

PRIORIDADES E VULNERABILIDADES: NOTAS ETNOGRÁFICAS PARA UM DEBATE SOBRE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE

Margareth Cristina de Almeida Gomes

Professora adjunta: doutora em Saúde Coletiva, UFRJ-RJ, margareth.gomes27@gmail.com

Resumo

A noção de equidade foi estabelecida como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e ganhou relativa visibilidade institucional no âmbito das chamadas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde. Apesar de sua institucionalização, a equidade enquanto categoria-chave nas políticas sociais sofreu um gradual esvaziamento nos últimos cinco anos, devido às diferentes guinadas políticas e agendas ético-morais dos contrastantes governos. Neste contexto, o presente artigo propõe reflexões em torno das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde implementadas pelo Ministério da Saúde e voltadas para segmentos populacionais vulneráveis. Foram identificados dois aspectos fundamentais para a continuidade destas políticas no setor saúde: a gestão participativa e a transversalidade. Tais reflexões foram subsidiadas por diversas fontes documentais, quais sejam, registros etnográficos de pesquisa acadêmica, materiais de mídias virtuais e normativos do Ministério da Saúde. À luz de referencial socioantropológico, os resultados sinalizaram um processo de “desidratação” destas políticas, motivado pela desmobilização da participação social e crise econômica do país. Ademais, este processo expôs tensões entre os sentidos formal e material do princípio de igualdade, tensões estas que acentuam fricções entre a operacionalização da igualdade e da equidade. Por fim, é possível compreender os grandes desafios impostos às Políticas de Promoção da Equidade

em Saúde, no que diz respeito à efetivação dos direitos à saúde das populações vulneráveis.

Palavras-chave: equidade; populações vulneráveis; saúde coletiva.

Introdução

Com o advento da promulgação da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e a saúde tornou-se um direito dos cidadãos e um dever do Estado brasileiro. Nas bases normativas do SUS, foram estabelecidos princípios organizativos e doutrinários, que dialogam com o campo dos direitos sociais e que buscam fundamentar as orientações para a implementação das ações em saúde. No conjunto de princípios doutrinários, ou seja, aqueles que representam os valores e as concepções do Sistema, figura a equidade.

Comumente conhecida como o exercício de “tratar ‘os diferentes’ de forma diferente”, a noção de equidade coteja os “diferentes” e a “diferença”, tudo aquilo que pode ser considerado distinto em relação ao conjunto populacional mais amplo. Consistiria em diferenças que são “inaceitáveis e injustas¹” (STARFIELD, 2001, p. 546). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a equidade em saúde corresponderia às formas de “minimizar disparidades evitáveis em saúde e seus determinantes²” (OMS, 1998, p.2). No plano conceitual, a equidade pode ser definida como “a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do estado de saúde em populações socialmente, demograficamente ou geograficamente definidas ou subgrupos populacionais³” (STARFIELD, 2001, p.546).

A operacionalização deste conceito demanda, de certa forma, que pensemos em meios de se colocar a equidade “em movimento”, meios para implementar a ideia na prática. Neste sentido, a promoção da equidade dependeria mais dos atores sociais e seus poderes do que dos horizontes conceituais (CAMPOS, 2006).

Sob a perspectiva de diferentes atores presentes, à época no Ministério da Saúde (MS), destacaram-se as “Políticas de Promoção da Equidade em Saúde” com o objetivo de “reduzir as desigualdades

1 Tradução livre do inglês “*unfair and unjust*”.

2 Tradução livre do inglês “*minimizing avoidable disparities in health and its determinants*”.

3 Tradução livre do inglês “*equity in health is the absence of systematic differences in one or more aspects of health status across socially, demographically, or geographically defined populations or population subgroups*”.

sociais” (BRASIL, 2013, p.6). Foram consideradas um desafio para a gestão e propostas para

diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde como os níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos como racismo, as homofobias e o machismo, entre outros (BRASIL, 2013, p.6, grifo da autora)

As referidas políticas focalizam na redução, conforme o trecho em destaque, das “*vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos e que resultam de determinantes sociais da saúde*” (*Idem, ibidem*). Ainda que os alargados – talvez ousados – objetivos destas Políticas fossem propostos no setor saúde e intencionassem alcançar determinantes sociais que dependem de atuação intersectorial, correspondiam aos anseios dos agentes sociais presentes no MS e ganhavam gradativamente visibilidade institucional.

A despeito de sua institucionalização, a equidade enquanto categoria-chave nas políticas sociais sofreu um gradual esvaziamento nos últimos cinco anos, devido às diferentes guinadas políticas e agendas ético-morais dos contrastantes governos, argumento que se reforça quando evocamos o sentido discricionário de “aplicação de normas sociais, morais ou científicas” (CAMPOS, 2006, p.25) dos atores sociais que operacionalizam a equidade por meio das políticas públicas.

Neste contexto, o presente artigo propõe reflexões em torno das “Políticas de Promoção da Equidade em Saúde” implementadas pelo MS e voltadas para segmentos populacionais vulneráveis, a partir de diversas fontes documentais detalhadas a seguir.

Metodologia

Para empreender a presente análise foram utilizadas as seguintes fontes documentais: registros etnográficos oriundos de pesquisa acadêmica, materiais de mídias virtuais e normativos do MS. A ideia de refletir sobre documentos aconteceu atrelada à análise de registros anteriormente obtidos por observação participante durante interações

de trabalho, que compuseram um retrato mais amplo denominado “etnografia consultora” (GOMES, 2017).

A aposta nos documentos como meios de compreensão de uma iniciativa política fundamentou-se nas proposições de Freire (2020), que afirma o caráter dos documentos não como retratos que descrevem uma realidade, mas como dispositivos que ativam situações com o poder de conferir-lhes um estatuto de verdade. Além de um modo de valorização epistemológica, essa aposta poderia funcionar como um exercício de restauração da visibilidade destes documentos e uma estratégia para apreensão sobre as formas pelas quais documentos “constituem, hierarquizam, separam e relacionam pessoas” (FERREIRA & LOWENKRON, 2020, p.22).

Foi analisado o documento relacionado às denominadas “Políticas de Promoção da Equidade em Saúde”, publicação realizada pelo até então denominado Departamento de Apoio Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) em 2013 (BRASIL, 2013). Também foram analisados os principais documentos normativos do MS relacionados às Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (BRASIL, 2004; 2009a; 2009b, 2011a; 2011b; 2011c; 2011d; 2011e; 2012). Outros materiais de mídias virtuais analisados consistiram em publicações disponibilizadas no sítio oficial das Políticas de Promoção da Equidade⁴ entre os anos de 2016 e 2020, de modo a observar possíveis diferenças na forma de tratar a “equidade” como “categoria-chave” em políticas sociais por parte do governo brasileiro. Neste sentido, foi utilizado o descritor “equidade” presente no rol de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)⁵, como forma de facilitar o escrutínio de documentos e compreender os usos desta categoria nas políticas formuladas pelo MS, em diálogo com os horizontes conceituais expostos em periódicos indexados em bases de dados legitimadas no campo da

Saúde. Ainda que o objetivo central fosse alcançar os sentidos da equidade “em movimento”, os horizontes conceituais trouxeram fundamentação para as análises empreendidas, possibilitando identificar as transformações semânticas e refletir sobre políticas de equidade.

4 O sítio oficial pode ser acessado em: <https://aps.saude.gov.br/ape/equidade>.

5 O sítio para efetuar buscas no DeCS é: <https://decs.bvsalud.org/>

Referencial teórico

Os referenciais teóricos adotados para amparar as análises realizadas nesta pesquisa pertencem ao campo da Saúde e da Antropologia Social. Foram utilizados durante todo o curso de leitura dos documentos, de modo a informar o olhar da pesquisadora sobre os temas da equidade, políticas públicas de saúde e segmentos populacionais vulneráveis.

A partir da noção de equidade como categoria-chave útil para análise de políticas sociais que tematizem as diferenças, inspiradas pelas proposições de Starfield (2001) e Campos (2006) previamente mencionadas, as reflexões aqui realizadas foram orientadas para a observação de diferentes usos desta noção, considerando como pano de fundo as discussões sobre os dilemas da universalização e da focalização, e sobre os riscos de fragmentação que a oposição entre universalidade e particularidade ocasiona (COHN, 2005).

Observar os diferentes usos implicou em reparar as mudanças de temas na agenda decisória do Estado, sob a compreensão proposta por Mattos & Baptista (2015), de que o Estado funcionaria como um mediador dos interesses sociais e, ao mesmo tempo, cenário de modificações conforme horizontes políticos que vigoram em determinada época.

O referencial teórico-metodológico a embasar esta pesquisa, explorado na seção sobre “Metodologia”, foram as reflexões de Gomes (2017), Freire (2020), Ferreira & Lowerkron (2020) e Vianna (2014), e sustentaram o desenvolvimento de uma “etnografia consultora” e uma etnografia de documentos. Os documentos funcionaram como dispositivo de registro de aspectos relevantes, de tudo aquilo que importou, para a implantação das “Políticas de Promoção da Equidade em Saúde”.

A fundamentação das análises sobre os achados de pesquisa após leitura dos documentos residiu nas proposições de “Estado como promotor de iniquidades” de Almeida Filho (2020); de “políticas de cidadania” como estratégia política para lançar mão da equação de cuidado e cidadania na tematização da equidade, de Gomes (2017); de “gestão participativa” como dispositivo estratégico para o desenvolvimento da equidade em saúde de Costa & Lionço (2006); e da transversalidade como estratégia do trabalho em rede, de Siqueira *et al* (2017).

Resultados e discussão

Na seara dos debates sobre equidade, é frequente a evocação de termos como igualdade, diferença e universalidade. Em Saúde Coletiva, tais termos acompanham a história de constituição de respostas programáticas pelo Estado em relação às especificidades de saúde de certas populações (FAUSTINO, 2017). Embora não seja possível, tampouco seja o objetivo deste artigo, retomar o rico histórico de consolidação de cada uma das populações englobadas no conjunto da equidade na agenda pública do SUS, vale mencionar que a instituição política e programática dos campos de pesquisa sobre a saúde das populações compreendidas nas “Políticas de Promoção da Equidade em Saúde”, derivou de distintos processos de participação social, bem anteriores ao ano em que essas políticas foram publicadas. Essa menção se faz importante à medida que assume haver um amplo *background* histórico no qual culminaram mudanças de temas e reconfigurações na agenda decisória do Estado (MATTOS & BAPTISTA, 2015).

Para levantar documentos significativos para a compreensão de possíveis mudanças nos sentidos de equidade e encontrar convergências entre a estrutura do Estado e a proposição das “Políticas de Promoção da Equidade em Saúde”, o *website* do MS figurou como um cenário de relevante observação. Segundo informações disponibilizadas em sítio oficial, entre 2016 e 2020, houve a inclusão de cinco populações no conjunto destas políticas, como esboça a tabela a seguir:

Tabela 1 – Populações incluídas nas Políticas de Promoção da Equidade do Ministério da Saúde, nos últimos cinco anos.

PERÍODO	POPULAÇÕES ABARCADAS
2016	População negra, população do campo e da floresta, população LGBT, população em situação de rua, população cigana.
2020	População negra, população do campo, da floresta e das águas, população LGBT, população em situação de rua, povo cigano/romani, população imigrante, refugiada e apátrido, população privada de liberdade, povos indígenas, pessoas com albinismo, adolescentes em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória.

Fonte: Elaborada pela autora com base em Brasil (2020).

A constatação de um maior número de populações nas “Políticas de Promoção da Equidade em Saúde” em tempos recentes, por um lado, denota uma ampliação do escopo das políticas voltadas para a superação das vulnerabilidades de determinados segmentos populacionais. Em termos práticos, materializaria “o esforço realizado pelo governo federal para assegurar os direitos humanos e universalizar o acesso a bens e serviços aos grupos vulneráveis” (SIQUEIRA *et al*, 2017, p.1398). Isso pode ser atribuído ao fortalecimento da transversalidade como uma estratégia de desenvolvimento de políticas públicas (*Idem, ibidem*).

A transversalidade pode ser compreendida como uma “forma de organização da política pública que se contraponha à divisão burocrática departamental em ministérios e secretarias” (SIQUEIRA *et al*, 2017, p.1402). Muitas vezes entendida por seu implícito potencial de articulação de ações desenvolvidas, lançar mão da transversalidade implica em considerar que tanto mais bem sucedida será uma política quanto mais integrada entre diferentes instituições for. A implementação de uma política envolvendo diferentes órgãos como parceiros poderia aumentar as possibilidades de sucesso neste processo de implementação.

Por seu sentido de integração, é inegável a carga semântica contida na noção de transversalidade. Entretanto, o estabelecimento de prioridades transversais nas agendas do Ministério da Saúde relacionadas às particularidades em saúde de populações vulnerabilizadas depende de estruturas na instituição que nomeiem essas populações como alvo de políticas para que a transversalidade funcione como estratégia de trabalho em rede. E, para isso, se faz necessária a existência dos mesmos “ministérios e secretarias” ora tidos como “burocráticos”.

Mesmo sem obedecer em sua denominação à lógica de focalização de uma única população, a existência de estruturas institucionais representativas de um modo de gestão participativa possibilitou a concepção e a projeção de iniciativas baseadas em forte participação social (COSTA & LIONÇO, 2006), relacionadas com as populações do campo e floresta, população negra, população cigana, população LGBT e população em situação de rua (BRASIL, 2013). É possível afirmar que a formação de comitês sustentados por estruturas institucionais no MS responsáveis pela equidade em saúde, permitiu a expansão dos compromissos do setor saúde com ofertas voltadas aos segmentos

populacionais vulneráveis. Neste contexto, a gestão participativa operaria como estratégia para desenvolver a democracia participativa (COSTA & LIONÇO, 2006), justamente por estabelecer espaços formais de diálogo entre Estado e Sociedade Civil, dando passagem à transversalidade porém sem abrir mão das responsabilidades do setor.

A existência de uma estrutura voltada à gestão participativa fomentou, em larga medida, o estabelecimento de estratégias de articulação para efetivação de “Políticas de Promoção da Equidade em Saúde”, ainda que essa estrutura não fosse diretamente responsável pela execução de cada uma das políticas englobadas no conjunto da equidade. Um exemplo disso eram as ações voltadas para a população em situação de rua: embora essa população estivesse englobada no conjunto da equidade, capitaneado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), o Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) concentrava parte importante dos esforços de implementação das ofertas em saúde, como o Consultório na Rua, instituído pela Política Nacional de Atenção Básica em 2011 (BRASIL, 2012), estando a coordenação da Política Nacional para a População em Situação de Rua a cargo da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República.

A forma mais comum de organização das articulações realizadas em prol de segmentos populacionais vulneráveis se deu pela instituição de comitês, como os Comitês Técnicos de Promoção da Equidade (COSTA & LIONÇO, 2006). Essas instâncias funcionavam como estruturas consultivas do MS, o que permitiu “um processo de *transversalidade* quanto aos modos de promover respostas sob forma de ações e estratégias para os estados e municípios” (*Idem, ibidem*, p.53, grifo da autora). Além de guardar relação com o diálogo entre Estado e Sociedade Civil, as estruturas de Comitês guardavam relação também com diretrizes do PPA, o que permite observar tais estruturas como reafirmação das prioridades técnicas e orçamentárias do setor saúde.

Aos Comitês, pode ser atribuído o potencial de serem espaços para a performatização de biogitimidades (FASSIN *apud* MALUF, 2018), à medida em que funcionariam como um “dispositivo de produção de direitos e de acesso às políticas públicas que se articula com um contexto mais amplo de deslocamento do político, com ênfase nos processos de patologização, medicalização ou biologização das experiências sociais” (MALUF, 2018, p.9). Os Comitês não seriam,

portanto, apenas espaços de diálogo mas espaços de legitimação de novos sujeitos a serem contemplados pelas políticas públicas de saúde, de reconhecimento de certas experiências sociais como cerne de adoecimento.

Em função das diferentes guinadas políticas e agendas ético-morais dos contrastantes governos, os Comitês Técnicos e a SGEP findaram reformulados ou extintos a partir da publicação de atos normativos editados pelo Poder Executivo, culminando na desmobilização dos espaços de diálogo para a pactuação de interesses e responsabilidades no processo de Alusão ao Decreto nº 9795, de 17 de maio de 2019, e ao Decreto nº 9759, de 11 de abril de 2019.

É construção de políticas de saúde. Ao poder de fazer e desfazer políticas que representam a concretização do direito à saúde pode-se usar as metáforas da “hidratação e desidratação” das políticas. O metáfora implica na ideia de uma estrutura de Estado como malha de produção de “políticas de cidadania” (GOMES, 2017), ou seja, voltadas para o cuidado e, ao mesmo tempo, para o fortalecimento da cidadania.

Considerando a dissolução ou reconfiguração de estruturas que operam a transversalidade no MS, o fato aparentemente paradoxal de aumento de populações englobadas pelas “Políticas de Promoção da Equidade em Saúde” em tempos recentes, pode ser explicado pelo contorno de “exotização” que também atravessa os sentidos de equidade. Essas políticas passariam, então, a reconhecer não apenas populações vulnerabilizadas pelo Estado, mas que também contêm o potencial de mobilizar o senso ético-moral público, por apelos que remetam à ideia de serem “populações deixadas para trás” por sua condição *a priori* desigual (BRASIL, 2020).

As desigualdades econômicas e sociais podem ampliar as tensões entre os sentidos formal e material da igualdade, sentidos estes que permeiam a equidade enquanto princípio para a prática política. Tal assertiva abre precedentes para refletir sobre o Estado como promotor e implementador de desigualdades, conforme proposições de Almeida Filho (2020). Neste sentido, a estrutura de Estado atuaria como “agente social de transformação das inequidades em iniquidades” (ALMEIDA FILHO, 2020, p.7), operaria um ciclo incessante de fomento às iniquidades.

Considerações finais

À luz de referencial socioantropológico, este artigo propôs reflexões em torno das “Políticas de Promoção da Equidade em Saúde” (BRASIL, 2013) e voltadas para segmentos populacionais vulneráveis. Os resultados da pesquisa materializada neste artigo sinalizaram um processo de “desidratação” destas Políticas, motivado pela desmobilização da participação social e crise econômica do país a despeito do aumento do número de populações como segmentos englobados pelas chamadas “Políticas de Promoção da Equidade em Saúde” do MS.

Ademais, este processo expôs tensões entre os sentidos formal e material do princípio de igualdade, tensões estas que acentuam fricções entre a operacionalização da igualdade e da equidade. Por fim, é possível compreender os grandes desafios impostos às “Políticas de Promoção da Equidade em Saúde”, no que diz respeito à efetivação dos direitos à saúde das populações vulneráveis.

Em contextos de guinadas políticas disruptivas, as “Políticas de Promoção da Equidade em Saúde” propostas no setor saúde sofreram efeitos marcantes em detrimento das paulatinas mudanças de governo acontecidas nos últimos cinco anos no Brasil. Isso se deveu, não apenas ao enfraquecimento da equidade como dispositivo de biolegitimidade (FASSIN *apud* MALUF, 2018), mas em função das reformulações da estrutura estatal que, até então, faziam refletir na agenda sobre equidade um espaço potente de participação social. Frente à “exotização” ou “desidratação” das políticas promotoras de equidade, é preciso considerar urgente mobilização política para reafirmar o Estado como dispositivo democrático comprometido com a proteção social (ALMEIDA FILHO, 2020), a fim de reaproximar Sociedade Civil e Estado e garantir o direito à saúde de todas as populações.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Qualidade-equidade em saúde: novos desafios em um estado de mal-estar social. **Interface (Botucatu)**. 2020; 24: e200171. <https://doi.org/10.1590/Interface.200171>. Acesso em: 15 de abril de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vídeo “Saúde investe mais de R\$ 7 milhões para ampliar cuidados às pessoas com albinismo”, 2020. Página das Políticas de Promoção da Equidade. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/equidade> . Acesso em: 15 de abril de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

_____. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (a). Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/.../2009/Decreto/D7053.htm> . Acesso em: 15 de abril de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2020. Página das Políticas de Promoção da Equidade. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/equidade> Acesso em: 01 de maio de 2021.

_____. Portaria n. 940, de 28 de abril de 2011 (a). Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/docs/portaria_940_cartao-SUS.pdf . Acesso em: 15 de abril de 2021.

_____. Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009 (b). Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html . Acesso em: 15 de abril de 2021.

_____. Portaria n. 1.678, de 13 de agosto de 2004. Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1678_13_08_2004.html Acesso em: 15 de abril de 2021.

_____. Portaria nº 3071 de 27 de dezembro de 2012. Redefine a composição e as atribuições do Grupo da Terra no âmbito do Ministério

da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3071_27_12_2012.html . Acesso em: 15 de abril de 2021.

_____. Portaria n. 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (b). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html . Acesso em: 15 de abril de 2021.

_____. Portaria n. 2.837, de 1º de dezembro de 2011 (c). Redefine o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2837_01_12_2011.html . Acesso em: 15 de abril de 2021.

_____. Portaria n. 2.866, de 2 de dezembro de 2011 (d). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html . Acesso em: 15 de abril de 2021.

_____. Portaria n. 2.979 de 15 de abril de 2011 (e). Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), com foco na promoção da equidade em saúde, e para a implementação e fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e do Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2979_15_12_2011.html . Acesso em: 15 de abril de 2021.

COHN A. **O SUS e o Direito à Saúde:** universalização e focalização nas políticas de saúde. *In:* Lima NT, Gershman S, Edler FC, Suárez JM, (orgs). Saúde e Democracia: História e perspectivas do Sistema Único de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. p. 385-405.

COSTA, A.M.; LIONÇO, T. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**. v.15, n.2, p.47-55, maio-ago 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902006000200006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 de abril de 2021.

FAUSTINO, D. M. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3831-3840, Dec. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25292017>. Acesso em: 16 de abril de 2021.

FERREIRA, L.; LOWENKRON, L. **Etnografia de Documentos**: pesquisas antropológicas entre papeis, carimbos e burocracias. Rio de Janeiro: Editora e-Papers, 2020.

FREIRE, L. Subnotificação e negacionismo: o que conta como real em uma (in)visível pandemia. *In*: Cientistas sociais e o Coronavírus. GROSSI, M.P. & TONIOL, R. (orgs). 1. ed. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020.

GOMES, M.C.A. **Corpos que “contam”**: uma etnografia sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Tese (doutorado). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2017. 247 f.

MALUF, S.W. Antropologias e políticas em contextos de crise: saúdes do futuro. *In*: **Antropologias, saúde e contextos de crise**. Rosana Castro, Cíntia Engel, Raysa Martins (Orgs.). Brasília: Sobrescrita, 2018.198 p.

MATTOS, R; BAPTISTA, T.W.F (orgs). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

SIQUEIRA, S.A.V.; HOLLANDA, E.; J.I.J. MOTTA. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5):1397-1406, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n5/1397-1397/pt>. Acesso em: 15 de abril de 2021. VIANNA, A. Etnografando

documentos: uma etnógrafa em meio a processos judiciais. *In*: CASTILHO, S. R. R.; LIMA, A. C. S.; TEIXEIRA, C. C. **Antropologia das práticas de poder**: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações. Rio de Janeiro: Contra Capa; Faperj, 2014.