

# O Programa Saúde Da Família no enfrentamento das desigualdades sociais

## RESUMO

O objetivo do presente artigo é contribuir para a reflexão e o debate sobre o papel do Programa Saúde da Família (PSF) no enfrentamento das desigualdades sociais no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. As desigualdades sociais, produtoras de pobreza, fenômeno emblemático contemporâneo, presente em âmbito mundial, revelam no campo da saúde, sua face mais cruel, vista pelas altas taxas de mortalidade materna (TMM) e infantil (TMI). À luz do pensamento de estudiosos contemporâneos do campo da educação e da epistemologia social, Boaventura de Sousa Santos e Edgar Morin, alguns resultados de investigações sobre o Programa Saúde da Família são examinados e confirmam que o mesmo tem contribuído para promover redução das desigualdades na esfera da atenção básica do SUS, sobretudo, no que se refere as taxas mencionadas.

## PALAVRAS-CHAVES

Desigualdades sociais, pobreza e saúde; atenção básica: saúde da família no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil; qualificação profissional; reflexão epistemológica em saúde.

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R. São Francisco Xavier, 524, 2º andar RJ. Rio de Janeiro, Brasil. [ellenperes@globo.com](mailto:ellenperes@globo.com)

## El Programa Salud de la Familia en la lucha contra las desigualdades sociales

### RESUMEN

Este artículo contribuye a la reflexión y al debate sobre el papel del Programa de Salud de la Familia (PSF) en la lucha contra las desigualdades sociales en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil. Las desigualdades sociales, generadoras de pobreza, un fenómeno mundial contemporáneo, muestran en el campo de la salud su aspecto más cruel, representado por las altas tasas de mortalidad materna (TMM) e infantil (TMI).

Partiendo del pensamiento de Boaventura de Sousa Santos y Edgar Morin, estudiosos del campo de la educación y de la epistemología social, se examinan algunos resultados de las investigaciones sobre el Programa de Salud de la Familia, las cuales confirman que dicho programa ha contribuido a disminuir las desigualdades en el ámbito de Atención Básica del SUS, especialmente en lo relacionado con las tasas mencionadas.

### PALABRAS CLAVE

Desigualdades sociales, pobreza y salud, atención básica, salud de la familia en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, calificación profesional, reflexión epistemológica en salud.

## Family Health Program in the Social Inequities Struggle

### ABSTRACT

The present article contributes to reflect and debate about the Family Health Program (PSF, for its name in Spanish) in the social inequities struggle, framed into the Unified Health System (SUS, for its name in Spanish) of Brazil. Social inequities, a contemporary world phenomenon that brings about poverty, show in the health field their most cruel face represented by high maternal and infant mortality rates (TMM and TMI, respectively for their names in Spanish).

Some of the investigations' outcomes about the Family Health Program are examined grounded on the perspective of Boaventura de Sousa Santos and Edgar Morin –education and social epistemology scholars. They confirm that the program has contributed to lower inequities regarding basic health attention in the SUS, especially those related to the aforementioned rates.

### KEY WORDS

Social inequities, poverty, health, basic sanitation, Family Health Program in the Unified Health System of Brazil, professional assessment, epistemological reflection on health.

## Introdução



Com o advento da abertura política brasileira no final dos anos 70 e início dos 80, o Sistema de Saúde experimentou um importante processo de mudanças intensificado pelo movimento da Reforma Sanitária. Segundo Luz (1), nesse período, iniciou-se a retomada do projeto de descentralização da saúde, surgido nos anos 50, este à época, sob a influência desenvolvimentista<sup>2</sup>. Retomada porque os atores eram, essencialmente, os mesmos (burocracia e profissionais da saúde e previdência), assim como o modelo de assistência de natureza sanitária e desenvolvimentista. A novidade, no dizer da autora (1), é a introdução da proposta de organização dos serviços locais de saúde (SILOS) disseminada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) nos anos 70 (2).

No contexto da transição do regime militar para o processo de redemocratização do país ganhou forças, no cenário político, a participação da sociedade civil brasileira em perspectiva de usuária dos serviços, distinta da idéia de comunidade dos anos 60 (1), o que ajudou a impulsionar ainda mais as mudanças que se processavam.

O marco das transformações políticas do Brasil, nos anos 70 e 80, é a Constituição de 1988 (3), no bojo da qual foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS)(4) delineado durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, momento áureo da Reforma Sanitária brasileira (5).

O ideário do novo Sistema, assente na idéia de “saúde como direito de todos e dever do Estado”, foi em certa medida influenciado pelas idéias e diretrizes da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata em 1978 (6). O capítulo I do documento dessa Conferência reafirma, enfaticamente, que a consecução do mais alto nível possível de saúde, é a mais importante meta social mundial. No entanto, sua realização requer a ação de muitos setores sociais e econômicos, além do setor saúde (6), que implica colocar em prática aspectos de parceria<sup>3</sup>, (7).

Com a nova Constituição, a saúde foi inserida no paradigma dos direitos humanos, da busca de equidade e justiça social (8), o setor passou a incorporar em suas práticas de assistência às pessoas e coletividades a compreensão de que promover a saúde implica cobrar dos governos e da sociedade novas ações e compromisso, sobretudo, porque saúde passa pelo campo das macro-políticas, as quais englobam, em especial, geração e oportunidades de trabalho, meios garantidores do acesso das pessoas a bens e serviços produzidos pela sociedade.

Esse olhar e essa compreensão refletem também a influência dos marcos históricos da promoção com o conceito de “campos de saúde”, propostos por Marc Lalonde (9), ministro de Saúde canadense nos anos 70. Lalonde, ao redefinir o referido conceito, sugere a inclusão de quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde (9).

Ao considerar saúde uma resultante de múltiplos fatores, sobretudo os sociais, e impulsionadora de desenvolvimento, a implementação do novo modelo de assistência à saúde, no contexto do SUS, passou a incorporar o referencial da promoção (10-14) da qualidade

2. PCSF-RJ é uma parceria ensino-serviço, instituída em 1997, por convênio entre o Ministério da Saúde (MS) e o Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva (CEPESC), do Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ. Sua missão é preparar recursos humanos para atuar em Equipes do PSF, no âmbito da Atenção Básica em Saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

3. A temática parceria, no contexto dessa produção, enfatiza a perspectiva da mesma entre os serviços de saúde e a comunidade. Assim, a publicação *A educação dos profissionais de saúde na América Latina – teoria e prática de um movimento de mudança* (Tomo II) reúne relatos de experiências na Colômbia (Cali), México (Colima), Brasil (Botucatu) e Venezuela (Maracaibo).

de vida. Um desafio de natureza estrutural, porque o mote dessa nova orientação implica deshospitalizar e desmedicalizar práticas de atenção à saúde, até então marcadamente dirigidas à doença, realizadas no cenário hospitalar e centradas na figura do médico.

No que se refere à dimensão conceitual da promoção, seus objetivos são promover a vida, preservar a saúde, prevenir riscos e danos. Já no âmbito da dimensão político-operacional, o conjunto de ações a ser implementadas se estende de mudanças a ser efetuadas desde o modelo de gestão à lógica do financiamento, passando pela tarefa da qualificação dos recursos humanos (13, 15), atores estratégicos das políticas públicas. À luz da epistemologia (16-19), estudo do conhecimento, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerada um desafio paradigmático.

Ao definir e estabelecer “saúde como direito de todos e dever do Estado”, a Constituição determinou que a organização do SUS se estruturasse segundo os princípios do acesso universal, da atenção integral, da descentralização administrativa das ações, da co-responsabilização e do controle social. Este conjunto de orientações exige que políticos, gestores, técnicos e usuários do setor implementem mudanças radicais no plano da legislação, dos mecanismos de gestão, da lógica do financiamento e da organização e administração dos serviços.

A fase inicial da implantação do Sistema Único de Saúde foi marcada pela produção de instrumentos legais e normativos dirigidos, principalmente, aos aspectos do financiamento e à estruturação e gestão dos sistemas estaduais e municipais (20-23). Ainda hoje, esses aspectos ocupam posição importante da agenda da saúde; porém, começam ganhar espaços o debate e a formulação de modelos assistenciais, assim como a qualificação profissional (capacitação, formação pós-graduada e educação permanente) dos referidos atores estratégicos do SUS (24-30).

Este artigo se insere no âmbito da mencionada qualificação profissional, ação essencial para consolidação do SUS (13, 15). Seu propósito é suscitar reflexões sobre as contribuições do Programa Saúde da Família (PSF), na esfera da atenção básica em saúde, no enfrentamento das desigualdades sociais (31-34), as quais submetem à pobreza, expressiva parcela da sociedade brasileira, assim como de toda a região latino-americana.

As bases para essas reflexões apóiam-se em resultados de estudos investigativos realizados pelo Ministério da Saúde (35, 36) e pelo Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Rio de Janeiro (PCSF-RJ) (37). Somam-se ainda contribuições de Peres, Dal Poz e Grande (38) sobre visita domiciliar, possibilidade para diálogo e construção de saberes. A investigação implementada pelo PCSF-RJ representa um importante banco de dados sobre a prática de médicos e enfermeiros de municípios do Rio de Janeiro (37), atores estratégicos do PSF.

Para referenciar teoricamente tais reflexões, recorre-se a conceitos e pressupostos de Edgar Morin (39-43) e Boaventura Sousa Santos (44, 45), pensadores contemporâneos da área da educação (39-45), localizados de maneira singular no campo epistemológico-social, os quais reconhecem a atualidade como momento privilegiado da transição paradigmática no campo da ciência juntamente com outros pensadores importantes da área (46-49).

## Referencial teórico

Segundo Santos (44,45), vivemos uma época de transição entre o paradigma da ciência moderna e um novo paradigma, de cuja emergência se vão acumulando sinais. À falta de melhor designação, o autor chama pós-moderna a essa época. A partir dessa premissa, Santos (44) submete as principais correntes epistemológicas sobre a ciência moderna à análise recorrendo a uma hermenêutica de suspeição e de

*Vivemos uma época de transição entre o paradigma da ciência moderna e um novo paradigma, de cuja emergência se vão acumulando sinais.*

recuperação, de modo a contribuir na busca de soluções para as questões propostas nos campo epistemológico e societal.

Ainda para o autor (44, 45), a discussão sobre a crise da ciência tem acuidade na atualidade, e início marcado no imediato período pós-guerra mundial. O modelo de racionalidade científica, em sua compreensão, atravessa uma crise profunda e irreversível, resultado interativo de uma pluralidade de condições, entre as quais se destacam as de natureza social e teórica.

À luz dessas considerações, Santos (44) afirma que é forçoso concluir que caminhamos para uma nova relação entre ciência e senso comum, na qual qualquer deles é feito um do outro e ambos fazem algo de novo.

Sobre a transição paradigmática e suas crises, Morin (16-18, 39-41) aponta saídas sugerindo ampliação do escopo do nosso olhar sob o seguinte argumento: “o saber não tem apenas compromisso com a produção do conhecimento, mas também com a felicidade do homem e com a justiça social”. Sua idéia primaz é que se pode alcançar felicidade e, sobretudo, justiça social por meio da reforma do pensamento. Segundo o autor (16-18, 39-41), a inadequação é cada vez maior, profunda e grave, à medida em que, de um lado, nossos conhecimentos são processados disjuntos, partidos, compartimentados entre disciplinas e, de outro, a realidade e os problemas são cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários.

Morin (16, 17, 39, 40), ao propor uma reforma do pensamento, parte da idéia de que nossas atividades cognitivas e pesquisas de conhecimento são, no fundo, uma procura de certezas, seja em filosofia, seja em ciência. Para ele (16, 39, 40-43), a chave do problema é a reforma paradigmática, pois o paradigma diz respeito aos princípios fundamentais que devem governar todos os nossos discursos e teorias.

No ensejo desse pensamento, Morin (16-18, 39-42) considera que, ainda que o

paradigma dominante comece a ficar um pouco combatido, por ser fortemente marcado pela disjunção e redução, o mesmo tem nos levado a conhecer separando ou desunindo a ciência, a filosofia, a cultura literária, a cultura científica, as disciplinas, a vida, a matéria, o homem. Desunimos e separamos o inseparável, esquecendo que o homem tem seu espírito ligado ao cérebro.

Para o autor (16-18, 39-41), no entanto, o conhecimento sob o império do cérebro que separa ou reduz não é o problema, o problema-chave é não termos ainda um pensamento que una. No âmbito dessa constatação, Morin insere a idéia da complexidade, do pensar complexo, de maneira tão enfática. A idéia do pensar complexo se remete ao termo *complexus*, que significa aquilo que é tecido junto, entrelaçado, algo que dá feição a uma tapeçaria (16-18, 39, 40). O pensamento complexo é, portanto, aquele que se esforça para unir não na confusão, mas nas diferenciações. Este construto é vital para o autor, principalmente na vida cotidiana em que tentamos contextualizar espontaneamente.

Prosseguindo sua construção teórico-metodológica, Morin (16-18, 39-41) enfatiza que o pensar complexo é absolutamente necessário na era planetária da qual somos contemporâneos. Para ele é preciso desenvolver nos sujeitos históricos um pensamento capaz de unir e diferenciar (16, 17, 39-41), aprender religar muito mais do que aprender a separar (16, 17, 39-41). Em síntese, essa referência moriniana (16-18, 39-43) nos leva a constatar que para alcançar um pensamento complexo exige-se romper, com radicalidade, a lógica da disjunção, preservando-a, no entanto, como referencial para conformar o novo pensar. O exercício da religação é um traço marcante e essencial do pensamento complexo. Sua natureza e caráter possibilitam resgatar a cultura pela aproximação de duas culturas separadas (a da ciência e a das humanidades), bem como ajuda a construir o novo paradigma epistemológico-social.

*O modelo de racionalidade científica, em sua compreensão, atravessa uma crise profunda e irreversível, resultado interativo de uma pluralidade de condições, entre as quais se destacam as de natureza social e teórica.*

## Desigualdades sociais na América Latina e no Brasil

Participar da construção de um projeto civilizatório no contexto do paradigma dos Direitos Humanos, pilar do ideário do Estado Democrático de Direitos, como o Brasil busca empreender nas últimas décadas, tem sido também compromisso do setor da saúde, cuja expressão mais evidente é a meta de consolidação do próprio SUS (3, 4).

À medida que o referido setor passou a reconhecer saúde como uma produção social, essa decisão tem imposto múltiplas reformulações no plano da administração e gestão do sistema (20-22) da prestação dos serviços e da formação profissional e também tem sido forçado à ampliação do foco de leitura sobre os determinantes do processo saúde-doença, assim como a pautar a agenda das mudanças das práticas assistenciais. Exemplo disso é o conjunto de atividades que se estabelece em torno do Programa Saúde da Família (PSF) desde sua implementação (29, 34, 36, 37, 50-57). O referido Programa é, na atualidade, uma *práxis* que tem proporcionado aos sujeitos sociais nela envolvidos, reconhecer, com acuidade, a gênese social do processo saúde-doença e seus efeitos, bem como, proporcionado oportunidade de participar de uma experiência com contribuições efetivas e eficazes de enfrentamento das desigualdades sociais, fenômeno emblemático presente em âmbito mundial com variadas intensidades e expressões em cada sociedade, cuja face revela-se de modo cruel na saúde, sobretudo pelas altas taxas de mortalidade materna e infantil (31, 34-36, 58-60).

Kliksberg (31) destaca que, em 1994, a Cúpula Presidencial de Miami expressou, em seu plano de ação, a necessidade que os governantes da região das Américas redobrem seus esforços para melhorar a equidade em saúde, condição essencial para o desenvolvimento humano. Na declaração final, a Cúpula Presidencial de

Santiago estabeleceu em 1988, como meta prioritária, remover as barreiras que negam aos pobres o acesso a uma nutrição adequada, a serviços sociais e a um ambiente saudável (31).

Embora os indicadores de desigualdades sociais na área da saúde sejam muitos, tendo em vista que o PSF, desde sua implementação, estabeleceu como uma de suas prioridades reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, a seguir as mesmas são abordadas no contexto do nosso continente e no interior de alguns de seus países.

Em 1996, segundo o Informe do Banco Mundial, apud Kliksberg (31), 2.250.000 mães latino-americanas deram à luz os seus filhos sem contar com assistência médica. Um fator que interfere nas referidas cifras, as quais mesmo elevadas, na avaliação de especialistas da área, são menores que as reais, uma vez que grande parte dos casos sequer é notificada.

Também, pelo *Informe de 1996 do Banco Mundial*, distâncias semelhantes se observam na mortalidade infantil enquanto as taxas: Costa Rica (13.7 por mil), Cuba (11.8) e Chile (14), todas próximas a dos países desenvolvidos; Haiti (86.2) e Bolívia (75.1), mais próximas a dos países pobres. Se observam altas taxas médias em países como Brasil (57.7), Peru (55.5), Nicarágua (52.3), Equador (49.7) e Guatemala (48.5). Se desagregarmos essas médias nacionais de mortalidade, no âmbito de cada país, entre ricos e pobres, entre área urbana e rural, elas ultrapassam 100 mortes em cada mil nascidos vivos, devido, sobretudo, às carências de água potável, instalações sanitárias e serviços de saúde primários muito mais agudas nas zonas rurais. Essa assimetria fica ainda mais acentuada em relação à população indígena, vítima de desnutrição crônica, por isso, sensivelmente mais vulnerável às doenças crônicas por estar mais distante dos serviços de saúde (31, 36, 56, 59).

A consequência emblemática negativa produzida pela desigualdade social é a

*À medida que o referido setor passou a reconhecer saúde como uma produção social, essa decisão tem imposto múltiplas reformulações no plano da administração e gestão do sistema da prestação dos serviços e da formação profissional e também tem sido forçado à ampliação do foco de leitura sobre os determinantes do processo saúde-doença, assim como a pautar a agenda das mudanças das práticas assistenciais.*

pobreza, a qual, por sua vez, existe quando um segmento da população é incapaz de gerar renda suficiente para obter elementos básicos que lhe garanta uma qualidade de vida digna. Esses são, por exemplo, água, saúde, educação, alimentação, moradia, entre outros. Um país também tem pobreza quando as suas riquezas estão mal distribuídas, apesar de seu volume ser expressivo (62-67).

Assim, é possível afirmar que o Brasil não é um país pobre, mas desigual. Dentre os classificados na categoria em desenvolvimento, o país ocupa o 9º lugar em renda *per capita*; porém cai para o 25º lugar ao se tratar da proporção de pobres. Isso o coloca entre os países de alta renda e alta pobreza. Ao mesmo tempo em que está entre o 10% dos mais ricos, o Brasil integra a metade mais pobre dos países em desenvolvimento (62-67).

Por razões como essas o Brasil é considerado um dos primeiros do mundo em desigualdade social (23). Aqui, 1% das pessoas mais ricas se apropria do mesmo valor que o 50% das mais pobres. A renda de uma pessoa rica é 25 a 30 vezes maior que a de uma pessoa pobre. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem 56.9 milhões de pessoas abaixo da linha de pobreza e 24.7 milhões vivendo em extrema pobreza (62-67).

Em 1980 a mortalidade infantil no País era 85.6 por 1000 nascidos vivos; na região nordeste atingia o valor de 120 por 1000. Em 1984 a taxa nacional era 81.5 por 1000 nascidos vivos; e a da região nordeste, 88.9 por 1000. No Ceará, no mesmo ano, em cada 1000 crianças nascidas vivas, 107 morriam. Com a implantação do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), que antecedeu o PSF, melhorou muito a cobertura vacinal das crianças e o atendimento às gestantes naquele Estado, alcançando uma redução de 32% da mortalidade infantil entre 1987 e 1990.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em

1996, mais de 17% dos nascimentos no nordeste ainda acontece fora da rede hospitalar, chegando a menos de 3% no sudeste. Mais de 93% dos nascimentos no sudeste tiveram acompanhamento médico no pré-natal, enquanto no nordeste, esta proporção é 65%. O esgotamento sanitário adequado continua sendo privilégio de pouco mais da metade da população nordestina. De acordo com informações da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD/96), apenas 54.8% dos domicílios dispunham deste serviço, enquanto 16% não tinham abastecimento adequado de água. Já no sudeste estas proporções chegam a cerca de 88%. É importante salientar que este quadro já foi bem pior para o Nordeste, melhorando substancialmente durante os anos 80, sobretudo, depois da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (50, 58-60).

Segundo Viana e Dal Poz, as ações de Atenção Básica, o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) fazem parte de um amplo conjunto de reformas do setor saúde, implementadas em todo o mundo nos últimos anos com aspectos próprios em cada país (69).

Além da redução das taxas de mortalidade materna e infantil, meta ainda para ser alcançada em sua plenitude, outros aspectos importantes decorrentes dos processos reformistas merecem ser destacados: a) mudanças demográfica e epidemiológicas, b) acesso aos serviços básicos de saúde como expressão de iniquidade, c) os recursos são ainda mais insuficientes no âmbito de sistemas de atenção segmentados, entre outros (50, 51).

Em 2002 a Taxa de Mortalidade Materna (TM) estimada para o Brasil foi 73.5 mortes por cem mil nascidos vivos; para o Estado do Rio de Janeiro, 74.06. Ao cotejar esta estimativa no âmbito dos dados do Sistema de Informações da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), este elaborado a partir do Sistema de

*Brasil é considerado um dos primeiros do mundo em desigualdade social.*

*Aqui, 1% das pessoas mais ricas se apropria do mesmo valor que o 50% das mais pobres. A renda de uma pessoa rica é 25 a 30 vezes maior que a de uma pessoa pobre. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem 56.9 milhões de pessoas abaixo da linha de pobreza e 24.7 milhões vivendo em extrema pobreza.*

Informação de Mortalidade (SIM), constata-se que ocorreram 178 mortes maternas no Estado do Rio em 231.957 nascidos vivos em 2002. Para este mesmo ano, a taxa estimada de Mortalidade Infantil para o país foi 25,06 mortes em cada mil nascidos vivos; para o Estado foi 17,94. Pelo referido Informe, baseado no SIM, dentre os 4.167 óbitos ocorridos em menores de 1 ano no Estado do Rio de Janeiro, 3.441 foram de causas associadas ao parto e puerpério. Das 1346 ocorridas na cidade do Rio, 1032 mortes estão ligadas às mesmas causas<sup>4</sup>.

## O Programa Saúde da Família e sua contribuição no enfrentamento das desigualdades sociais

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da carta de Lubliana, propõe que os Sistemas de Saúde, que tenham como alicerce a atenção primária sejam

dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção da saúde; centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; baseados em financiamento sustentável para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo (69).

Em 1994 (50-54), o Ministério da Saúde apresentou o Programa Saúde da Família (PSF) recorrendo à combinação de dois elementos novos no contexto das práticas de saúde: território geo-referenciado e população adscrita por famílias. À resultante dessa combinação (território + famílias), unidade de natureza coletiva,

agregou-se outro elemento diferencial no contexto das práticas em saúde no Brasil: o trabalho de uma equipe multiprofissional, necessidade histórica, atuando em perspectiva de prestação de serviços de qualidade em saúde, até então sem precedentes.

Segundo a orientação programática do Ministério (70), cada Equipe de Saúde da Família (ESF) é constituída por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), coletivo profissional responsável por um grupo de 600 a 1000 famílias. Cada ACS acompanha 150 famílias. No contexto da assistência direta prestada pelas ESF, outros elementos foram incorporados ao processo de trabalho, dentre os quais se destacam a análise da situação de saúde da população em colaboração com lideranças comunitárias e profissionais de outras áreas, e a organização da oferta dos serviços de acordo com o perfil de saúde específico daquela população.

Em 1994 foi alcançada a meta estabelecida pelo Ministério de cobrir cerca de 1 milhão de pessoas com cuidados básicos de saúde com o trabalho das 328 equipes implantadas. Atualmente o PSF está implantado 26.900 ESF distribuídas em 5.117 municípios, promovendo a cobertura de aproximadamente 86 milhões e 200 mil brasileiros (57). Este dado numérico que parece constatar o acerto na adoção da estratégia.

Outro aspecto que demonstra aceitação da proposta Saúde da Família, essa por parte dos atores sociais que a executam, os profissionais, ainda que sem aprofundamentos é a participação intensa e crescente dos mesmos nas atividades de formação pós-graduada, haja visto o incremento de programas de Especialização e Residência, bem como a produção científica em todo o país (24-30).

*Outro aspecto que demonstra aceitação da proposta Saúde da Família, essa por parte dos atores sociais que a executam, os profissionais, ainda que sem aprofundamentos é a participação intensa e crescente dos mesmos nas atividades de formação pós-graduada, haja visto o incremento de programas de Especialização e Residência, bem como a produção científica em todo o país.*

4. Dados disponíveis no endereço: [www.saude.rj.gov.br/datasus](http://www.saude.rj.gov.br/datasus).



A produção acadêmico-científica sobre o Programa, tanto na perspectiva de aperfeiçoá-lo como política de saúde como de analisá-lo quanto suas contribuições para melhorar os indicadores de saúde e transformar a realidade sanitária, pode ser constatada nos periódicos das diversas disciplinas do campo da saúde (24-30).

Num contexto investigativo voltado a identificar impactos na realidade, o Ministério da Saúde (35, 36) realizou em 2005 um estudo para avaliar a contribuição do Programa Saúde da Família (PSF) na redução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil no período de 1990 a 2002. Os dados recolhidos mostraram que para cada 10% de aumento na cobertura populacional do PSF há uma redução média de 4.6% na mencionada taxa (TMI). No caso do abastecimento de água, a expansão da cobertura desta em 10% representa queda de 3% na TMI; a ampliação do acesso a leitos hospitalares em 10% reduz a mortalidade em 1.4%. A importância do Programa Saúde da Família na queda da TMI, no Brasil, só não é maior do que a variável acesso das mulheres à educação, em especial a alfabetização das mesmas. Nesse caso, uma ampliação de 10% de cobertura significa diminuir em 16.8% a mortalidade das crianças com até um ano de idade.

Para analisar esse conjunto de dados, o referido estudo<sup>(35,36)</sup> adotou um instrumento estatístico desenvolvido por técnicos do próprio Ministério com capacidade para distinguir o peso de grupo de fatores na redução da mortalidade infantil. Para esse estudo, foram considerados os acessos aos serviços de saúde (PSF e leitos hospitalares), à educação (alfabetização das mulheres), às condições socioeconômicas e ao saneamento básico (água tratada).

Pela referida investigação, entre 1990 e 2002, período no qual o Programa Saúde da Família saiu do marco zero para uma cobertura de 54.9 milhões de brasileiros, a taxa de Mortalidade Infantil caiu de 49.7 óbitos por mil nascidos vivos para 28.91 óbitos, representando uma redução de

42%. Ao desagregar duas das causas mais comuns de morte de crianças com menos de um ano, diarreias e infecções respiratórias agudas, as ações das equipes exerceram forte impacto sobre as mesmas pelo acesso sistemático ao atendimento básico em saúde que grande parte da população passou a ter.

Quanto ao acesso à água, pelos resultados obtidos, o quadro de mortalidade infantil praticamente não muda nas regiões sul, sudeste e centro-oeste, as mais desenvolvidas, enquanto que nas regiões norte e nordeste têm peso significativo. No item acesso a leitos hospitalares, pelo qual é possível tratar os componentes mais complexos da mortalidade, fica clara a disparidade de desenvolvimento econômico e social entre as duas regiões. O acesso a leitos hospitalares praticamente não interfere na TMI ao norte do Brasil, mas tem peso importante ao sul. No entanto, em todas as regiões do país, o analfabetismo feminino é o principal fator que impede a queda da mortalidade infantil.

Na esteira do pensamento complexo (16-18, 39-41) é possível ressaltar que a força pela qual o paradigma científico perpetua em todas as áreas do conhecimento humano, o cuidado em saúde, tem se revestido de natureza marcadamente técnica e de uma aura de neutralidade. Um dos efeitos disso, por exemplo, pode ser visto na dificuldade que nós, profissionais da saúde, temos para reconhecer e intervir sobre a pobreza, não necessariamente na sua gênese e produção, mas em suas conseqüências, as quais conformam a enorme barreira ao desenvolvimento humano. Mesmo que as profissões do campo da saúde são definidas como práticas sociais, as programamos e as realizamos, quase sempre, como ferramentas de intervenção "descoladas" do contexto social (10). Muitos atores sociais, se quer, percebem que o mencionado contexto as influencia e também é por elas influenciado (38, 71, 73, 74).

Neste início do século XXI, tempo da informação, da comunicação e da sociedade do conhecimento (74), onde são

*Ao desagregar duas das causas mais comuns de morte de crianças com menos de um ano, diarreias e infecções respiratórias agudas, as ações das equipes exerceram forte impacto sobre as mesmas pelo acesso sistemático ao atendimento básico em saúde que grande parte da população passou a ter.*

evidentes os sinais de uma transição paradigmática epistemológica e societal, conforme assegura Santos (19, 44, 45), estamos diante do dilema: o que fazer e como fazer para superar esse pensamento, ainda hegemônico, incapaz de alcançar a dinâmica da realidade? Dotado de dificuldades para analisar, identificar e resolver os problemas que a realidade apresenta frente à pujança e a velocidade com as quais eles se apresentam?

## Conclusão

Nesse contexto inquisitivo, à luz do pensamento de Santos (19, 44) é possível afirmar que a qualificação (formação graduada, pós-graduada e educação permanente) dos atores estratégicos (profissionais) do SUS, em perspectiva de trabalho em equipe, é uma exigência histórica, necessária e essencial para o alcance da meta de superação das desigualdades sociais no campo da assistência em saúde no Brasil.

Também é possível concluir que, no âmbito da Atenção Básica, o trabalho

implementado pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) tem contribuído de modo efetivo na redução dessas desigualdades. Resultados de estudos (37, 38), Peres<sup>5</sup>, vêm corroborar com essa relação contributiva entre recursos humanos qualificados e impactos produzidos na realidade sanitária. A investigação empreendida por Peres analisa o caráter estratégico do Programa Saúde da Família e constata sua essencialidade no enfrentamento das desigualdades sociais e a contribuição da universidade brasileira na tarefa de consolidação da SUS.

A propósito de concluir o presente artigo, recorro a um fragmento do pensamento de Santos (19) inspirado pela proposta do exercício da dúvida sem sofrimento, de Descartes: “os desafios, quaisquer que sejam, nascem sempre de perplexidades produtivas”, e complementá-lo com uma declaração de Pena-Vega e Nascimento (17) sobre Morin: “a ciência não tem apenas compromisso com a produção do conhecimento, mas também com a felicidade do homem, com a justiça social”.

## REFERÊNCIAS

1. Luz MT. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: Pinheiro, R, Mattos, RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, IMS ABRASCO; 2001.
2. OPS/OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: la administración estratégica. Washington, D.C., 1992; 160.
3. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil; 1988.
4. BRASIL. Lei 8.080, 19.09.1990.
5. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Revista Espaço para a Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO), Ano 1, N° 0, março de 1989, Curitiba, Paraná.
6. Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6-12 de setembro de 1978; Alma Ata, URSS; Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância.
7. Viáfara EV, Bruges CH. Serviços de saúde e comunidade: respondendo ao desafio da formação de novos profissionais (Cali, Colômbia). In: A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo-Londrina-Buenos Aires: HUCITEC, Editora da UEL e Lugar Editorial; 1999.

5. Estratégia Saúde da Família, *ação essencial no enfrentamento das desigualdades sociais*. Tese de Doutorado da autora deste artigo. Previsão de defesa 2006/2007 junto ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (icbas@upt), Porto, Portugal.

8. Almeida C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. *Revista Saúde em Debate* 24(54).
9. Lalonde M. O conceito de "campo de saúde": uma perspectiva canadense. In: Organização Panamericana de Saúde. *Promoção da Saúde: uma antologia*. Publicação Científica; 557, Washington, D.C.; 1996; 3-5.
10. Kickbusch I. Promoção da saúde: uma perspectiva mundial. In: Organização Panamericana de Saúde. *Promoção da Saúde: uma antologia*. Publicação Científica; 557, Washington, D.C., 1996; 15-24.
11. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília (DF), 1996.
12. Gentile M. Promoção da Saúde. *Promoção da Saúde*, Ano 1, agosto/outubro de 1999. Ministério da Saúde. Brasília (DF); 9-11.
13. Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 1999; 15 (Sup.): 177-185.
14. Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI. Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 21-25 de junho de 1997; Jacarta, República da Indonésia.
15. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D., Freitas, C.M. (orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003; 15-38.
16. Morin E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Bertrand Brasil; 2003.
17. Morin E. Por uma reforma do pensamento. In: Pena-Vega A, Nascimento EP, organizadores. *O pensar complexo Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Garamond; 1999.
18. Morin E. Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios necessários. Almeida MC, Carvalho EA (organizadores). São Paulo (SP): Editora Cortez; 2002.
19. Santos BS. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1989.
20. Mansur MC. O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências década de 1990. Tese de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Cruz. Rio de Janeiro; 2001.
21. Ministério da Saúde (Brasil). *Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB/SUS 01/96. Brasília (DF); 1996.
22. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. *A prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS*. Série histórica do CNS, 1. Brasília (DF); 2000.
23. Arouca S. Implementação da reforma S através do SUDS. Rio de Janeiro (RJ). *Revista Saúde em Debate*, 1988; 22(49-54).
24. Cordeiro H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. Os caminhos do PSF no Brasil, as cidades escrevendo suas histórias. 2000; 21.
25. Feuerwerker LCM. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. O movimento de mudança da formação de profissionais de saúde no Brasil. 2000; 22:18-35.
26. Feuerwerker LCM, Kalil ME, Baduy R. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem: as lições aprendidas pela Rede UNIDA. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. O movimento de mudança da formação de profissionais de saúde no Brasil. 2000; 22:49-62.
27. Almeida MJ. *Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança*. Londrina (Pr.): Ed. UEL; Rio de Janeiro (RJ): ABEM; 1999.
28. Teixeira CF, Paim JS. Políticas de Formação de Recursos Humanos em Saúde: Conjuntura Atual e Perspectivas. *Divulgação em Saúde para Debate*. 1996; 12:19-23.
29. Piancastelli CH et al. Saúde da Família e desenvolvimento de recursos humanos. In: *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. Os caminhos do PSF no Brasil, as cidades escrevendo suas histórias, 2000; No. 21.
30. Sousa MF. A Enfermagem construindo sua prática: mais que uma conquista no Programa Saúde da Família (PSF). *Revista Brasileira de Enfermagem*. Saúde da Família. 2000; 53, número especial.
31. Kliksberg B. *Desigualdade na América Latina, o debate adiado*. 2ª. ed. Tradução de Sandra Trabucco Valenzuela. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO; 2001.
32. Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2003; (8)2.

33. Vieira LAS. A mortalidade infantil como reflexo da desigualdade social e a atenção à saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. RS: o município na construção do SUS. 2001; 24:90-8.
34. Ministério da Saúde (Brasil). Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil. Brasília (DF): SUS; 2002.
35. Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da Presidência da República (SECOM). Brasília (DF), Boletim 330 de 8 de julho de 2005.
36. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): 2006.
37. Andrade A, Varella T, Peres EM. A prática de médicos e enfermeiros de ESF, um estudo avaliativo em municípios do Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro (RJ), 2005 (mimeo).
38. Peres EM, Dal Poz MR, Grande NR. Visita domiciliar, espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. *Revista Enfermagem UERJ*, 2006; (14):208-13, abril/junho 2006. Rio de Janeiro.
39. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução de Eloá Jacobina. Rio de Janeiro (RJ): Editora Bertrand Brasil; 2004.
40. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. São Paulo (SP): Editora Cortez; Brasília: UNESCO; 2004.
41. Morin E. Para sairmos do século XX. Tradução de Vera Azabugi Harvey. Rio de Janeiro (RJ): Editora Nova Fronteira; 1986.
42. Morin E. O Método I: A natureza da natureza. 2ª. ed. Tradução de Ilana Heineberg. Porto Alegre (RS): Sulina, 2003b.
43. Morin E. O Método V: A humanidade da humanidade. 2ª. ed. Tradução de Juremir Machado da Silva. Porto Alegre (RS): Sulina, 2003c.
44. Santos BS. Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. V.1. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo (SP): Editora Cortez; 2002.
45. Santos BS. Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo (SP): Cortez; 2003.
46. Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro (RJ): Editora Paz e Terra; 1988.
47. Freire. Pedagogia da autonomia-saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro (RJ): Editora Paz e Terra; 1996.
48. Russ J. Pensamento ético contemporâneo. Tradução de Marcondes Cesar. São Paulo: Editora Paulus; 1999.
49. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 1999.
50. Ministério da Saúde (Brasil). Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Avaliação Qualitativa do PACS. Brasília (DF); 1994a.
51. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde dentro de casa - Programa Saúde da Família. Brasília (DF). 1994b.
52. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade: Saúde da Família, uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997a
53. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde no Brasil. Brasília (DF); 1997b.
54. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília (DF); 1998.
55. Ministério da Saúde (Brasil). Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família, PSF. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 2000.
56. Sousa MF. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo (SP): Editora HUCITEC; 2002.
57. Ministério da Saúde (Brasil). Disponível em: <[http://www.saude.gov.br/psf/equipas/quantos\\_agentes.htm](http://www.saude.gov.br/psf/equipas/quantos_agentes.htm)>. Acesso em: janeiro 2007.
58. BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial: investindo em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Getúlio Vargas, 1993.
59. BANCO MUNDIAL. Unidade de Gestão do Brasil, Unidade de Gestão de Setor de Desenvolvimento Humano, Região da América Latina e Caribe. Brasil: Saúde Materno Infantil; 2002.
60. Vieira LAS. A mortalidade infantil como reflexo da desigualdade social e a atenção à saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. RS: o município na construção do SUS, 2001; 24:90-7.
61. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1992-1999.
62. Atlas da exclusão social no Brasil. Pochman M, Amorim R. Organizadores. São Paulo (SP): Editora Cortez, 2003.

63. IBGE. Censo 2000. Características da população e dos domicílios (resultados do universo). Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2001.
64. FIRJAN. Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. Desigualdade social: a visão empresarial. Rio de Janeiro; 2002.
65. Barros RP, Foguel MN. Focalização dos gastos públicos sociais e erradicação da pobreza: Desigualdade e pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA; 2000.
66. Barros RP, Henriques R, Mendonça R. Pelo fim das décadas perdidas: Desigualdade e Pobreza no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 2000a.
67. Barros RP, Henriques R, Mendonça R. A Estabilidade inaceitável: Desigualdade e pobreza no Brasil. Texto para Discussão n. 800/01. Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 2000b.
68. Viana ALD'A, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 1988; 8(2):11- 48.
69. Starfield B. Atenção Primária -equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO/Ministério da Saúde. Brasília; 2002.
70. Ministério da Saúde (Brasil). Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília (DF): SUS; 2001.
71. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS1988; Ano VII, N° 2.
72. Peres EM, Dal Poz MR, Grande NR, Andrade AM. The practice of physicians and nurses in the Brazilian Family Health Programme -evidences of change in the delivery health care model. *Journal Human Resources for Health*. MS ID: 6494469901062561.
73. Oliveira MS. A academia "apostando" na estratégia da Saúde da Família. *Revista Brasileira de Saúde da Família. Caminhos da conquista da qualidade*; 2003; Ano I, N° 3:46-52.
74. Ministério da Saúde (Brasil). Sistema Único de Saúde. Diretrizes para formulação de política de recursos humanos. Brasília (DF): 1989.
75. Gonzales J, Wagenaar R. Introdução. In: Gonzales J, Wagenaar R. Organizadores. *Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final. Projeto piloto, Fase 2, Universidades Deusto e Groningen*. Bilbao (ES): Editora da Universidade de Deusto; 2006.