

O Direito à Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma Reflexão Necessária¹

I¹ Júlia Arêas Garbois, ² Líliliana Angel Vargas, ³ Fátima Teresinha Scarparo Cunha I

Resumo: A incorporação do conceito ampliado de saúde na Constituição Federal de 1988 se constitui, do ponto de vista jurídico-legal, na possibilidade de legitimar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. No entanto, ao contextualizarmos a saúde como “direito de todos” no cenário brasileiro, fica difícil pensar em todos como um conjunto igualitário de demandas individuais e coletivas, perante as gritantes desigualdades sociais, mesmo quando as pessoas compartilham o mesmo espaço geográfico. Neste contexto, o presente estudo, tendo como base a Estratégia Saúde da Família, formulada pelo Ministério da Saúde em 1994, e que se coloca como prioridade no cenário da política de saúde no Brasil, objetivou identificar os limites e as possibilidades desta proposta de garantir o direito à saúde da população brasileira, em particular no Rio de Janeiro. É uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa que utilizou a pesquisa bibliográfica e documental, além da entrevista semi-estruturada realizada com dois atores que participam da ESF nos níveis municipal e estadual do Rio de Janeiro. Como resultado, foi possível identificar que, hoje, quase 20 anos após a Constituinte e 12 anos após a implantação da ESF, esta se apresenta somente como *uma possibilidade* de concretizar os princípios que norteiam o SUS e, portanto, de garantir a saúde como um direito de todos.

► **Palavras-chave:** políticas de saúde; direito à saúde; Estratégia Saúde da Família.

¹ Graduanda do curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).
Endereço eletrônico: juliaagarbois@hotmail.com.

² Doutora em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); professora adjunta no Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da UNIRIO.
Endereço eletrônico: lilianaangel@globo.com.

³ Doutora em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); professora adjunta no Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da UNIRIO.
Endereço eletrônico: fatima.scarparo@gmail.com.

Recebido em: 20/11/2006.
Aprovado em: 15/07/2007.

Introdução

Este artigo surge a partir da premissa de que o direito à saúde no Brasil está amparado por arcabouço jurídico-legal, mas que ainda está longe de se concretizar em virtude de aspectos estruturais, como a gritante situação de desigualdade social, a omissão do Estado, que se traduz na geração de conflito social, enfrentado por políticas compensatórias, desacompanhadas de políticas públicas redistributivas e incluídas. Interessa-nos analisar, sobretudo, as potencialidades de concretizar o direito à saúde a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Rio de Janeiro, priorizada na atual conjuntura da política de saúde no Brasil como uma estratégia para concretizar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Do ponto de vista metodológico, utilizamos a pesquisa bibliográfica com análise documental, priorizando as contribuições que têm sido produzidas sobre o tema aqui proposto, através de artigos publicados em revistas científicas, dissertações de mestrado, teses de doutorado e livros. Também foram consultadas bases bibliográficas (SciELO, Lilacs), que foram acessadas utilizando-se os seguintes descritores: políticas, planejamento e administração em saúde, acesso aos serviços de saúde, políticas de saúde, saúde da família.

Neste sentido, a busca bibliográfica realizada no período compreendido entre os anos 1994 e 2005 totalizou 24 artigos, 2 dissertações, 1 tese, 11 livros e 7 documentos. Ainda, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com dois atores que atuam na ESF no Rio de Janeiro, que participaram desta pesquisa de forma voluntária e autorizaram a utilização de seus depoimentos com fins estritamente acadêmicos.

No intuito de sistematizar as informações coletadas através desta pesquisa, analisamos as possibilidades de garantir o direito à saúde na política pública brasileira, na ESF, em particular no Rio de Janeiro, frisando a importância da VIII Conferência Nacional de Saúde como o marco a partir do qual se ampliou o escopo da discussão e do entendimento e complexidade da saúde, e de ter dado as bases filosóficas e éticas que elevaram ao *status* de direito e, portanto, relacioná-la ao patamar de cidadania vivido pela sociedade brasileira.

A VIII CNS, realizada em 1986, é considerada o fórum de maior participação democrática de atores sociais na luta pela saúde. Suas bases filosóficas e éticas estão inscritas no processo de redemocratização das relações entre o Estado e a sociedade brasileira, representadas pela participação dos usuários dos serviços de saúde na

definição da política pública de saúde; universalização do acesso como expressão da ruptura com a perpetuação das várias formas de discriminação e desigualdade; e construção de um conceito de saúde que traduz a responsabilidade da ação política e econômica do Estado sobre as condições de vida da população, incluindo a oferta de ações e serviços de saúde capazes de resolver os problemas de saúde de acordo com as necessidades de cada um e da coletividade.

Esperamos com esta reflexão contribuir na formação de uma postura crítico-reflexiva permanente que permita identificar os limites e as possibilidades de se garantir o direito à saúde dentro da Estratégia Saúde da Família, o que significa dizer, garantia da inclusão e justiça social.

O direito à saúde na política pública brasileira

O Sistema Nacional de Saúde brasileiro, criado a partir da Lei nº 6.229/75, surge com as seguintes características: centralização da tomada de decisões na esfera federal, polaridade entre as ações preventivas e curativas (as primeiras sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, e as segundas, do Ministério da Previdência Social), e pela praticamente nula participação da sociedade na proposição de alternativas de solução para os problemas de saúde da população.

Nesse contexto, institucionalizou-se no Brasil um modelo de atenção à saúde centrado na figura do médico e na assistência individual curativa e privatista, que desconsidera os aspectos sociais que interferem na ocorrência do processo saúde/doença. Romper essa racionalidade que se expressa no processo de trabalho em saúde e na definição da política de saúde no país foi um dos grandes desafios enfrentados pelo Movimento Sanitário, quando, no final da década de 70, propôs (re)pensar a saúde como intimamente relacionada a condições e qualidade de vida.

Assim, quando o Movimento Sanitário propõe um conceito ampliado de saúde, legitimado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cria-se uma relação indissolúvel entre a saúde da população e o patamar de cidadania definido pelo pacto social estabelecido entre Estado, governo e sociedade.

A saúde é concebida neste fórum como decorrente das condições de acesso a habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Um aspecto fundamental nesta formulação foi o fato de se ter chamado a atenção para a interdependência que existe entre esses elementos e sua condição *sine qua non* para alcançar a saúde. Esta,

por sua vez, está associada a padrões dignos de qualidade de vida, esta última não apenas reduzida a padrões de consumo, *status* ou requinte social, mas “a possibilidade de participar, criar opções, ter acesso à oportunidade de desenvolver um projeto de vida, de exercer a cidadania” (VARGAS, 2001, p. 160).

Esse conceito, incorporado do ponto de vista jurídico-legal na Constituição Federal de 1988, transforma-se no artigo 196, que assinala:

a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 104 - grifo nosso).

Apesar da consonância desses preceitos com conquistas universais de direitos humanos que envolvem o direito à vida, à saúde, ao meio ambiente, entre outros, ao contextualizarmos a saúde como direito de todos no cenário brasileiro, fica difícil pensar em *todos* como um conjunto igualitário de demandas individuais e coletivas, perante as gritantes desigualdades sociais associadas a oportunidades diferenciadas de inserção no processo produtivo, no acesso à informação e educação, à moradia e todos aqueles elementos relacionados a um padrão de vida digna.

Em matéria publicada pelo jornal *O Globo*, em 16/11/1998, sob o título “Brasil é campeão da desigualdade”, Ivan Vassoler e Chris Delboni apresentam resultados de estudos realizados pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial, segundo os quais na América Latina se observa a pior distribuição de renda do planeta. O Brasil é assinalado como o maior exemplo disso, na medida em que aqui os 10% mais ricos controlam quase 50% da renda nacional, enquanto 50% dos mais pobres participam com menos de 10%. Segundo a matéria, para o BID, essa desigualdade de renda entre pobres e ricos reflete também diferenças na educação, na participação no mercado de trabalho e nas oportunidades de crescimento de maneira geral. Em 2002, quando o estudo foi novamente realizado pelo BID, utilizando inclusive os mesmos indicadores, continuava reduzido a 10% o número de brasileiros mais ricos, enquanto que subiu para 70% o total dos mais pobres.

A partir dessa noção de desigualdade associada à pobreza, surgem medidas compensatórias, não para erradicá-la, mas para mantê-la, porque isso favorece os interesses de uma elite que continua cultivando a noção de dádiva - o que lhe garante posição hegemônica dentro da sociedade. Portanto, considera-se que a desigualdade

no Brasil é estrutural e que a pobreza do brasileiro não se limita a suas carências econômicas, mas se estende à sua submissão e pobreza política e social. No entanto, parece ser inevitável falar de pobreza quando abordamos a questão da desigualdade. Neste sentido, achamos pertinente fazer uma breve diferenciação de ambos os termos, muito embora se apresentem intrinsecamente relacionados.

Segundo Marsiglia, Silveira e Júnior (2005, p. 71), “o conceito de pobreza é um conceito absoluto, já que abrange aqueles que não obtêm o rendimento mínimo estipulado oficialmente para atendimento de suas necessidades”. Já a desigualdade, segundo Minayo (2000 *apud* MARSIGLIA; SILVEIRA; JÚNIOR, 2005, p. 71) “refere-se às distâncias relativas entre os estratos da população na apropriação de bens econômicos, políticos e culturais no interior de cada país e entre países”. Mas desigualdade é mais do que isso. Ela é também a expressão de uma cultura altamente discriminatória, na qual se faz questão de tratar de forma diferenciada pessoas, instituições, regiões, privilegiando uns em detrimento de outros. Nesse cenário, as políticas públicas – as quais, segundo Costa (1998, p. 7), podem ser definidas como “o espaço de tomada de decisão autorizada ou sancionada por intermédio de atores governamentais, compreendendo atos que viabilizam agendas de inovação em políticas que respondem a demandas de grupos de interesses” – surgem como a forma encontrada pelo Estado para se legitimar como o único ator que, contraditoriamente, gera e controla o conflito ocasionado pela seletividade política e social.

Dentro das políticas públicas, as políticas sociais se apresentam como propostas planejadas que visam à conciliação do conflito social ou, nas palavras de Demo (1994, p. 14), “a busca de composição pelo menos tolerável entre alguns privilegiados que controlam a ordem vigente, e a maioria marginalizada que a sustenta”.

Segundo o mesmo autor, podem-se distinguir no campo da política social três horizontes teóricos e práticos:

- a política assistencial;
- a política socioeconômica;
- a política participativa.

A primeira é, de modo geral, entendida como dever do Estado para com aqueles que não se auto-sustentam, reconhecendo-se, direta ou indiretamente, o direito de sobrevivência, mas não necessariamente o direito à cidadania. Portanto, tornar os pobres alvos da assistência é ficar cada vez mais próximo da fronteira do assistencialismo, marca registrada de nossa sociedade.

A segunda volta-se para o enfrentamento da pobreza material; dá relevância ao emprego como fonte de renda e, portanto, é uma estratégia para diminuir as desigualdades sociais. A lógica dessa política é agir na dinâmica *trabalho/produção*, diminuindo assim a necessidade de assistência. Essa proposta tem como limite o próprio sistema capitalista e, mais ainda, as propostas neoliberais, cada vez mais sedimentadas, o que possibilita que tal política degenera exatamente naquilo que quer evitar: o assistencialismo.

A terceira talvez seja a mais complexa, na medida em que tenta a abertura de canais de negociação do conflito social, através da participação da população na tomada de decisões. Só que essa participação não se dá de maneira efetiva, seja porque não é estimulada, seja porque simplesmente estamos acostumados a *não participar* - é esta a materialização da nossa pobreza política.

Assim, a política social hoje no Brasil não conseguiu ainda superar a desigualdade e exclusão social, cada vez mais evidentes no cotidiano da sociedade brasileira, onde, segundo Pochmann & Amorim (2004, p. 11):

constata-se que cerca de 42% do total dos municípios, equivalendo a 21% da população brasileira, vive em localidades associadas à situação de exclusão social. Por outro lado, apenas cidadãos de 200 municípios (3,6% do total), representando 26% do total da população, residem em áreas que representam padrão de vida adequado.

Neste cenário, como se concretiza o direito à saúde?

A forma como o Estado tem encontrado para controlar o conflito social gerado pela sua incapacidade de gerenciá-lo tem sido a formulação de políticas compensatórias, expressões de “*não-cidadania*” na medida em que, em lugar de superar o conflito, se barganham migalhas para controlá-lo, o que significa a manutenção do *status quo*. Neste contexto, se *faz mister* analisar as propostas que dentro da política de saúde hoje, 20 anos depois da VIII Conferência Nacional de Saúde, se apresentam como uma possibilidade de concretizar os princípios idealizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto garantir, através de políticas públicas, o direito à saúde da população.

Para compreender esta possibilidade, é necessário reconhecer princípios e diretrizes que norteiam o SUS, que tem como eixo central o direito à saúde como direito de cidadania e em decorrência, o acesso ao sistema é universal; tem a equidade como atributo a ser alcançado, entendida como ações diferenciadas, por parte do SUS, para necessidades diferenciadas de saúde. O SUS se caracteriza

pela descentralização na gestão do sistema, o que se traduz na ação do Governo Federal induzindo municípios e estados a assumirem funções de planejamento, gestão, avaliação e para o município, ainda, a execução das ações e serviços de saúde. Pretende ser organizado na forma hierarquizada e regionalizada, assegurando integralidade da atenção à saúde e participação da comunidade na definição da política de saúde.

A estrutura do SUS se constitui numa matriz de inter-relação entre três instâncias: de gestão, de pactuação e de controle social. O SUS tem três instâncias gestoras: federal, estadual e municipal, e duas instâncias de pactuação: a Comissão Tripartite (CIT, de âmbito nacional) e as Comissões Bipartites (CIBs, uma em cada estado). O controle social está inserido no aparelho estatal, com organização legalmente instituída pela Lei nº 8.142/90, através dos Conselhos de Saúde. São órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, que atuam na formulação de estratégias de implementação e controle da execução da política de saúde do nível correspondente. Atualmente, é possível identificar conselhos de unidades públicas de saúde, como Unidade de Saúde da Família, conselhos distritais, municipais, regionais, estaduais e o Conselho Nacional de Saúde. Os distintos arranjos expressam as diferenças na implementação do SUS. Uma das propostas da qual nos ocuparemos neste momento é a Estratégia Saúde da Família (ESF), formulada pelo Ministério da Saúde em 1994.

O direito à saúde na ESF

A Estratégia Saúde da Família emerge no Brasil em uma conjuntura altamente restritiva do ponto de vista econômico, na qual as incertezas de sua política econômica refletiam os grandes desajustes em suas finanças públicas, assim como oscilações em suas taxas de crescimento, repercutindo negativamente no financiamento destinado à saúde no início da década de 90 (VIANA; DAL POZ, 2005).

Paralelamente, do ponto de vista político, encontrou-se em um período (final da década de 1980 e início da década de 90), de imenso “vazio” programático nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), no qual a proposta de Sistema Local de Saúde e dos Distritos Sanitários não se impunha como ferramenta suficientemente forte, no sentido de uma mudança radical das práticas de saúde, com a política seguindo, cada vez mais, uma repetição de modelos de atendimentos antigos (VIANA; DAL POZ, 2005).

Da mesma forma, o avanço do processo de municipalização e o aumento da visibilidade dos secretários municipais na arena decisória, assim como com a influência de modelos anteriores de assistência à família (no Canadá, em Cuba, na Suécia e na Inglaterra) e o sucesso da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em diversas regiões do país contribuíram de maneira significativa para sua formulação, em 1994, pelo Ministério da Saúde. Essa estratégia visa a reorientar o modelo de atenção à saúde a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Propõe priorizar a família e o ambiente no qual ela vive como centro da atenção à saúde, com uma visão ampliada do processo saúde-doença, insistindo-se em relacionar a saúde ao exercício pleno da cidadania.

Neste sentido, a família passa a ser objeto fundamental da atenção à saúde, entendida como a unidade básica de organização social e contextualizada a partir do meio em que ela vive, que mais do que delimitação geográfica é o espaço onde se constroem as relações sociais e se desenvolvem as lutas pelas melhorias das condições de vida (BRASIL/MS, 1998). Segundo Ferrari e Kaloustian (1998 *apud* SERAPIONI, 2005, p. 246), “a família brasileira, em meio à discussão sobre sua desagregação ou enfraquecimento, está presente e permanece enquanto espaço privilegiado de socialização, de prática de tolerância [...] e de lugar inicial para o exercício da cidadania”.

Assim, através da atuação de equipes multidisciplinares de saúde (compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde), em território e com clientela adscritos, preconiza a produção social da saúde, a partir da co-responsabilidade e estabelecimento de vínculos entre os diferentes atores sociais que participam da intrincada e complexa rede de relações que sustentam a dinâmica social.

Pela abrangência da proposta e a prioridade que conquistou no cenário da política de saúde no Brasil, entendemos como fundamental que dentro do espaço acadêmico se faça um acompanhamento e uma análise crítica da mesma, principalmente no sentido de identificar de que forma essa proposta garante efetivamente o direito à saúde. Pode-se apreciar que ainda não se tem um consenso em relação às características e pertinência desta proposta. Assim, segundo Sousa (2000, p. 27), “a operacionalização da Estratégia Saúde da Família vem gerando, de fato, um novo modelo de atenção à saúde, configurando-se numa forma inovadora

de fazer saúde, fundamentada numa nova ética social”. Soares (2000, p. 22) chama atenção para o fato de que “é preciso olhar para o processo real de municipalização que hoje está se dando no SUS, face ao contexto restritivo do ajuste e diante das propostas de reforma do Estado, dirigidas à privatização e à focalização dos serviços públicos para os *pobres*” (grifo do autor).

Outra questão bastante debatida é o caráter de focalização dessa proposta. Nessa perspectiva, a ESF seria dirigida às regiões e grupos sociais em situação de exclusão social e sanitária. Segundo Paim (1996, p. 19), é o “‘SUS para os pobres’, centrado numa medicina simplificada para gente simples, mediante focalização” (grifo do autor). Já Viana e Dal Poz (2005, p. 238) afirmam que “o programa evidencia a necessidade de ações especiais, de atendimento especial, para as populações mais carentes”.

Nesse cenário, um dos grandes desafios da estratégia é superar as iniquidades que se alastram ao longo da história e que acumulam hoje uma dívida social que desencadeia uma série de outros fenômenos associados, como a violência, o desemprego, a fome, entre outros, todos eles manifestações da exclusão social. Outro desafio é operacionalizar uma proposta como a da ESF dentro de um território nacional heterogêneo do ponto de vista geopolítico, econômico, cultural e social e, principalmente, nas grandes metrópoles. Neste sentido, Sousa (2002, p. 27) afirma:

Projetar qualquer política pública neste cenário constitui-se um grande desafio, uma vez que não dá mais para pensar apenas naquelas doze regiões metropolitanas; hoje existem metrópoles denominadas globais, com grande articulação em âmbito internacional, caso de São Paulo e Rio de Janeiro. Temos as metrópoles nacionais, que são Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza, Brasília, Curitiba, Recife e Porto Alegre, além das chamadas metrópoles regionais e sub-regionais que têm suas diferenciações, disparidades, dinâmicas, dispersão e instabilidade que lhe são próprias e que certamente devem ser consideradas em qualquer processo de formulação da oferta de ações e serviços públicos.

Essa situação, além de outras heranças negativas alastradas na política social, especificamente na saúde, no Brasil, como a permanência hegemônica do modelo biomédico, hospitalocêntrico, pautado na doença, dicotômico em relação à prevenção e à cura e muito incipiente em relação à promoção da saúde, são alguns dos grandes obstáculos desta estratégia para se concretizar e assim garantir o *direito à saúde* da população. Neste sentido, concordamos com Sousa (2003, p. 35), quando coloca que:

é preciso romper com os resquícios, deixados pelo modelo *clássico* da doença no que se refere à prática clientelista, pautada pelo favor e esquecendo o direito de cada cidadão. É bem verdade que isso é fruto dos limites da participação da sociedade nos destinos dos bens públicos. Práticas dessa natureza, até hoje ocorrem, fazendo-se necessário adotar como critérios para a existência do PACS/PSF sua aprovação e seu acompanhamento pelos Conselhos de Saúde, reforçando com isso a *conscientização* da população quanto à importância de participar e garantir seus direitos e deveres de cidadania (grifos do autor).

Alimentar a noção da dádiva e não de direito tem sido um dos mecanismos mais eficazes para a manutenção do *status quo* cada vez mais excludente e perverso. Portanto, na opinião de Teixeira (2004, p. 18), “a flexibilização e o aperfeiçoamento da saúde da família pode ser um elemento fundamental para a adequação das respostas oferecidas pelo SUS aos problemas e necessidades de saúde da população”.

É importante frisar a pouca produção de conhecimento em relação à análise do direito à saúde na ESF, razão pela qual insistimos na importância de explorar esse vasto cenário que apresenta os limites e as possibilidades de efetivamente garantir o direito à saúde da população brasileira.

O direito à saúde na ESF no Rio de Janeiro

Para compreendermos os formatos e conteúdos adotados pela ESF no município do Rio de Janeiro, é importante situá-lo em condições que se assemelham àquelas encontradas nas grandes cidades brasileiras.

Segundo Caetano e Dain (2002), essas dificuldades decorrem, principalmente: das transformações demográficas e epidemiológicas (envelhecimento populacional, mudanças no perfil de morbimortalidade; maior incidência de agravos oriundos dos altos níveis de violência urbana); desigualdades socioeconômicas nas várias áreas da cidade, que se refletem na distribuição da rede de serviços de saúde, perfil da demanda e diferenciais de acesso; existência prévia de uma grande e complexa rede de serviços tradicionais de saúde com resistências às mudanças; deterioração do prestígio político e social e sucateamento das estruturas físicas, materiais e de recursos humanos da rede de serviços de saúde; diferentes lógicas que permanecem na combinação, num mesmo espaço, de serviços federais, estaduais e municipais; dificuldades de financiamento da ESF pelos municípios, em função da lógica de incentivo que tende a agravar a duplicidade de gastos entre a nova rede e os serviços tradicionais.

Essas características são apontadas pelos entrevistados, com o acréscimo das peculiaridades de que se revestem as experiências concretas implantadas no território do município do Rio de Janeiro. Neste sentido, para os entrevistados, a categoria Estado se torna uma instituição necessária para garantir, através de políticas públicas, condições e qualidade de vida a seus cidadãos. Em ambas as perspectivas, o direito à saúde é visto como uma condição de cidadania, que só é capaz de se viabilizar através da existência de um Estado concreto que seja capaz de garanti-lo.

Podemos evidenciar tal constatação através dos seguintes depoimentos:

O direito à saúde, para mim, é o direito que todo cidadão deve ter de ter qualidade de vida, de ter emprego, de ter acesso a serviços de saúde, de ter assistência integral, de ter políticas iguais que ele possa participar... (entrevista 1).

É uma questão de fazer parte de um mundo, de uma nação, de ser cidadão, mas com todos os bens assegurados, com serviços assegurados... (entrevista 2).

Conforme afirma Rodrigues (1999, p. 36), “cidadania é uma relação entre o indivíduo, ou um conjunto de indivíduos - os cidadãos - e o Estado [...]. Assim, não há cidadão sem Estado nem Estado sem cidadãos”. Nesse sentido, entendemos que ser cidadão é ter direito à vida, à liberdade, à igualdade perante a lei, à participação no destino da sociedade, à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde - enfim, é ter direito civis, políticos e sociais.

Sendo assim, cria-se uma forte relação entre cidadania, direito à saúde e Estado. Mas o que vem a ser o Estado? Segundo Bobbio (1999, p. 55): “Mais do que em seu desenvolvimento histórico, o Estado é estudado em si mesmo, em suas estruturas, funções, elementos constitutivos, mecanismos, órgãos, etc., como um sistema complexo considerado em si mesmo e nas relações com os demais sistemas contíguos”. Segundo o autor, além de o Estado vir sendo estudado por duas disciplinas didaticamente distintas - a Filosofia Política e a Ciência Política - ele pode ser abordado por diferentes pontos de vista: sociológico e jurídico. Dentro dessas disciplinas e pontos de vista, insere-se um amplo leque de autores que trazem grandes contribuições para sua definição.

Vargas (2001, p. 88) concebe o Estado como:

A configuração política, administrativa e coercitiva, estabelecida em um determinado território nacional, que se materializa através de um conjunto de instituições, a partir das quais se estabelece uma rede de relações sustentadas através da correlação

de forças, que podem levar a momentos de acumulação e desacumulação constantes, mas que garantem a permanência de uma elite minoritária no poder.

Nesse sentido, ao analisarmos especificamente o Estado brasileiro, encontramos uma característica que, desde sua origem, se perpetua até os dias de hoje: a existência de uma elite no poder que, embora minoritária, sempre governou em função de seus interesses.

Neste marco, ao analisarmos a política de saúde no Brasil, e dentro dela, a Estratégia Saúde da Família, encontramos que, apesar da existência de um Estado concreto, este ainda não se mostra capaz de garantir o direito à saúde de sua população, conforme assegurado constitucionalmente. Segundo um dos depoimentos: “Então, você quando lê ‘saúde é direito de todos’, significa que ele deveria ser atendido [...]. Isso ainda não é uma prática” (entrevista 2).

Em decorrência disto, ao analisarmos especificamente a ESF no Rio de Janeiro, o abismo que costuma separar a teoria da prática nos evidencia que hoje, mais de dez anos após sua implantação, ela se apresenta de acordo com os entrevistados como uma possibilidade “potencial” para a garantia do direito à saúde nesse território. Podemos evidenciar essa questão, através dos seguintes depoimentos:

na prática isso não vem acontecendo. Então eu acho que é uma estratégia que tem um potencial de garantir [...]. Você tem o potencial de mexer também com a cidadania da comunidade. (entrevista 1).

A marca de muitas equipes nossas do Rio de Janeiro é a marca da superação, que dentro de um sistema que às vezes não garante um monte de questões que estariam inerentes ao direito à saúde, as equipes vêm se superando e tentando garantir isso. Eu acho que o Saúde da Família tem esse grande potencial [...]. É um processo, acho que a gente ainda vai chegar mais perto dessa garantia, mas é uma estratégia que tem um potencial muito grande. (entrevista 2).

Portanto, a ESF ainda não se visualiza, na prática, como política que concretiza os princípios norteadores do SUS, como teoricamente proposto, apresentando uma série de desafios a serem vencidos: do ponto de vista organizacional - escassez de recursos humanos, financeiros e de estrutura; a reorganização da atenção básica, a superação da visão reducionista e fragmentada do modelo hegemônico; do ponto de vista político - problemas sociais como miséria, violência, a exclusão social; e do ponto de vista ético - a intolerância, o desrespeito pelas diferenças e dignidade humana, a banalização da vida.

Esses aspectos são reiterados através dos seguintes depoimentos:

Eu acho que recursos humanos é um problema, recursos financeiros, de estrutura, organização da rede, como organizar a rede a partir da atenção primária, da estratégia, do PSF [...] os desafios no PSF são os desafios que o SUS vem enfrentando, que o sistema público enfrenta. (entrevista1).

Uma ação muito hospitalocêntrica, uma cultura hospitalocêntrica, que está arraigada nas pessoas. [...] Um outro grande desafio é a questão de recursos humanos, não tem profissional preparado para trabalhar no Saúde da Família [...]. Quer dizer, então você tem desafios fora da instituição, violência, que é também um pouco da paralisação do profissional vendo tanta desgraça. (entrevista 2).

Entendemos que esses aspectos, principalmente no que se refere aos aspectos políticos e éticos, são decorrentes do processo de globalização, caracterizado pela distribuição desigual das riquezas entre as economias nacionais e, portanto, do aprofundamento das fissuras sociais, o que se evidenciou de forma muito clara nos países latino-americanos. Perpetua-se, assim, a configuração de um sistema excludente e que anula as possibilidades de transformação da sociedade, onde os direitos previstos em lei não saem do papel e sempre são vistos como questões potenciais que, talvez um dia, poderão vir a ser concretizados.

Portanto, entendemos que a superação desses desafios tem como base o resgate do papel do Estado no sentido de se tornar capaz de dirigir políticas públicas mais comprometidas com os princípios democráticos, coerentes com as diferentes realidades socioeconômico-culturais existentes, que visem à transformação social e à formação de uma sociedade mais justa e igualitária.

Considerações finais

A incorporação do conceito ampliado de saúde na Constituição Nacional de 1988 constitui, do ponto de vista jurídico-legal, a possibilidade de legitimar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Cria-se, assim, uma relação indissolúvel entre a saúde da população e o patamar de cidadania definido pelo pacto social estabelecido entre Estado, governo e sociedade. Portanto, na realidade brasileira, em que a maioria dos cidadãos não alcança a concretização da “saúde como direito de todos e dever do Estado”, surgem muitas expectativas quando entram em cena novas propostas políticas para a área da saúde, como a ESF, que, em princípio, visa a reorientar o sistema de saúde e concretizar os princípios e diretrizes que orientam o SUS.

No entanto, no Estado brasileiro, caracterizado por uma imensa e injusta realidade de desigualdade social, grandes problemas estruturais, permanência hegemônica de uma elite no poder governando em função de seus interesses e deficiência em matéria de políticas públicas, podemos entender que mesmo valorizando a conquista constitucional de ter elevado a saúde ao *status* de direito social, esta é apenas uma faceta na construção efetiva da saúde como direito de cidadania. Neste sentido, concordamos com Marsiglia, Silveira e Júnior (2005, p. 72) quando afirmam que:

Para as sociedades que apresentam amplos contingentes populacionais na situação de pobreza e elevados graus de desigualdades na distribuição de renda e acesso aos bens e serviços, como a nossa, é preciso desenvolver várias políticas de enfrentamento desses problemas: políticas específicas de combate à pobreza e de acesso privilegiado a bens e serviços para esses segmentos; políticas distributivas, que diminuam as desigualdades; e políticas de corte universal, que promovam os direitos sociais de cidadania e equidade.

Entendemos, então, que as conquistas da Estratégia Saúde da Família estão diretamente relacionadas às conquistas da sociedade brasileira, condição *sine qua non* para concretizar o SUS, a estruturação de um Estado capaz de combater as profundas e gritantes desigualdades sociais, na medida em que elas expressam a injustiça e exclusão social. Enquanto isso, a ESF continua sendo apenas uma possibilidade e não um fato que garanta realmente o direito à saúde.

Referências

- ANDRADE, L. M.; INOJOSA, R. M. Saúde da família, violência e cultura da paz. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, p. 55-61, 2004. Ed. Especial.
- ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, I. C. H. C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. *RAP: Rev. de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 327-349, mar./abr. 2005.
- BOBBIO, Norberto. *Estado, governo e sociedade: para uma teoria geral da política*. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. 172 p.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
- BUSS, P. A verdadeira crise da saúde pública é a desigualdade. *Radis Tema*. Rio de Janeiro, n. 16, p. 7, out. 1998.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 6229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 8921, set. 1975.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, set. 1990.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 25.694, dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1998.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11-21, 2002.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. B. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 47-58, 2002.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. 394 p.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece os requisitos para realização de pesquisa clínica de produtos para saúde utilizando seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, p. 21.082, out. 1996.

COSTA, N. R. *Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo: Hucitec, 1998. 173 p.

DEMO, P. *Cidadania tutelada e cidadania assistida*. Campinas: Autores Associados, 1995. 171 p.

_____. *Política social, educação e cidadania*. Campinas: Papyrus, 1994. 124 p.

_____. *Política social, educação e cidadania*. 2. ed. São Paulo: Papyrus, 1996. 124 p.

- DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Ciência e Saúde Coletiva*, Abrasco, v. 5, n. 2, p. 443-462, 2000.
- ESCOREL, S. Exclusão social e saúde. *Revista Saúde em Debate*, n. 43, jun. 1994.
- FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JUNIOR, K. R. de. Alguns desafios conceituais e técnico operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.
- FORTES, P. A. C. A ética, a humanização e a saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 53, p. 31-33, 2000. Número especial.
- LEOPARDI, M. T. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.
- MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 2, p. 69-76, maio/ago. 2005.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil ou recusando o *apartheid* sanitário. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 18-20, 1996.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.
- POCHMANN, M.; AMORIM, R. (Org.). *Atlas da exclusão social no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1352, 2004.
- RODRIGUES, P. H. *Do triunfalismo à burocratização: a despolitização da reforma sanitária brasileira*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
- SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-52, jan./ jul. 2001.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.487-1.494, nov./dez. 2004.
- 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.
- SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na redistribuição das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, supl., p. 243-253, 2005.

SIMÕES, O. L. M. *Saúde da Família: limites e potencialidades de uma estratégia*. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SOARES, L. T. *As atuais políticas: o risco do desmonte neoliberal*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 53, p. 17-24, 2000.

SOUSA, M. F. *A cor-agem do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais uma conquista no PSF. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 53, p. 25-30, 2000.

_____. *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, p. 10-23, 2004. Ed. especial.

VARGAS, L. A. *O programa de despoluição da baía de Guanabara: uma análise na perspectiva da saúde coletiva*. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

VASSOLER, Ivani; CHRIS, Delboni. Brasil é campeão da desigualdade. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 21 out. 1998.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, supl., p. 225-264, 2005.

VIANA, S. *Eqüidade nos serviços de saúde*. 1990. 31p. Documento elaborado para o VI Seminário sobre economia e financiamento do setor saúde. 31 p. Mimeografado.

VIEIRA, E. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 17, n. 3, p. 119-126, 2004.

Nota

¹ Este artigo surge das reflexões do projeto de pesquisa “O Direito à Saúde em Tempos de Exclusão Social”, que integra a linha de pesquisa emergente “Políticas Públicas de Saúde, Meio Ambiente e Enfermagem”, dentro do grupo de pesquisa “Enfermagem e a Saúde da População”, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Abstract

Health rights in the Family Health Strategy: a necessary reflection

The 1988 Federal Constitution incorporated the broader concept of health, which, from the legal viewpoint, is the possibility of legitimating health as everyone's right and the State's duty. However, when this civil health right enters the Brazilian scenario, it is hard to imagine the whole society as an equal set of individual and collective demands before the outrageous social inequality even when people share the same geographical area. In this context, and based on the Family Health Strategy (FHS), formulated by the Ministry of Health in 1994, established as priority in the political Brazilian scenario, this study aims to identify the limits and possibilities of this proposal to guarantee health rights for the Brazilian population as a whole, and particularly, Rio de Janeiro's inhabitants. It is a descriptive research with a qualitative approach that uses bibliographic and documentary research, besides the semi-structured interview carried out with two FHS actors in the state and municipal spheres of Rio de Janeiro. As a result, it was possible to identify that nowadays, almost 20 years after the Constituent Assembly, and 12 years after the implementation of the Family Health Strategy, the latter still represents only *a possibility* to make the principles of the Unified Health System real, hence ensuring health as everyone's right.

► **Key words:** health policies; health rights; Family Health Strategy.