberation day**. New Heaven: Yale University, 2004.

AGUIÃO, S. Quais políticas, quais sujeitos? Sentidos da promoção da igualdade de gênero e raça no Brasil (2003 - 2015). **Cadernos Pagu**, n. 51, p. 1–54, 2017.

ALMEIDA, C. O que sabemos sobre as instituições participativas? Três aprendizados. In: TEIXEIRA, A. C.; ALMEIDA, C.; MORONI, J. A. (Org.). **A democracia necessária e desejada**: dilemas e perspectivas. Marília: Lutas Anticapital, 2020. p. 69–77.

ALMEIDA, D. C. R. de; CUNHA, E. S. M. A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e variáveis relevantes. In: PIRES, R. R. C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, 2011. p. 109–123.

ALMEIDA, D. R. de. **Representação política e conferências**: os desafios da inclusão da pluralidade. Texto para discussão 1750. Rio de Janeiro: IPEA, 2012.

ALMEIDA, D. R. de; LAVALLE, A. G. Democracia: qual queremos? In: TEIXEIRA, A. C.; ALMEIDA, C.; MORONI, J. A. (Org.). **A democracia necessária e desejada: dilemas e perspectivas**. Marília: Lutas Anticapital, 2020. p. 25–36.

ALVAREZ, S. E. A globalização dos feminismos latino-americanos: tendências dos anos 90 e desafios para o novo milênio. In: ALVAREZ, S. E.; DAGNINO, E.; ESCOBAR, A. (Org.). **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos**: novas leituras. Belo Horizonte: UFMG, 2000. p. 383–426.

AVELINO, D. P. de; SANTOS, J. C. dos. Controle social e transversalidades: sinais de participação no planejamento governamental brasileiro. In: CARDOSO JÚNIOR, J. C.; SANTOS, E. A. V. dos (Org.). **PPA 2012 - 2015**: experimentalismo institucional e resistência burocrática. Brasília: Ipea, 2015. p. 207–231.

AVRITZER, L. Teoria democrática e deliberação pública. **Lua Nova**, n. 49, p. 25–46, 2000.

AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, v. 14, n. 1, p. 43–64, 2008.

AVRITZER, L. **Conferências Nacionais**: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil. Texto para discussão 1739. Rio de Janeiro: IPEA, 2012.

AVRITZER, L. **Impasses da democracia no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

AZEVEDO, M. A. de. Informação e interpretação: uma leitura teórico-metodológica. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 9, n. 2, p. 122–133, 2004.

BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo**. v. 2. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967.

BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo**. v. 1. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.

BEZERRA, C. de P. Movimento feminista brasileiro: repertórios e estratégias de ação. **Revista Feminismos**, v. 2, n. 1, p. 47–55, 2014.

BEZERRA, C. de P. Os sentidos da participação para o Partido dos Trabalhadores (1980-2016). **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 34, n. 100, p. 1–27, 2019.

BEZERRA, C. de P. **Ideologia e governabilidade**: as políticas participativas nos governos do PT. 2020. 262f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

BIROLI, F. O público e o privado. In: MIGUEL, L. F.; BIROLI, F. (Org.). **O feminismo e a política**. São Paulo: Boitempo, 2014. p. 31–46.

BOHMAN, J. O que é a deliberação pública? Uma abordagem dialógica. In: MARQUES, Â. C. S. (Org.). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas**: textos fundamentais. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 31–84.

BOLOGNESI, B.; RIBEIRO, E.; CODATO, A. Uma nova classificação ideológica dos partidos políticos brasileiros. **Dados**, v. 66, n. 2, p. 1–29, 2023.

BRASIL. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 25 fev. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990b. . 28 dez. 1990 b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 25 fev. 2024.

BRASIL. **As Conferências Nacionais de Saúde**: evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 2135**, de 25 de setembro de 2013. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 1**, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>. Acesso em: 2 jun. 2024.

BRASIL, F. de P. D.; REIS, G. G. Democracia, participação e inclusão política: um estudo sobre as conferências de políticas para as mulheres de Belo Horizonte. **Revista do Serviço Público**, v. 66, n. 1, p. 7–27, 2015.

CAMURÇA, S. M. S. Dossiê Conferências Nacionais: política para as mulheres (1). **Teoria e Debate**, n. 66, 2006.

CARVALHO, L. P. A SPM e as políticas para as mulheres no Brasil: saltos e sobressaltos em uma institucionalização das demandas das agendas feministas. In: MATOS, M.; ALVAREZ, S. E. (Org.). **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil?: o feminismo estatal participativo brasileiro**. Porto Alegre: Zouk, 2018. p. 87–138.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Relatório da 7ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: CES-MG, 2011.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Relatório da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: CES-MG, 2015.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Relatório da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres de Minas Gerais: propostas priorizadas**. Belo Horizonte: CES-MG, 2017.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Relatório da 9ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: CES-MG, 2019.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Relatório da 10ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: CES-MG, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS nº 680**, de 5 de agosto de 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2022/resolucao-no-680.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2024.

CORTES, S. V. As diferentes instituições participativas existentes nos municípios brasileiros. In: PIRES, R. R. C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, 2011. p. 137–150.

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

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, 2002.

CUNHA, E. S. M. **Efetividade deliberativa**: estudo comparado de conselhos municipais de assistência social (1997/2006). 2009. 372f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

DAGNINO, E. ¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D. (Org.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004. p. 95–110.

DAHL, R. A. A critique of the ruling elite model. **The American Political Science Review**, v. 52, n. 2, p. 463–469, 1958.

DAHL, R. A. **Who governs? Democracy and power in an american city**. New Haven: Yale University Press, 1961.

DOMINGUES, P. Movimento Negro Brasileiro: alguns apontamentos históricos. **Tempo**, v. 12, n. 23, p. 100–122, 2007.

DRYZEK, J. S. Democratization as deliberative capacity building. **Comparative Political Studies**, v. 42, n. 11, p. 1379–1402, nov. 2009.

ELSTUB, S. The third generation of deliberative democracy. **Political Studies Review**, v. 8, n. 3, p. 291–307, set. 2010.

ELSTUB, S.; ERCAN, S.; MENDONÇA, R. F. Editorial introduction: The fourth generation of deliberative democracy. **Critical Policy Studies**, v. 10, n. 2, p. 139–151, 2016. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/19460171.2016.1175956>? >. Acesso em: 27 nov. 2023.

FARIA, C. F. O que há de radical na teoria democrática contemporânea: análise do debate entre ativistas e deliberativos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 25, n. 73, p. 101–111, jun. 2010.

FARIA, C. F.; LINS, I. L. Participação e deliberação nas conferências de saúde: do local ao nacional. In: AVRITZER, L.; SOUZA, C. H. L. de (Org.). **Conferências Nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades**. Brasília: Ipea, 2013. p. 73–94.

FARIA, C. F.; SILVA, V. P.; LINS, I. L. Conferências de políticas públicas: um sistema integrado de participação e deliberação? **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 7, p. 249–284, abr. 2012.

FUNG, A.; COHEN, J. Democracia radical. **Política e Sociedade**, n. 11, p. 221–237, out. 2007.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64–89.

GODINHO, L.; SALEJ, A. P. 200 anos de nação: a agenda inconclusa das mulheres. In: MOREIRA, B. M.; BERNARDES JÚNIOR, J. A. (Org.). **Estudos sobre o bicentenário da**

Independência: do Império ao Brasil contemporâneo. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, Escola do Legislativo, Núcleo de Estudos e Pesquisas, 2022. p. 267–306.

GONZALEZ, D. de F. Os mecanismos institucionais de políticas para as mulheres: caminhos controversos da institucionalização. In: MATOS, M.; ALVAREZ, S. E. (Org.). **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil?:** o feminismo estatal participativo brasileiro. Porto Alegre: Zouk, 2018. v. 1p. 57–86.

HABERMAS, J. Três modelos normativos de democracia. **Lua Nova**, n. 36, p. 39–53, 1995.

HABERMAS, J. **Direito e democracia:** entre factilidade e validade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HELD, D. **Modelos de democracia.** Belo Horizonte: Paidéia, 1987.

HENDRIKS, C. M. Integrated Deliberation: Reconciling Civil Society’s Dual Role in Deliberative Democracy. **Political Studies**, v. 54, p. 486–508, 2006.

HILMER, J. D. The state of participatory democratic theory. **New Political Science**, v. 32, n. 1, p. 43–63, mar. 2010.

INESC; INSTITUTO PÓLIS. **Arquitetura da participação no Brasil:** avanços e desafios (relatório de pesquisa). Brasília, São Paulo: [s.n.]. Disponível em: <https://pdfdocumento.com/o-relatorio-final-inesc_59f818571723ddf27870893e.html>. Acesso em: 7 fev. 2025.

LAVALLE, A. G. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. In: PIRES, R. R. C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil:** estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, 2011. p. 33–42.

LÜCHMANN, L.; FARIA, C. F. Democracia direta, participativa, deliberativa e representativa: limites, combinações e tensões. In: TEIXEIRA, A. C.; ALMEIDA, C.; MORONI, J. A. (Org.). **A democracia necessária e desejada:** dilemas e perspectivas. Marília: Lutas Anticapital, 2020. p. 55–67.

MAGALHÃES, B. D.; ORNELAS, G. M.; BRASIL, F. de P. D. Desconstruções e resistências democráticas: o caso da instituição legal do Sistema Nacional de Participação Social. In: AVRITZER, L.; CARVALHO, P. D. de (Org.). **Crises na democracia:** legitimidade, participação e inclusão. Belo Horizonte: Arraes Editora, 2021. p. 57–88.

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. **Revista do Serviço Público**, v. 69, n. 2, p. 35–61, 2018.

MARCONDES, M. M.; FARAH, M. F. S. Transversalidade de gênero em política pública. **Revista Estudos Feministas**, v. 29, n. 1, p. 1–15, 2021.

MARICATO, E.; SANTOS JÚNIOR, O. A. dos. Dossiê Conferências Nacionais: uma política urbana participativa. **Teoria e Debate**, n. 66, 2006.

MARQUES, D. Ativismo e participação: a situação de participação política das delegadas da 4a Conferência Nacional de Políticas para Mulheres. In: MATOS, M.; ALVAREZ, S. E. (Org.). **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil?: o feminismo estatal participativo brasileiro**. Porto Alegre: Zouk, 2018. p. 201–224.

MARTELLI, C. G.; ALMEIDA, C.; COELHO, R. Mudanças recentes nos papéis das Instituições Participativas nas políticas públicas. In: TATAGIBA, L. *et al.* (Org.). **Participação e ativismos: entre retrocessos e resistências**. Porto Alegre: Zouk, 2022. p. 65–85.

MATOS, M. Movimento e teoria feminista: é possível reconstruir a teoria feminista a partir do Sul global? **Revista de Sociologia e Política**, v. 18, n. 36, p. 67–92, 2010.

MATOS, M.; ALVAREZ, S. E. Apresentação. In: MATOS, M.; ALVAREZ, S. E. (Org.). **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil?: o feminismo estatal brasileiro**. Porto Alegre: Zouk, 2018. v. 1p. 11–24.

MATOS, M.; CYPRIANO, B.; PINHEIRO, M. B. A avaliação das políticas para as mulheres pelas delegadas e os processos inacabados de despatriarcalização do Estado brasileiro: até onde chegamos? In: MATOS, M.; ALVAREZ, S. E. (Org.). **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil?: o feminismo estatal participativo brasileiro**. Porto Alegre: Zouk, 2018. p. 225–271.

MATOS, M.; LINS, I. L. As Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres: histórico, regras, temáticas, desafios e proposições. In: MATOS, M.; ALVAREZ, S. E. (Org.). **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil: o feminismo estatal participativo brasileiro**. Porto Alegre: Zouk, 2018. v. 1p. 139–176.

MENDONÇA, R. F.; CUNHA, E. S. M. Can the claim to foster broad participation hinder deliberation? **Critical Policy Studies**, v. 8, n. 1, p. 78–100, 2014.

MIGUEL, L. F. O feminismo e a política. In: MIGUEL, L. F.; BIROLI, F. (Org.). **Feminismo e política**. São Paulo: Boitempo, 2014. p. 17–29.

MINAS GERAIS. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2012.

MINAS GERAIS. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2016.

MINAS GERAIS. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2020.

MINAS GERAIS. **Plano Plurianual de Ação Governamental 2024-2027, exercício 2024**. Belo Horizonte: Minas Gerais, 2024a. v. 1

MINAS GERAIS. **Plano Estadual de Saúde 2024-2027**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2024b.

MINAYO, M. C. de S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83–107.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, mar. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde de mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. 25–32, 1998.

PAPADOPOULOS, Y.; WARIN, P. Are innovative, participatory and deliberative procedures in policy making democratic and effective? **European Journal of Political Research**, v. 46, n. 4, p. 445–472, 2007.

PARADIS, C. G. **Entre o Estado patriarcal e o feminismo estatal**: o caso dos Mecanismos Institucionais de Mulheres na América Latina. 2013. 167f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PATEMAN, C. Participatory democracy revisited. **Perspectives on Politics**, v. 10, n. 1, p. 7–19, mar. 2012.

PEREZ, O. C.; RICOLDI, A. M. A quarta onda feminista no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, v. 31, n. 3, p. 1–13, 2023.

PHILLIPS, A. De uma política de idéias a uma política de presença? **Revista Estudos Feministas**, v. 9, n. 1, p. 268–290, 2001.

PINTO, C. R. J. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

PINTO, C. R. J. Feminismo, história e poder. **Revista de Sociologia e Política**, v. 18, n. 36, p. 15–23, jun. 2010.

PINTO, C. R. J. Quando os contextos não importam: as conferências nacionais de políticas para mulheres 2011-2016. In: MATOS, M.; ALVAREZ, S. E. (Org.). **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil?: o feminismo estatal participativo brasileiro**. Porto Alegre: Zouk, 2018. p. 177–200.

PITKIN, H. F. **El concepto de representación**. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2014.

POGREBINSCHI, T. *et al.* **Entre representação e participação**: as conferências nacionais e o experimentalismo democrático brasileiro. Rio de Janeiro: IUPERJ, 2010.

POGREBINSCHI, T. **Conferências nacionais e políticas públicas para grupos minoritários**. Texto para discussão 1741. Rio de Janeiro : IPEA, 2012.

POGREBINSCHI, T.; SANTOS, F. Contra a falácia da crise institucional: conferências nacionais de políticas públicas e o impacto (positivo) sobre o Congresso. **Insight-Inteligência**, v. 49, p. 98–105, 2010.

POGREBINSCHI, T.; SANTOS, F. Participação como representação: o impacto das conferências nacionais de políticas públicas no Congresso Nacional. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, v. 54, n. 3, p. 259–305, 2011.

QUINTÃO, T. T. Democracia participativa e deliberativa: congruências ou modelos em disputa? **Cadernos da Escola do Legislativo**, v. 16, n. 26, p. 53–89, ago. 2014.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Rede Feminista de Saúde: Apresentação**. 2024. Disponível em: <<https://www.redesaude.org.br/institucional>>. Acesso em: 29 jul. 2024.

REIS, G. G. **Avanços e desafios da institucionalização da democracia participativa em Belo Horizonte a partir das Conferências Municipais de Políticas para as Mulheres realizadas no período de 2004 a 2010**. 2012. 171f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.fjp.mg.gov.br/handle/tede/594>>. Acesso em: 10 fev. 2023.

RICARDI, L. M.; SHIMIZU, H. E.; SANTOS, L. M. P. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe3, p. 155–170, set. 2017.

ROUSSEAU, J.-J. **O contrato social**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

SALGADO, M. P. C. Feminismo / feminismos. **Interdisciplina**, v. 4, n. 8, p. 9–19, 2016.

SANTOS, F.; TANSCHKEIT, T.; VENTURA, T. O Partido dos Trabalhadores e as Instituições Participativas: a influência da dinâmica intrapartidária na adoção do Orçamento Participativo. **Dados**, v. 63, n. 3, p. 1–37, 2020.

SCHOLSBERG, D. The pluralist imagination. In: DRYZEK, J. S.; HONIG, B.; PHILLIPS, A. (Org.). **The Oxford Handbook of Political Theory**. Oxford: Oxford University Press, 2008. p. 142–163.

SCHUMPETER, J. A. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

SCOTT, J. W. Prefácio a Gender and politics of history. **Cadernos Pagu**, n. 3, p. 11–27, 1994.

SHAPIRO, I. Enough of deliberation: politics is about interests and power. In: MACEDO, S. (Org.). **Deliberative politics: essays on democracy and disagreement**. New York: [s.n.], p. 28–38.

SILVA, M. K. Contribuições da teoria dos campos ao estudo das relações entre movimentos sociais e políticas públicas. In: TATAGIBA, L.; TEIXEIRA, A. C. C. (Org.). **Movimentos sociais e políticas públicas**. São Paulo: Unesp, 2021. p. 71–93.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, v. 10, n. 22, p. 161–182, 2008.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 832–846, set. 2021.

SOUZA, C. H. L. de. **A que vieram as Conferências Nacionais? Uma análise dos objetivos dos processos realizados entre 2003 e 2010**. Texto para discussão 1718. Rio de Janeiro: IPEA, 2012.

STARLING, V. S. A coroa que lhe cabe: Leopoldina e a aventura de fazer um Brasil. In: STARLING, H. M.; PELLEGRINO, A. (Org.). **Independência do Brasil: as mulheres que estavam lá**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2022. p. 145–180.

TATAGIBA, L. *et al.* Introdução: participação, ativismos e democracia - uma trajetória contenciosa. In: TATAGIBA, L. *et al.* (Org.). **Participação e ativismos: entre retrocessos e resistências**. Porto Alegre: Zouk, 2022. p. 11–34.

TATAGIBA, L. F.; ABERS, R. N.; SILVA, M. K. Movimentos sociais e políticas públicas: ideias e experiências na construção de modelos alternativos. In: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. de (Org.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. Brasília: IPEA, 2018. p. 105–138.

TELES, M. A. de A. **Breve história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

TOKARSKI, C. P. *et al.* **De política pública à ideologia de gênero: o processo de (des)institucionalização das políticas para as mulheres de 2003 a 2020**. Texto para Discussão. Brasília: IPEA, 2023.

TORRES RIBEIRO, A. C.; GRAZIA, G. de. **Experiências de orçamento participativo no Brasil**: período de 1997 a 2000. São Paulo: Vozes, 2003.

VICK, F.; LAVALLE, A. G. É a política... A efetividade das conferências e seus mecanismos causais. **Opinião Pública**, v. 26, n. 3, p. 556–586, set. 2020.

WAMPLER, B. Que tipos de resultados devemos esperar das instituições participativas. In: PIRES, R. R. C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA, 2011.

YOUNG, I. M. **Inclusion and democracy**. Oxford: Oxford University Press, 2002.

ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA DAS SERVIDORAS

Você fez a leitura do TCLE que você acaba de assinar? Tem algum ponto a esclarecer? Fique a vontade para retornar o contato, caso sinta necessidade. Meus contatos e os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG que aprovou a pesquisa estão na sua via do TCLE.

Qual o seu nome? Fale brevemente sobre você, destacando sua trajetória profissional na saúde e no estado.

1) Conferências como espaço de participação

Você já participou de quais conferências de saúde (temas / entes / quando)?

Você já participou de outras conferências fora da saúde? (identificar perfil de ativismo ou não, e temas que possam interessar a quem é ativista).

Qual a função de uma conferência de saúde? E que papel cumpre os mecanismos de participação do SUS em Minas Gerais, na sua visão?

Se já participou de conferências: Qual o perfil geral ou médio dos participantes das conferências (origem, renda, raça, escolaridade, orientação sexual, maternidade, religião)?

Se já participou de conferências de diferentes entes: Você percebe diferenças nessa presença ou representação nas diferentes modalidades de conferências (municipal, estadual, nacional)?

Se já participou de conferências: Você percebe a participação de pessoas de baixa renda, marginalizadas, nos processos das conferências? Há proeminência de pessoas de movimentos sociais? De pessoas filiadas a partidos políticos? De qual espectro ideológico? (identificar possibilidade de participação, participação política mais informal, e formal).

Se já participou de conferências: As mulheres têm presença / representação relevante nas conferências de saúde?

Se já participou de conferências: Há barreiras à participação das mulheres nas conferências de saúde? Quais?

Se já participou de conferências: Você se sente acolhida e incentivada a debater, propor e dialogar nas conferências?

As diretrizes e propostas iniciais das conferências estaduais representam o sentimento da coletividade ou você acredita que o governo tem papel indutor e exerce influência nessa formulação? E sobre as diretrizes e propostas aprovadas?

Se já participou de conferências: Como são selecionados os delegados e delegadas das conferências? Você nota alguma preocupação com a representatividade nesse momento?

Você entende que a participação nos ambientes institucionalizados e governamentais proporcionam a criação de mecanismos concretos para efetivação de demandas via políticas públicas, sendo benéfica, ou essa expansão tem impactos na substituição da militância por uma lógica tecnocrática e burocrática, trazendo um grau de submissão ao movimento, sendo maléfica?

2) Conferências e incidência estatal

Quais as contribuições das conferências para os instrumentos de planejamento e as políticas públicas produzidas no SUS em Minas Gerais? *Fiscalização; transparência; diálogo; proposição; revisão...*

Em relação ao conteúdo das políticas de saúde, você identifica alguma diferença entre um plano de saúde que é construído de forma participativa e um plano de saúde que é construído de uma forma menos participativa? Ou o conteúdo e a forma de condução do planejamento (participativa ou não) são dimensões independentes nesse processo?

Como se estrutura a atividade planejadora na SES, ou seja, como acontece o processo de elaboração do PES?

O último planejamento estratégico da SES, que definiu as políticas prioritárias, utilizou quais fontes para a sua elaboração?

Como o PES se articula com o PPAG e com os demais instrumentos orçamentários (principalmente a LOA)?

O PES é anterior ou posterior ao PPAG? O PPAG, se mesmo posterior, induz a elaboração do PES?

Quais as fontes do conteúdo propriamente dito do Plano (diretrizes, prioridades, programas etc.)? *Plano de governo? Prioridades estratégicas da SES? Conferências? Políticas de outros entes?*

E como você percebe a incorporação das diretrizes e propostas constantes dos relatórios das conferências nos instrumentos de planejamento?

Como você percebe essa incorporação, especificamente em relação às pautas de interesse das mulheres?

Uma realidade das políticas de gênero é o subfinanciamento. As políticas incorporadas para as mulheres na saúde conseguem garantir financiamento do ponto de vista da programação orçamentária? E do ponto de vista da realização do gasto, de fato (programação financeira)?

Como são acompanhadas as ações planejadas (PES) e executadas pelo governo?

Quais atores estão envolvidos no planejamento? E na execução? E no monitoramento?

Considerando a experiência dos últimos 4 ciclos de planejamento, que contou com governos de diferentes espectros ideológicos, você nota diferença, entre esses governos, na sua abertura aos processos participativos institucionalizados? E no incentivo e importância dada a esses processos? E no tratamento e incorporação das deliberações?

3) Feminismo estatal e políticas públicas de saúde

Você participa de algum grupo de ativismo político? Algum movimento feminista? Algum partido político?

Você acredita que a institucionalização do movimento feminista, dado o contexto patriarcal de organização das instituições, contribui com a introdução de hierarquias de temas e pessoas, subordinando a agenda das mulheres às políticas mais gerais na saúde, ou têm oportunizado lutar contra essa subordinação?

Você acredita que os discursos feministas disseminados nos espaços hegemônicos têm considerado as diferenças entre as mulheres e operam de maneira a não hierarquizar ou reforçar desigualdades?

O espaço institucionalizado de participação funciona mais como espaço de cooptação ou de absorção das demandas feministas?

Se já participou de conferências: Quem tem acesso e poder de fala nos espaços das conferências quando o debate é sobre políticas feministas de saúde?

Quais as pautas mais importantes para as mulheres hoje na saúde pública?

Quais temas são mais fáceis de se incorporar e quais temas são mais difíceis?

Há temas interditados do debate público na área da saúde da mulher?

Há mais avanços ou retrocessos ou indiferença nas experiências participativas via conferências na saúde em Minas Gerais, sob a perspectiva das pautas feministas?

Há mais algum tema que você queira tratar, a título de fechamento da entrevista, que não foi abordado?

ANEXO 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA DAS CONFERENCISTAS

Você fez a leitura do TCLE que você acaba de assinar? Tem algum ponto a esclarecer? Fique a vontade para retornar o contato, caso sinta necessidade. Meus contatos e os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG que aprovou a pesquisa estão na sua via do TCLE.

Qual o seu nome? Fale brevemente sobre você, destacando sua trajetória de ativismo em movimentos sociais e em espaços de participação feministas e da saúde.

1) Conferências como espaço de participação

Você já participou de quais conferências de saúde (temas / entes / quando)?

Você já participou de outras conferências fora da saúde? (identificar perfil de ativismo ou não, e temas que possam interessar a quem é ativista).

Qual a função de uma conferência de saúde? E que papel cumpre os mecanismos de participação do SUS em Minas Gerais, na sua visão?

Qual o perfil geral ou médio dos participantes das conferências (origem, renda, raça, escolaridade, orientação sexual, maternidade, religião)?

Se já participou de conferências de diferentes entes: Você percebe diferenças nessa presença ou representação nas diferentes modalidades de conferências (municipal, estadual, nacional)?

Você percebe a participação de pessoas de baixa renda, marginalizadas, nos processos das conferências? Há proeminência de pessoas de movimentos sociais? De pessoas filiadas a partidos políticos? De qual espectro ideológico? (identificar possibilidade de participação, participação política mais informal, e formal).

As mulheres têm presença / representação relevante nas conferências de saúde?

Há barreiras à participação das mulheres nas conferências de saúde? Quais?

Você se sente acolhida e incentivada a debater, propor e dialogar nas conferências?

As diretrizes e propostas iniciais das conferências estaduais representam o sentimento da coletividade ou você acredita que o governo tem papel indutor e exerce influência nessa formulação? E sobre as diretrizes e propostas aprovadas?

Como são selecionados os delegados e delegadas das conferências? Você nota alguma preocupação com a representatividade nesse momento?

Você entende que a participação nos ambientes institucionalizados e governamentais proporcionam a criação de mecanismos concretos para efetivação de demandas via políticas

públicas, sendo benéfica, ou essa expansão tem impactos na substituição da militância por uma lógica tecnocrática e burocrática, trazendo um grau de submissão ao movimento, sendo maléfica?

2) Conferências e incidência estatal

Quais as contribuições das conferências para os instrumentos de planejamento e as políticas públicas produzidas no SUS em Minas Gerais? *Fiscalização; transparência; diálogo; proposição; revisão...*

Em relação ao conteúdo das políticas de saúde, você identifica alguma diferença entre um plano de saúde que é construído de forma participativa e um plano de saúde que é construído de uma forma menos participativa? Ou o conteúdo e a forma de condução do planejamento (participativa ou não) são dimensões independentes nesse processo?

Quais as fontes do conteúdo propriamente dito do Plano (diretrizes, prioridades, programas etc.)? *Plano de governo? Prioridades estratégicas da SES? Conferências? Políticas de outros entes?*

E como você percebe a incorporação das diretrizes e propostas constantes dos relatórios das conferências nos instrumentos de planejamento?

Como você percebe essa incorporação, especificamente em relação às pautas de interesse das mulheres?

Uma realidade das políticas de gênero é o subfinanciamento. As políticas incorporadas para as mulheres na saúde conseguem garantir financiamento do ponto de vista da programação orçamentária? E do ponto de vista da realização do gasto, de fato (programação financeira)?

Como são acompanhadas as ações planejadas (PES) e executadas pelo governo?

Considerando a experiência dos últimos 4 ciclos de planejamento, que contou com governos de diferentes espectros ideológicos, você nota diferença, entre esses governos, na sua abertura aos processos participativos institucionalizados? E no incentivo e importância dada a esses processos? E no tratamento e incorporação das deliberações?

3) Feminismo estatal e políticas públicas de saúde

Você participa de algum grupo de ativismo político? Algum movimento feminista? Algum partido político?

Você acredita que a institucionalização do movimento feminista, dado o contexto patriarcal de organização das instituições, contribui com a introdução de hierarquias de temas e pessoas, subordinando a agenda das mulheres às políticas mais gerais na saúde, ou têm oportunizado lutar contra essa subordinação?

Você acredita que os discursos feministas disseminados nos espaços hegemônicos têm considerado as diferenças entre as mulheres e operam de maneira a não hierarquizar ou reforçar desigualdades?

O espaço institucionalizado de participação funciona mais como espaço de cooptação ou de absorção das demandas feministas?

Quem tem acesso e poder de fala nos espaços das conferências quando o debate é sobre políticas feministas de saúde?

Quais as pautas mais importantes para as mulheres hoje na saúde pública?

Quais temas são mais fáceis de se incorporar e quais temas são mais difíceis?

Há temas interditados do debate público na área da saúde da mulher?

Há mais avanços ou retrocessos ou indiferença nas experiências participativas via conferências na saúde em Minas Gerais, sob a perspectiva das pautas feministas?

Levando em conta essa resposta e sua percepção mais geral sobre a incorporação ou não das deliberações das conferências pelos governos, o que te faz continuar participando das conferências?

Seu incentivo à participação de conferências é maior, menor ou indiferente no contexto de um governo alinhado ao que você acredita ideologicamente?

Seu incentivo à participação de conferências é maior, menor ou indiferente no contexto de um governo contrário ao que você acredita ideologicamente?






Há mais algum tema que você queira tratar, a título de fechamento da entrevista, que não foi abordado?

ANEXO 3 - SUMÁRIO EXECUTIVO EM LINGUAGEM SIMPLES


Qual o tema da pesquisa?


Esta pesquisa analisa **como as conferências** estaduais de saúde em Minas Gerais **influenciam** a criação de **políticas públicas para as mulheres**

O que é importante saber sobre esse tema?

















-  Conferências são espaços de participação da sociedade, oficialmente reconhecidos, que ajudam a construir as políticas públicas dos governos.
-  No Sistema Único de Saúde, as conferências de saúde acontecem a cada 4 anos.
-  As conferências acontecem nos municípios, nos estados e no nível nacional, e esta pesquisa analisou as conferências de saúde do estado de Minas Gerais.
-  Quando termina a conferência, o governo produz o Plano Estadual de Saúde com as políticas públicas de saúde dos próximos 4 anos, que deve incluir o que foi aprovado na conferência.
-  O movimento feminista tem suas lutas na saúde: elas estão nas políticas? (E nas conferências?)

O que fizemos?





 **Analisamos documentos oficiais:**
relatórios finais das conferências +
Planos Estaduais de Saúde

 **Entrevistamos mulheres:**
participantes das conferências +
servidoras públicas da saúde

O que descobrimos?

-  As conferências são espaços importantes para a participação social 
-  Nem sempre as propostas das conferências viram política pública 
-  Governos abertos ao diálogo tendem a considerar mais a participação 
-  Governos de esquerda inclinam-se mais à abertura ao diálogo 
-  Mulheres participam ativamente, mas ainda faltam algumas vozes 
-  Mulheres negras, idosas, gordas, trans etc. são subrepresentadas nas políticas 
-  Políticas tradicionais (como câncer e parto) sempre estão nos Planos 
-  Temas polêmicos (como aborto e direitos sexuais e reprodutivos) nunca estão nos Planos 

Permanecem os desafios:

-  A presença das mulheres em sua diversidade nas políticas
-  A influência da ideologia do governo de cada período
-  A falta de mecanismos concretos para transformar as propostas em políticas
-  A resistência do governo em incluir temas considerados mais polêmicos