

EQUIDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS

Equity and health promotion in the Family Health Program: challenges to be faced

Cristiane de Mesquita Silva¹

RESUMO

A estratégia Saúde da Família incorpora, em sua proposta, a equidade e a promoção da saúde. Entretanto, apesar da recorrência desses temas na formulação de políticas, a estratégia Saúde da Família ainda enfrenta desafios importantes para que estes se façam presentes no cotidiano do trabalho das equipes. Com base na revisão da literatura sobre equidade e promoção da saúde nas políticas contemporâneas, este artigo problematiza alguns desafios atuais para efetivação de tais princípios no âmbito da estratégia saúde da família.

PALAVRAS-CHAVE: Equidade em Saúde. Promoção da Saúde; Programa Saúde da Família; Política de Saúde.

INTRODUÇÃO

A estratégia Saúde da Família, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006a), tem como um de seus princípios a Equidade e como uma de suas propostas a promoção da saúde.

Em geral, a Equidade está atrelada à noção de justiça social. Esta, segundo Rawls (1997), deve considerar a forma como as instituições sociais distribuem direitos e deveres fundamentais e determinam a divisão de vantagens advindas da cooperação social. Seguindo esta noção, Whitehead citado por Senna, (2002) define iniquidade em saúde como diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas nas condições de saúde de determinada população.

No Brasil, a Equidade é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a focalização de algumas políticas é uma das estratégias para fazê-la cumprir-se. A estratégia Saúde da Família (ESF), que começou em 1994 como um programa governamental, foi parte de um processo de reforma incremental do SUS. A proposta era de alterar o

ABSTRACT

The Family Health Program incorporates equity and health promotion in its proposal. However, despite the recurrence of these themes in health politics, the Family Health Program still faces important challenges to make equity and health promotion present in the routine of healthcare teams. Based on a bibliographic review about these themes in contemporary politics, this article presents some recent challenges for the effectuation of these principles in the Family Health Program.

KEY WORDS: Equity in Health. Health Promotion. Family Health Program. Health Policy.

modelo de atenção do SUS, mas a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) provocou mudanças também nas formas de remuneração das ações de saúde e de organização dos serviços (VIANA; DAL POZ, 1998).

A despeito das políticas de saúde que vinham sendo propostas, a década de 1990 se caracteriza como uma época em que “diversos países realizam reformas econômicas, políticas e administrativas buscando assegurar algum espaço na nova configuração dos mercados mundiais” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 306). Neste período, o Banco Mundial estimulou a racionalização dos gastos em saúde e o aumento da eficácia e da eficiência do SUS. A consequência foi a focalização dos programas de saúde em áreas mais pobres. O PSF passou então a ser implantado prioritariamente em áreas em que as pessoas viviam em condições de maior risco e onde os serviços de saúde eram insuficientes. O princípio da Equidade no PSF se assentou aí: reduzir a iniquidade de acesso e, com isso, fazer frente aos determinantes sociais do processo saúde-doença.

¹ Psicóloga, mestranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca” (ENSP)/ Fiocruz. E-mail: cristiamesi@yahoo.com.br

Para enfrentar as iniquidades em saúde, no entanto, é necessário que os governos atinjam, através de políticas sociais mais amplas (MARMOT, 2005), os determinantes estruturais de saúde, ou seja, aqueles que são procedentes da estratificação social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS, 2005). Grupos em posição sócio-econômica inferior têm condições materiais menos favoráveis e, por isso, frequentemente, enfrentam mais barreiras à adoção de comportamentos saudáveis (op.cit.). Além dos estruturais, os determinantes intermediários – que concernem às condições de vida e trabalho, à disponibilidade de alimentos, aos empecilhos para a adoção de comportamentos saudáveis e às dificuldades de acesso ao sistema de saúde – também devem ser considerados, já que representam determinantes distais do processo saúde-doença da população. Entretanto, a ampliação da assistência sanitária é insuficiente para eliminar as iniquidades em saúde. É importante que, além do setor saúde, outras esferas que envolvam a justiça social e a Equidade global sejam envolvidas (SEN, 2002).

Diante disso, é importante refletir sobre os desafios que a estratégia Saúde da Família enfrenta para promover a Equidade e desenvolver ações de promoção da saúde.

Com base na revisão bibliográfica sobre as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, as políticas nacionais de Atenção Básica e de Promoção da Saúde, bem como sobre textos de autores que tratam da estratégia Saúde da Família e da Equidade, destacaremos dois desafios que a estratégia Saúde da Família enfrenta para efetivar o princípio da Equidade: a dificuldade de adoção da família como unidade de cuidado e a utilização das áreas programáticas como único eixo de atuação.

Os cuidados primários e a promoção da saúde

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde foi resultado de questionamentos ao modelo de atenção centrado em procedimentos médicos e de alto custo. Mostra dessa insatisfação é o documento desta conferência (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS, 1978), que apresenta o quadro em que a saúde se conformava. As desigualdades no estado de saúde entre os países são atribuídas às desigualdades econômicas e sociais, que devem ser combatidas através de um esforço conjunto de países, indivíduos e comunidades. Um dos instrumentos para uma mudança estrutural no estado de saúde das populações é o cuidado primário de saúde. De acordo com este documento, os cuidados de saúde devem estar próximos dos locais de vida e trabalho das pessoas, de forma que se tornem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde.

A declaração de Alma-Ata estabelece que os cuidados primários de saúde devam: considerar os principais problemas de saúde da comunidade; ser intersetoriais; desenvolver a autoconfiança e a participação comunitária e individual; estar apoiados numa rede integrada que vise à melhoria das condições de saúde da população, especialmente dos que têm mais necessidade; incluir um escopo de ações que vão desde a educação, o acesso à água e saneamento básico e a alimentos até o fornecimento de medicamentos essenciais; e basear-se nos profissionais de saúde e nos chamados praticantes tradicionais, desde que estes últimos sejam treinados social e tecnicamente para o trabalho conjunto com a equipe de saúde.

Face às deturpações das propostas da declaração de Alma-Ata e às mudanças ocorridas no mundo desde então, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) propõe uma renovação da Atenção Primária em Saúde (APS) (OPAS, 2005). Entre outros argumentos, a OPS defende a renovação da APS para que ocorram a correção de inconsistências presentes em algumas propostas de Atenção Primária e o fortalecimento da APS como um instrumento da sociedade para a redução das iniquidades na saúde.

A proposta da OPAS é que a Atenção Primária seja mais do que um nível de atenção ou um conjunto de ações voltadas para algumas parcelas da população. A intenção é que seja recuperado o sentido de cuidados primários propostos pela Conferência de Alma-Ata, de maneira que a Atenção Primária sirva de base para a construção de sistemas de saúde equitativos e solidários (OPAS, 2005; STARFIELD, 2004).

Um dos elementos para a construção de sistemas de saúde com base na APS é a ênfase na prevenção e na promoção da saúde. Esses dois pontos, de acordo com a OPS, permitem que os indivíduos e as comunidades tenham mais controle sobre sua própria saúde e, desta forma, seja possível combater os determinantes sociais nocivos à saúde. Outro elemento considerado relevante é o cuidado integral e condizente com o contexto sócio-histórico da comunidade atendida. A família e a comunidade devem constituir a base do sistema de saúde orientado para a APS, já que as práticas clínicas e individuais não conseguem atingir a contento as reais necessidades de saúde da população.

Em 1986, ocorre a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá. Produto desta conferência, a Carta de Ottawa (OPAS, 1986) pontua os múltiplos determinantes da saúde. Por isso, a ação coordenada de governos, setor de saúde e outros setores sociais e econômicos, mídia, ONGs e população – seja através dos indivíduos, das famílias ou das comunidades

– se faz necessária para evitar riscos à saúde. Entretanto, os profissionais de saúde e os grupos sociais têm a responsabilidade maior de mediar essa ação.

Além da intersetorialidade, a Equidade também é descrita como um fator importante da promoção da saúde. Seus objetivos são reduzir as desigualdades e oferecer oportunidades e recursos iguais às pessoas para que elas desenvolvam seu potencial de saúde. As comunidades, ainda, devem ser capazes de tomar decisões e definir estratégias para melhorar suas condições de saúde. Ademais, a Carta propõe que a promoção da saúde seja feita também através da divulgação de informação e da educação para a saúde para que sejam alcançados os desenvolvimentos pessoal e social.

Na Segunda Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide, Austrália, em 1988, é dada ênfase às políticas públicas saudáveis. Tais políticas devem caracterizar-se pela preocupação com a saúde e a Equidade, pelo esforço em facilitar as opções de vida saudável para os cidadãos, pela priorização do acesso aos serviços de saúde – especialmente os cuidados primários – para os grupos mais vulneráveis. Esta conferência estabelece, como principais áreas de ação a saúde da mulher, a alimentação e a nutrição, o combate ao tabaco e ao álcool e o incentivo à construção de ambientes saudáveis (OPAS, 1988).

A terceira conferência, que aconteceu em Sundsvall, Suécia, em 1991, enfatiza os ambientes saudáveis como ponto importante para o alcance da meta de saúde para todos no século XXI. Os ambientes favoráveis à saúde incluem os aspectos físicos, sociais, espirituais, econômicos e políticos do entorno dos indivíduos. É também uma das cartas de promoção da saúde que mais destaca o papel da educação e das ações comunitárias para a saúde. Segundo a declaração de Sundsvall, a educação é um *“elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos”* (OPAS, 1991, sem página).

Em Santafé de Bogotá, aconteceu, em 1992, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde que reuniu representantes de 21 países da América Latina, inclusive o Brasil. Diante do quadro de doenças decorrentes da pobreza e de enfermidades advindas da urbanização e da industrialização, a declaração desta conferência destaca a necessidade de se combater as iniquidades em saúde. Para isso, *“o repasse de informação e a promoção do conhecimento constituem valiosos instrumentos para a participação e as mudanças dos estilos de vida nas comunidades”* (OPAS, 1992, sem página). A Equidade tem um papel central para a promoção da saúde na América Latina, segundo a carta desta conferência. Assim, além de identificar os fatores que geram iniquidades e agir sobre eles, propõe-se que sejam feitas mudanças radicais

“nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes, origem destas calamidades” (sem página). Ainda, a saúde, por ser condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e de conduta, deve contar com a promoção da saúde como um instrumento para fazer frente às condições desfavoráveis. Assim, uma das propostas é o fortalecimento da capacidade de tomada de decisões pela população para que sejam adotados estilos de vida mais saudáveis.

Na Indonésia, em 1997, realizou-se a Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Um dos destaques desta conferência é o incentivo à participação do setor privado nas ações de promoção da saúde. A declaração de Jacarta (OPAS, 1997) também incentiva a redução das iniquidades, o reforço dos direitos humanos e a formação de capital social para a promoção da saúde. Fatores transnacionais – como a economia global, o mercado financeiro e o comércio e a tecnologia das informações – são apontados como determinantes da saúde. Além disso, esta afirma que a promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo e,

para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, requer instrução prática, treinamento em liderança e acesso aos recursos. Dar direito de voz às pessoas requer acesso mais consistente ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança (OPAS, 1977).

A quinta conferência, realizada no ano 2000, no México, reafirma a necessidade de os países realizarem ações nacionais para a promoção da saúde e que contem com todos os setores da sociedade civil (OPAS, 2000).

Em 2005, realizou-se em Bangkok, na Tailândia, a Sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (WHO, 2005). A Carta de Bangkok ressalta a importância da promoção da saúde para atingir os determinantes sociais da doença no mundo globalizado. Nela, a promoção da saúde é definida, retomando a carta de Ottawa, como o processo de capacitação de pessoas para exercerem controle sobre sua saúde e seus determinantes. Para isso, a promoção da saúde deve ser compromisso para: a agenda global de desenvolvimento (através de acordos intergovernamentais fortes de forma a diminuir as iniquidades na saúde), os governos (que em todos os níveis deve prover recursos para a saúde dentro ou fora deste setor), as comunidades e sociedade civil (fazendo-se empoderadas e optando por bens e serviços e empresas com responsabilidade social, por exemplo) e para o setor empresarial (através de práticas empresariais éticas e responsáveis).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a) propõe ações transversais, integradas e intersetoriais, condizentes com as propostas da Reforma Sanitária, que envolvam trabalhadores da saúde, gestores e usuários num esforço conjunto de atingir os determinantes e condicionantes da saúde da população. Além disso, busca recuperar as estratégias de ação propostas em Ottawa atuando de acordo com as seguintes diretrizes: integralidade, Equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.

Entretanto, a Política Nacional da Promoção da Saúde é criticável porque estabelece algumas áreas prioritárias de ação que historicamente se associam à mudança estrita dos estilos de vida pessoal e porque, na prática, pouco enfatiza a responsabilização social pela origem das doenças. É o caso da alimentação saudável, do estímulo às atividades físicas, do controle do tabagismo e da prevenção da morbimortalidade por uso abusivo de álcool e outras drogas.

É possível notar, pelas cartas de promoção da saúde, que os conceitos de promoção da saúde e de determinantes sociais da saúde estão imbricados. Desde Sigerist, um dos primeiros autores a abordar o tema ainda em 1946 (BUSS, 2003), trabalhos que tratam da promoção da saúde afirmam que diversos fatores, além do biológico, são determinantes para o processo saúde-doença. Neste sentido, tem-se discutido recentemente sobre a necessidade de se adotar os conceitos de promoção da saúde e de determinantes sociais da saúde para a construção de políticas que atinjam de forma efetiva as iniquidades.

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS propõe um modelo conceitual de determinantes da saúde. Este modelo conforma uma rede que inclui determinantes sociais estruturais e intermediários. Os estruturais dizem respeito aos fatores que geram estratificação social, especialmente renda, educação, gênero e etnia. Os determinantes intermediários são definidos pelas condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos, comportamentos da população, fatores impeditivos para a adoção de estilos de vida saudáveis, acesso aos serviços de saúde, entre outros (OMS, 2005).

Um dos fatores impeditivos para que a promoção da saúde se realize parece ser a tenuidade da separação deste conceito e o de prevenção de doenças. Buss (2003) afirma que a responsabilização do comportamento individual é típica de intervenções clínicas que têm, como base, o paradigma biomédico e, como origem, a medicina preventiva. A promoção da saúde, por outro lado, combina escolhas individuais com a responsabilidade social pela saúde e

isso supõe uma efetiva participação da população desde a formulação de políticas de saúde até sua implementação. Assim, mais do que a intervenção sobre o indivíduo e seu comportamento, é necessário conhecer os determinantes sócio-culturais, ambientais, políticos e econômicos do contexto sobre o qual se pretende atuar. Assim como as redes de apoio social afetam positivamente a saúde, fatores como “violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada” (Brasil, 2006a, p.7) afetam, negativamente, as condições de vida e saúde da população.

Desafios para a estratégia Saúde da Família

O Brasil, por uma questão de organização do sistema de saúde e redirecionamento da rede de cuidado, incorpora os princípios da Conferência de Alma-Ata no nível da Atenção Básica. Na Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2006b, p. 10), Atenção Básica é definida como:

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde [...] É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da Equidade e da participação social.

A estratégia Saúde da Família é considerada o instrumento prioritário da Atenção Básica e tem caráter substitutivo em relação à rede de serviços básicos tradicionais nos territórios em que atua (BRASIL, 2006b; TRAD; BASTOS, 1998; RONZANI; STRALEN, 2003). Diante dos avanços das políticas de saúde e da importância atribuída à atenção básica, é necessário apontar alguns desafios que a estratégia Saúde da Família enfrenta.

Há muito se sabe que o processo saúde-doença é consequência de fatores genéticos e biológicos facilitadores, mas também decorre da imbricação de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Apesar de a ESF pretender considerar o “sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural” (BRASIL, 2006b, p. 10), sabe-se que os processos de trabalho das equipes ainda se orientam fortemente pelo enfoque centrado na doença, na cura e nos indivíduos. A territorialização, o cadastramento da clientela e a priorização da família como unidade de cuidado são estratégias que permitem às equipes conhecer as

relações sociais, as trajetórias de vida e a cultura dos usuários da unidade de saúde. Argumenta-se, todavia, que as equipes de Saúde da Família cadastram e exercem o cuidado sobre as pessoas que moram num mesmo *domicílio* ou num mesmo *território*, não sobre *famílias* (MARSIGLIA, 2005).

A noção de família não mais comporta uma visão naturalizada ou universal de que família é uma tendência humana de criar laços perenes com pessoas consanguíneas de um núcleo formado por pais e filhos. É necessário considerar que as famílias têm mudado de acordo com a história e com as condições sociais, econômicas e culturais.

A partir da Revolução Industrial e do desenvolvimento do capitalismo, o mundo do trabalho se separa do mundo familiar e a noção de vida coletiva dá lugar à idéia de espaço privado de vida. (BOCK, 2001; SARTI, 2005). A casa torna-se espaço do núcleo familiar e, em seu interior, áreas são divididas a fim de permitir lugares mais individuais para seus membros (BOCK, 2001).

Na década de 1960, a pílula anticoncepcional separa sexualidade de maternidade, condição de mulher da condição de mãe. Mais tarde, as tecnologias de reprodução assistida provocaram mudanças no modelo familiar típico nas classes privilegiadas e abalaram a concepção naturalizada de família. O exame de DNA reivindica a responsabilidade do homem pelos filhos (SARTI, 2005). No plano jurídico, a família começa a ocupar um lugar importante, haja vista o Estatuto da Criança e do Adolescente que “*dessacraliza a família a ponto de introduzir a idéia da necessidade de se proteger legalmente qualquer criança contra seus próprios familiares*” (SARTI, 2005, p. 24).

Não obstante as transformações que se deram ao longo do tempo e que impuseram mudanças ao modo de vida da sociedade, é inegável que a noção de família não é universal.

A partir da segunda metade da década de 1990, se intensificaram os programas governamentais que têm privilegiado as famílias como unidade de ação. Estes se voltam, preferencialmente, para os estratos mais pobres da sociedade.

Alguns autores chamam atenção para o fato de as famílias pobres se conformarem em rede, ou seja, a dimensão familiar está além do espaço-domicílio.

Fonseca (2005) afirma que muitos moradores de bairros pobres pensam não em termos de “casa”, mas de “pátio”. A disponibilidade de extensão da casa num terreno e a proximidade dos domicílios possibilitam a reciprocidade das tarefas domésticas. A autora fornece alguns exemplos que mostram esta configuração em rede. Quando uma mulher trabalha fora, outras se dispõem a prover a alimentação e

o cuidado dos filhos pequenos que ficaram em casa e é frequente uma “circulação de crianças”, não sendo incomum a referência dos pequenos a duas ou três mães. A repartição dos alimentos entre os que moram próximos configura a solidariedade entre os moradores. A dimensão temporal é demonstrada quando a avó cuida dos netos, aguardando (talvez não de forma consciente) o cuidado nos anos posteriores de sua vida. Além desses exemplos, a noção tradicional de ciclo familiar - que vai do casamento, nascimento e crescimento dos filhos, saída destes da casa dos pais até o envelhecimento dos pais e seu sentimento de vazio - é substituída por outra dinâmica (casamento dos pais após nascimento dos filhos e permanência dos adultos jovens na casa dos pais, por exemplo) (FONSECA, 2005).

Essas formas de configuração – para citar apenas algumas – demonstram a dinamicidade das relações familiares. Estas condições denotam a formação de redes de apoio social, especialmente nas classes populares.

Valla (2000, p.41) define apoio social como

qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, isto é, que tanto gera efeitos positivos para o receptor, como também para quem oferece o apoio permitindo, dessa forma, que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas e que desse processo se apreenda que as pessoas necessitam umas das outras.

Este autor afirma que o apoio social tem uma importante função na manutenção da saúde, na prevenção de doenças e no cuidado nos momentos de recuperação da saúde. Além disso, contribui para o sentimento de controle sobre a vida, sendo um fator de proteção da saúde (VALLA, 2000). Nesse sentido, a incorporação da noção de rede de apoio como contributiva para o enfrentamento das iniquidades em saúde se faz importante no processo de trabalho dos profissionais de saúde da ESF.

Assim, a noção de família nas classes populares, ao contrário de desestruturadas, se pauta pela formação de redes de apoio social. Sarti (2005) afirma que a família não se circunscreve ao grupo genealógico, já que o parentesco se refere àqueles com quem se convive. Desta forma, “*são da família aqueles com quem se pode contar, quer dizer, aqueles em quem se pode confiar*” (SARTI, 2005, p. 33).

Um desafio para a estratégia Saúde da Família, portanto, é ser capaz de pensar além do agrupamento de indivíduos num domicílio. Olhar o sujeito como parte de uma rede

permite que o profissional de saúde possa vir a representar o elo de uma cadeia ampla de cuidados, que vai desde os serviços de saúde, passando pelo cuidado intrafamiliar, até a ação intersetorial sobre os determinantes sociais da saúde. A partir deste olhar diferenciado sobre o sujeito, pode-se contribuir para que a Equidade e a promoção da saúde se façam presentes no cuidado.

A inserção das equipes na comunidade não deve forjar a idéia de homogeneidade dos grupos sociais. Quando se trata das classes populares – público prioritário da ESF – a tendência de homogeneização e de criação de estereótipos é maior. A própria definição de família não deve ser universal, já que famílias têm especificidades e podem ser – como o são, muitas vezes – diferentes da família nuclear considerada padrão (TRAD; BASTOS, 1998; VASCONCELOS, 2006a). Com isso, na maioria das vezes, famílias que têm uma conformação diferente daquelas consideradas “modelo” não raramente são tachadas de desestruturadas. Isso acaba sendo motivo suficiente para que alguns profissionais de saúde atribuam às famílias incapacidade de participar do cuidado. Este acaba sendo visto como o motivo pelo qual os membros desta família se recusam a seguir as orientações transmitidas pelos profissionais de saúde (VASCONCELOS, 2006b). Outra possibilidade é quando um grupo social é rotulado como indolente porque não comparece às consultas ou às reuniões propostas pela equipe, mas não são questionados os fatores que levam a tais comportamentos. Nesse sentido, se dá a culpabilização da vítima (CRAWFORD, 1977).

A dificuldade de contratação de profissionais de saúde para atuarem em determinadas áreas – seja no interior do Brasil, seja em grandes centros urbanos onde os casos de violência pululam – também representa um desafio amplamente discutido quando se trata da estratégia Saúde da Família. Além deste, a precariedade dos vínculos trabalhistas, a rotatividade dos profissionais de saúde e a formação dos mesmos representam dificuldades na rotina de trabalho das equipes na atenção primária.

Outro desafio para a ESF é trabalhar com as áreas programáticas sem fazer delas seu único eixo de atenção. Ainda que a operacionalização da atenção básica se dê, para todo o país, pela ação em áreas estratégicas (como controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e controle da hipertensão e do diabetes) (BRASIL, 2006b), a maneira de efetivá-la deve também considerar as necessidades de saúde da população e as características loco-regionais.

Quando usada com caráter altamente tecnocrático e normativo; quando adota atitudes impositivas e faz controle estrito sobre o comportamento dos usuários; quando

a focalização nos fatores de risco impede o olhar sobre os determinantes sociais da saúde; quando se dá mais atenção à doença do que ao sujeito que vive a doença, é que as ações programáticas podem impedir o cuidado integral, equânime, resolutivo, humanizado e dialógico. Não basta, portanto, que os gestores e os profissionais se fixem nas mudanças de comportamento individuais. A Equidade pode ser efetivada também na medida em que as ações das equipes de saúde tornam-se adequadas às necessidades dos grupos sociais. É importante que sejam feitos esforços de reconhecer – e atuar, junto com a população, sobre – “os determinantes sócio-culturais, políticos e econômicos mais amplos que influenciam o processo saúde-doença” (FERREIRA; BUSS, 2002, p. 21). Assim, trabalhar com áreas programáticas deve acontecer não por ser uma exigência política, mas porque dentro delas - e para além delas – podem ser detectadas as necessidades e as características da população adscrita.

Pensando nisso, é que o tratamento e a redução de sofrimentos que possam comprometer a saúde dos indivíduos e das famílias devem reconhecer o papel dos determinantes da saúde. E para reconhecê-los, as próprias áreas programáticas (algumas centradas em agravos, como diabetes e hipertensão arterial) podem servir como início – ou indício – para a investigação sobre as condições de vida e saúde de uma população.

Berlinguer (1988, p.94) afirma que a doença num indivíduo é “expressão de forças destrutivas que agem sobre a coletividade”. Por isso, a investigação sobre a doença pode oferecer indícios sobre as condições sociais às quais o indivíduo está submetido. O tratamento não deve, portanto, reforçar a tradição de cura tão-somente pelo medicamento, ou seja, o sujeito não pode ser descolado de sua realidade e alijado da participação no tratamento, sendo a ele oferecida apenas a alternativa de se medicar (ROZEMBERG, 1994; VASCONCELOS, 2006b). Nesse sentido, o esforço de não dicotomizar saúde e doença, agravos e determinantes deve ser feito pelos profissionais de saúde no momento mesmo em que estão em contato com a população que recorre aos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme apresentamos, o tema da Equidade está presente desde muito tempo nas políticas de saúde e nos fóruns nacionais e internacionais. O importante é que tais propostas se efetivem na prática.

No caso da estratégia Saúde da Família, a Equidade e a promoção da Saúde têm dificuldade de acontecer, primeiro, porque o setor saúde sozinho é incapaz de promover

mudanças estruturais nas condições de saúde da população. A participação de outros setores é de fundamental importância para a promoção da Equidade.

O atrelamento do financiamento ao cumprimento de determinados programas acaba engessando gestores locais na alocação de recursos. A tutela pelo governo federal colabora para que as equipes desenvolvam projetos semelhantes entre si, baseados apenas nas áreas incentivadas pelo nível central, o que, muitas vezes, não atende às necessidades da população (VIANA et al, 2003; TRAVASSOS, 1997).

Maior disponibilidade de recursos financeiros, melhor uso dos recursos existentes e melhor distribuição espacial dos serviços no contexto local são algumas das ações que podem ser implementadas pelos municípios a fim de contribuir para promover a Equidade (TRAVASSOS, 1997).

Os profissionais de saúde ainda alegam a sobrecarga de trabalho, especialmente em função da demanda espontânea da população. A organização da rede de serviços pelos municípios também é um importante fator contributivo para que as equipes de Saúde da Família sejam capazes de refletir sobre as necessidades de saúde da população e adequar suas práticas a elas. Considerar os determinantes sociais da saúde nas ações de cuidado cotidianas, especialmente nas ações de prevenção – de forma a evitar a mera prescrição de comportamentos saudáveis – poderão, desta forma, colaborar para a Equidade e promoção da saúde no contexto da estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: Hucitec, 1988. 150p.

BOCK, A. M. B. A psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Org.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001. cap 1, p. 15-35.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.15-38.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 59p.

CRAWFORD, R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. **International Journal of Health Services**, New York, v. 7, n. 4, p. 663- 680, Oct./Dec. 1977.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W. B. (Org.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos-RJ**. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002. p.15-37.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Revista Saúde e Sociedade**; São Paulo, v. 14, n. 2, p.50-59, maio/ago. 2005.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, Oxford, v. 365, n. 9464, p. 1099-104, março 2005.

MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o Programa de Saúde da Família (PSF). In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2005. p.169-174.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. **Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde**. 2005. Disponível em : <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em: 01 jun.2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Carta de Ottawa. In: **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**, 1., nov. 1986, Ottawa. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE**, set. 1978, Alma-Ata. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Adelaide. In: **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**, 2., abr. 1988, Adelaide. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Adelaide.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Jacarta. In: **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**, 4., jul. 1997, Jacarta. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Jacarta.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração do México. In: **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**, 5., jun. 2000, Cidade do México. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Mexico.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Santafé de Bogotá. In: **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**, nov. 1992, Santafé de Bogotá. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Santafe.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Sundsvall. In: **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**, 3., jun. 1991, Sundsvall. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana/OMS. Washington: OPAS, ago. 2005. 37p.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, ago. 1998.

RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 708p.

RONZANI, T. M.; STRALEN, C. J. V. Dificuldades de implementação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 99-107, jul/dez. 2003.

ROZEMBERG, B. O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p.300-308, ago.1994.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R; VITALE, M. A. F. (Org.). **Família**: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 2005. p. 21-36.

SEN, A. ¿Por qué la equidad en salud? **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.11, n.5-6, p. 297-301, may/june 2002.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, Supl., p.203-211, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004. 725p.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 429-435, abr./jun.1998.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 325-330, abr./jun. 1997.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 37-56, ago. 2000.

VASCONCELOS, E. M. **A construção conjunta do tratamento necessário**. Rede de Educação popular e Saúde, 2006a. p.1-11. Disponível em: <www.redepopsaude.com.br>. Acesso em: 18 set. 2006..

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2006b. 336p.

VIANA, A. L.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. **Política de saúde e Equidade**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v.17, n.1, p. 58-68, jan./mar. 2003.

VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. A reforma do setor saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8 (Supl. 2), p.11-48, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World**, 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkokcharter/en/print.html>>. Acesso em: 20 out. 2006.

Submissão: março de 2008

Aprovação: agosto de 2008
