



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA,
AÇÃO ESSENCIAL NO ENFRENTAMENTO DAS
DESIGUALDADES SOCIAIS**

ELLEN MARCIA PERES

Dissertação de doutoramento em Ciências Biomédicas

2007

ELLEN MARCIA PERES

***ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
AÇÃO ESSENCIAL NO ENFRENTAMENTO DAS
DESIGUALDADES SOCIAIS***

Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor
em Ciências Biomédicas, submetida ao Instituto
de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da
Universidade do Porto, Portugal.

Orientador: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz

Co-orientador: Prof. Dr. Nuno Rodrigues Grande

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, AÇÃO ESSENCIAL NO
ENFRENTAMENTO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS**

Ellen Marcia Peres

Orientador: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz

Co-orientador: Prof. Dr. Nuno Rodrigues Grande

Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências Biomédicas submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Aprovada por:

Presidente, Professor Doutor

Antônio Manuel Sousa Pereira

1º examinador, Professor Doutor
Mário Roberto Dal Poz (Orientador)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Brasil

2ª examinadora, Professora Doutora
Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo,
Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto

3º examinador, Professor Doutor
Romero Manuel Bandeira Gandra (Associado, Convidado)
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

4ª examinadora, Professora Doutora (Auxiliar, Convidada)
Zaida de Aguiar Sá Azeredo
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Porto, Portugal
Março de 2007

P000 Peres, Ellen Marcia.

Estratégia Saúde da Família, ação essencial no enfrentamento das desigualdades sociais / Ellen Marcia Peres. Porto - Portugal, 2006. 197 f

Orientador: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz

Co-orientador: Prof. Dr. Nuno Rodrigues Grande

Doutorado em Ciências Biomédicas – Universidade do Porto/Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2006.

1. Saúde da Família e modelo assistencial no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Cuidado em Saúde. 3. Desigualdades Sociais. 4. Desenvolvimento de pessoal das Equipes de Saúde da Família. 5. Reflexão epistemológico-hermenêutica no campo da Saúde. Dal Poz, Mario Roberto. II. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Doutorado em Ciências Biomédicas. III. Título.

Ao Grande Eu Sou, Aba Pai, minha maior
gratidão,

A onipresença e a onipotência de Deus

"Senhor, tu me examinas e me conheces.
Sabes tudo o que eu faço e, de longe, conheces
todos os meus pensamentos.

Tu me vês quando estou trabalhando e quando
estou descansando, tu sabes tudo o que eu
faço.

Antes mesmo que eu fale, tu já sabes o que vou
dizer.

Estás em volta de mim por todos os lados, e me
proteges com teu poder.

Eu não consigo entender como tu me conheces
tão bem; o teu conhecimento é profundo demais
para mim.

Aonde posso ir a fim de escapar do teu
Espírito? Para onde posso fugir da tua
presença?

Se eu subir ao céu, tu lá estás; se eu descer
ao mundo dos mortos, lá estás também.

Se eu voar para o Oriente ou for viver nos
lugares mais distantes do Ocidente ainda ali a
tua mão me guia, ainda ali tu me ajudas.

Eu poderia pedir que a escuridão me escondesse
e que em volta de mim a luz virasse noite; mas
isso não adiantaria nada porque para ti a
escuridão não é escura, e a noite é tão clara
como o dia.

Tu não fazes diferença entre a luz e a
escuridão.

Tu criaste cada parte do meu corpo; tu me
formaste na barriga da minha mãe.

Eu te louvo porque deves ser temido.

Tudo o que fazes é maravilhoso, e eu sei disso muito bem.

Tu viste quando os meus ossos estavam sendo feitos, quando eu estava sendo formado na barriga da minha mãe, crescendo ali em segredo, tu me viste antes de eu ter nascido. Os dias que me deste para viver foram todos escritos no teu livro quando nenhum deles existia...

...Ó Deus, examina-me e conhece o meu coração! Prova-me e conheces os meus pensamentos. Vê se há em mim algum pecado e guia-me pelo caminho eterno".

Salmos 139 (SBB, 2000, 420-1 p)

AGRADECIMENTOS

À minha família...

minha avó, **Benedita**, que completa 97 anos. "Nosso Abraão de saias", como a chamamos, em família.

meus pais, **Onofre e Marline**, pessoas especiais, as quais amo e admiro. Minha homenagem pela simplicidade, com a qual nos transmitiram o nobre sentimento do amor a Deus e ao próximo, da intolerância à qualquer expressão de violência, da honestidade como atitude independente de circunstâncias. Valores inalienáveis na defesa da vida como bem supremo.

minhas irmãs **Dayse, Rosana e Lílian**, cunhados e sobrinhos com os quais compartilho o sentido genuíno e pleno de família. Refúgio na angústia, e o melhor lugar no qual brindamos a vida, nossas conquistas e vitórias, e também de aprendizado com os fracassos.

Ricardo, companheiro de todas as horas, sonhos, lutas, apertos e conquistas, nestes últimos 21 anos. Minha gratidão e amor por quem és e pelo que tem sido.

Raphael e Morena, minha descendência físico-espiritual, jóias preciosas, as quais tive o privilégio de gerá-los, trazê-los ao mundo, e ser a mãe. Também ao **Daniel**, outro filho, cuja relação se constitui desde o dia que a Sandra, filha por adoção, lhe trouxe à luz. Com amor incondicional, eu os agradeço pelos filhos que são.

Arlete, companheira nestes últimos 27 anos, cuidando de mim, mimando meus filhos com sua marca de amor e dedicação, meu obrigada.

Marisete, tia muito querida. O que eu queria, de verdade, era deixar de citá-la aqui. Por quê? Não sei. Talvez, por egoísmo ou insensibilidade. Porém, no fundo, queria mesmo é evitar que lágrimas de saudade rolem pela minha face, sem vontade de parar, mobilizando assim, mais uma vez a minha alma. Porém, não posso omitir esta homenagem, a quem foi e continua sendo referencial em minha vida". Com amor eterno, agradeço os valores que cultivastes em nossa família. A você, *in memoriam*, homenagem de maneira muitíssimo especial, a toda minha família **(Diniz e Peres)**.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor **Nuno Rodrigues Grande**, Co-Orientador, amigo especial. Mais que isso, a pessoa que em 1999 convidou-me a ingressar neste Programa de Doutorado na Universidade do Porto, e de lá para cá, tornou possível este desafio e sonho acadêmico. A cada momento, o Professor Nuno pavimentou esse "caminho virtual-real" Brasi-Portugal. Ao Senhor e à Dona Ana, pessoa adorável, muito obrigado é pouco.
Que Deus acrescente à vocês, ricas bênçãos, até sempre.

Ao Professor Doutor **Mário Roberto Dal Poz**, companheiro de sonhos e projetos político-acadêmicos, presenciais e à distância, desde nossa época como dirigentes da UERJ em 1996 até aqui, expresso minha admiração, respeito, estima e consideração. Obrigada Professor Mário, querido amigo, sem a sua orientação competente e solidária, dificilmente eu alcançaria essa conquista.
É um privilégio e uma honra tê-lo como meu Orientador.

Ao Professor Doutor **José Ângelo Mota Novais Barbosa**, Magnífico Reitor da Universidade do Porto, à época da aprovação do meu Projeto de Tese e condição de aluna do Doutorado em caráter definitivo, pela atenção e apoio institucionais dispensados.
Muito obrigada.

A **Ana Andrade e Thereza Varella**, parceiras de muitos desafios, sobretudo, na empreitada da pesquisa de campo, ação principal dessa produção acadêmica. Vocês são pessoas especiais, obrigada por compartilharem comigo este sonho. Estendo aqui também, meu agradecimento e carinho a **Renato Moller**.

À amiga **Nilcéa Freire**, Reitora da UERJ, à época que iniciei meus estudos na Universidade do Porto, dispensando-me todo o apoio necessário. Obrigada de modo muito especial.

A **Therezinha Nóbrega** e **Liany Bonilla**, companheiras inseparáveis com as quais, genuinamente, compartilho alegrias e tristezas. É muito bom tê-las como amigas, verdadeiras irmãs que o Rio de Janeiro (UERJ) me proporcionou.

Aos **companheiros** do Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgica, na pessoa da Professora **Lina Miguéis Berardinelli**, alguém que me acolheu com espírito solidário no retorno à minha casa, após um tempo fora dedicado à gestão, meu obrigado caloroso.

Aos demais companheiros do Pólo de Capacitação Saúde da Família do Rio de Janeiro (PCSF-RJ), representados pela Professora **Sheila Nunes, Solange e Marcello**, por compartilharem comigo essa rica experiência acadêmica (Saúde da Família), sobretudo, de vida, muito obrigada.

À **Benedita da Silva**, amiga e companheira que a despeito das desigualdades sociais e pobreza enfrentadas em sua infância, adolescência e juventude, tornou-se referência de superação das mesmas. Obrigada **Bené**, por compartilhar comigo oportunidades de implementar Políticas Públicas dirigidas à superação de desigualdades sociais.

A **todos que me recebem no coração e mente**, com algum significado para suas vidas, ainda q pequeno, ao longo do meu meio século de vida, um abraço muito fraterno. Saibam que estão "guardados do lado esquerdo do meu peito".

RESUMO

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ação essencial no enfrentamento das desigualdades sociais

Ellen Marcia Peres

Orientador: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz

Co-orientador: Prof. Dr. Nuno Rodrigues Grande

O presente Relatório contém a produção acadêmica desenvolvida no âmbito do meu processo de Estudos de Doutorado em Ciências Biomédicas realizado junto ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar entre os anos 2000 e 2006. O mesmo foi organizado em duas partes, a primeira resume o Processo, em epígrafe, e a segunda, refere-se à produção propriamente dita. Nesta, destacam-se a tese Estratégia Saúde da Família, ação essencial no enfrentamento das desigualdades sociais, e dois artigos, a saber: The practice of physicians and nurses in the Brazilian family health programme - evidences of change in the delivery The practice of physicians and nurses in the Brazilian family health programme - evidences of change in the delivery health care model health care model e Visita Domiciliar - espaço privilegiado para o encontro e a produção de saberes. Além destes, a pesquisa A Prática de Médicos e Enfermeiros de Equipes de Saúde da Família – Estudo Avaliativo em Municípios do Estado do Rio de Janeiro. A Introdução da tese contempla um resgate histórico sobre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, breves considerações sobre a Carta Constitucional de 1988, marco da inserção do Brasil no contexto do Estado Democrático de Direitos, e também sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito deste Movimento, o resgate enfatiza o aspecto da reorientação do modelo assistencial e a Estratégia Saúde da Família, ação eleita pelo Ministério da Saúde para este fim, e também objeto de estudo

desta produção. O segundo capítulo aborda as desigualdades sociais na América Latina e no Brasil voltadas para a área da saúde, e nesta, as taxas de mortalidade infantil e materna foram ressaltadas. O capítulo três compreende o Referencial Teórico, por meio do qual esbocei um ensaio epistemológico-hermenêutico baseado em Boaventura Sousa Santos e Edgar Morin, pensadores contemporâneos dedicados ao estudo da transição paradigmática entre a ciência moderna e a contemporânea. O propósito do referido ensaio é, à luz do desenvolvimento do conhecimento, buscar iluminar a compreensão dos fenômenos que ocorrem no campo da saúde, o qual se conforma por múltiplas práticas sociais de cuidados voltados à promoção da vida. O capítulo quatro encerra os resultados da pesquisa de campo supra, ação empírica matricial da produção. O capítulo cinco destina-se às considerações finais, no qual destaco os resultados da investigação à luz do referencial teórico, permitindo-me constatar que a Estratégia Saúde da Família é uma ação essencial no enfrentamento das desigualdades sociais.

Palavras-chave: Saúde da Família e modelo assistencial no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Cuidado em Saúde. Desigualdades Sociais. Desenvolvimento d pessoal das Equipes de Saúde da Família. Reflexão epistemológico-hermenêutica n campo da Saúde.

ABSTRACT

STRATEGY OF FAMILY HEALTH essential action in the confrontation of the social inequalities

Ellen Marcia Peres

Homing: Prof. Dr. Mario Robert Dal Poz
Co-homing: Prof. Dr. Nuno Great Rodrigues

The present Report contains the developed academic production in the scope of my process of Studies occurred in association to the Program of Pos-graduation in Abel Salazar Biomedical Sciences Institute from 2000 until the present year (2006). It was organized in two parts, the first one summarizes the Process, in epigraph, and second, the production itself. The highlights of this report are the Strategy of Family Health, essential action to confront the social inequalities, and two articles: The practice of physicians and nurses in the Brazilian family health programme - evidences of change in the delivery health care model and Home Visit – a privileged space for the meeting and the production to knowledge. Besides these, the research The Doctors and Nurses Practical of Teams in Family Health - Evaluated Study in Cities in Rio de Janeiro State. The Introduction of the thesis contemplates a historical rescue on the Sanitary Reformation in Brazil, summaries considerations about the 1988 Constitution, landmark of Brazil becoming a truly Democratic State, and also on the creation of the SUS (Unique System of Public Health Care). In the scope of this situation, the rescue emphasizes the aspect of the assistencial model reorientation and the Strategy of Family Health, elected action for the Health department for this, and also study object of this production. As the second chapter approaches to the social inequalities in Latin America and Brazil, it gives special attention

to the health area, more specifically analysing the taxes of infantile and maternal mortality. The third chapter makes us understand the Theoretical Referencial, where I adopted the epistemologic-hermeneutic contributions of Boaventura Sousa Santos and Edgar Morin, contemporaries thinkers dedicated to the study of the paradigmatic transition between the modern and the contemporary science. The intention is to apply the acquired knowledge on the Field of Studies of the Knowledge, to understand the phenomena that occur in the health area, here understood as multiple social care practices, all strategic for life promotion. The fourth chapter is destined to conclude the field research, the empirical action of this paper. Finally, the fifth chapter is destined to the final considerations, where all the informing comes together allowing me to evidence that the Strategy of Family Health is an essential action in the confrontation of the social inequalities.

Key words: Family Health and assistance programme on the Unique System of Pub Health Care (SUS) agenda. Health Care. Social Inequalities. Team Member Person qualification for the Family Health. Epistemologic-hermeneutic discussion on the health field.

RÉSUMÉ

STRATÉGIE SANTÉ FAMILIALE Action essentielle pour l'affrontement des inégalités sociales

Ellen Marcia Peres

Directeur de Thèse: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz
Co-directeur de Thèse: Prof. Dr. Nono Rodrigues Grande

Le présent rapport contient la production académique développée dans le cadre de mon Processus d'Études, réalisé dans de l'Institut de Sciences Bio-médicales de Abel Salazar, entre les années 2000 /2006. Celui-ci a été organisé en deux parties : la première résume le Processus, en épigraphe, tandis que la seconde se rapporte à la production proprement dite. Dans celle-ci, sont mis en relief la thèse intitulée Stratégie Santé Familiale, action essentielle pour l'affrontement des inégalités sociales ; et deux articles, à savoir : «La pratique de médecins et infirmières dans le programme de santé familiale brésilien – évidences de changements dans le modèle des soins prodigués lors de visites à domicile» ; et «Visite à domicile – espace privilégié pour la rencontre et la production de savoirs». Parallèlement à cela, nous avons également le travail de recherche «La pratique de médecins et infirmières d'Équipes de Santé de la Famille – Étude d'Évaluation dans les Municipales de l'État de Rio de Janeiro. L'introduction de la thèse comprend un rachat historique du Mouvement de la Réforme Sanitaire Brésilienne, de brèves considérations à propos de la Charte Constitutionnelle de 1988, marque de l'insertion du Brésil dans le contexte de l'État Démocratique de Droits, et aussi à propos de la création du Système Unique de Santé (SUS). Dans le cadre de ce Mouvement, le rachat met l'accent sur l'aspect de la réorientation du modèle d'assistance et sur la Stratégie Santé Familiale, action choisie par la Ministère de la Santé dans cet objectif, et également objet d'étude du présent travail. Le deuxième chapitre se penche sur les inégalités sociales en Amérique Latine et au Brésil pour ce qui est du domaine de la santé, et dans ce champ, il étudie tout

particulièrement les taux de mortalité infantile et maternelle. Le troisième chapitre se rapporte au Référentiel Théorique, par l'intermédiaire duquel j'ai esquissé un essai épistémologique – herméneutique basé sur les oeuvres de Boaventura Sousa Santos et Edgar Morin, penseurs contemporains qui se sont dédiés à l'étude de la transition paradigmatique entre la science moderne et la science actuelle. Le but de cet essai consiste, à la lumière du développement de la connaissance, à chercher à éclairer la compréhension des phénomènes qui ont lieu dans le domaine de la santé, qui est constitué de multiples formes de pratiques sociales de soins voués à la promotion de la vie. Le chapitre quatre présente les résultats du travail de recherche sur le terrain ci-dessus, une action empirique matricielle de la production. Le cinquième chapitre est destiné aux considérations finales, où je mets en relief les résultats de l'investigation à la lumière des références théoriques, et où je me permets de constater que la Stratégie Santé Familiale est une action essentielle dans l'affrontement des inégalités sociales.

Mots clé: Santé de la Famille et modèle d'assistance dans le contexte du Système Ur de Santé (SUS). Soins dans le domaine de la Santé. Inégalités Sociales. Développement du personnel des Équipes de Santé Familiale. Réflexion épistémologique - herméneutique dans le domaine de la Santé.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1ª PARTE – O PROCESSO DE ESTUDOS	13
OS CÉUS CONSPIRARAM A MEU FAVOR	14
PÓLO DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	16
TOWARDS UNITY FOR HEALTH (THUF)	18
2ª PARTE - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, AÇÃO ESSENCIAL NO ENFRENTAMENTO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS	22
1 INTRODUÇÃO	23
1.1 SAÚDE DA FAMÍLIA, PROPOSTA DE RECONVERSÃO DO MODELO ASSISTENCIAL	27
1.2 DESIGUALDADES SOCIAIS NA AMÉRICA LATINA E BRASIL	32
1.3 JUSTIFICATIVA	43
2 REFERENCIAL TEÓRICO	48
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS: SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO CONTEXTO SOCIAL	85
4 RECOMENDAÇÕES	87
5 REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	
APÊNDICE A - PESQUISA DE CAMPO: A PRÁTICA DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESTUDO AVALIATIVO EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	93
APRESENTAÇÃO	94
1. INTRODUÇÃO	95
2. METODOLOGIA	100

2.1 Roteiro de Coleta de Dados	101
2.2 Plano de Indicadores	102
2.3 Processamento dos Dados	104
3. RESULTADOS	106
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	150
5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	156
6. REFERÊNCIAS	157
ANEXOS	
Anexo 1-Instrumento de Coleta de Dados (1º Foco) Produção em Serviço e Marcadores de Saúde	163
Anexo 2-Instrumento de Coleta de Dados (2º Foco) Perfil Profissional	166
Anexo 3-Instrumento de Coleta de Dados (3º Foco) Opinião dos Usuários	168
APÊNDICE B – ARTIGO PUBLICADO: VISITA DOMICILIAR, ESPAÇO PRIVILEGIADO PARA DIÁLOGO E PRODUÇÃO DE SABERES	171
APÊNDICE C – ARTIGO PUBLICADO: THE PRACTICE OF PHYSICIANS AND NURSES IN THE BRAZILIAN FAMILY HEALTH PROGRAMME, EVIDENCES OF CHANGE IN THE DELIVERY HEALTH CARE MODEL	183
APRESENTAÇÃO	

É com alegria que apresento à Douta Banca Examinadora nominada nas páginas iniciais do presente documento, indicada pelo Egrégio Conselho Científico do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto, Portugal, a Tese **Estratégia Saúde da Família, ação essencial no enfrentamento das desigualdades sociais.**

Principal produção científica desenvolvida no âmbito do processo de Estudos de Doutorado que realizei junto à essa renomada Instituição de Ensino e Pesquisa da Comunidade Européia. A referida produção cumpre requisito acadêmico parcial para fins de obtenção do título de Doutor, segundo as normas do Decreto-Lei nº216/92, de 13 de Outubro de 1992, e do Artigo 18º do Regulamento do Doutorado.

Constam como apêndices a pesquisa *“A prática de Médicos e Enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, um estudo avaliativo em municípios do Estado do Rio de Janeiro”*¹, ação investigativa principal do mencionado processo, bem como os artigos *“Visita Domiciliar: espaço privilegiado para o encontro e a produção de saberes”*² e *“The practice of physicians and nurses in the Brazilian family health programme - evidences of change in the delivery health care model”*³. Ambos publicados, respectivamente, na Revista Enfermagem UERJ, e na *Human Resources for Health*.

Ciosa de que tanto a Tese como os resultados da pesquisa de campo, base empírica principal dos meus estudos, pudessem e merecessem ser melhor explorados e

aprofundados, em múltiplos aspectos, esta produção que ora submeto à exame do Juri, representa sem, delongas e apelos, o resultado da minha dedicacao acadêmica em meio a tantas atribuições e compromissos institucionais.

É portanto, com as limitacoes inerentes a um processo que buscou conciliar e articular estudo-servico, sem possibilidades de dedicacao exclusiva a uma ou a outra dimensao, que apresento à críticas e sugestões, minhas contribuicões ao estudo, ja refexao e ao debate sobre a Estatégia Saúde da Família, no contexto da reorientacao do modelo assistencial, na esfera da Atencao Básica, do Sistema Único de Saúde (SUS). Um projeto político-societário, que o Brasil edifica, desde os anos 80, em perspectiva de transformar o quadro de indicadores sociais, os quais conferem a justa medida do grau de desenvolvimento de um País.

1^a Parte

O PROCESSO DE ESTUDOS

1. OS CÉUS CONSPIRARAM A MEU FAVOR

Tendo em vista o caráter de novidade do Programa de Doutorado julguei relevante fazer um pequeno comentário sobre esta modalidade de formação acadêmica. Faço também, nessas considerações iniciais, um registro sucinto sobre o Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Rio de Janeiro (PCSF-RJ)ⁱ e o Projeto *TOWARDS UNITY FOR HEALTH (TUFH)*ⁱⁱ, dada a inter-relação e a inseparabilidade que se instituiu entre esses componentes, no plano dos Estudos.

O Programa de Doutorado em citação é implementado pela Universidade do Porto, desde a década de 90, e segue as normas contidas no capítulo III do Decreto-Lei 216/92, do Ministério da Educação de Portugal, publicado no Diário da República - I Série A, no 236, de 13/10/1992, fls. 4780 a 4784, e as alterações introduzidas pela Resolução nº 19/SC/SG/95, esta, publicada no Diário da República - II Série, nº 169, de 24 de Julho

I - O Pólo de Capacitação em Saúde da Família (PCSF-RJ/UERJ) 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. O mesmo resulta de uma concorrência pública e tem como propósito principal preparar recursos humanos para atuar em Equipes do Programa Saúde da Família (PSF), no âmbito da Atenção Básica em Saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

II – O *Towards Unity for Health (TUFH)* - Movimento em prol da saúde - é uma ação proposta, no ano 2000, e financiada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Sua implementação se deu por meio de projetos seleccionados no âmbito de uma concorrência pública internacional, da qual o PCSF-RJ/UERJ participou e foi um dos 12 projetos aprovados..

de 1995. Também cumpre as normas da Deliberação nº 1867/2003, publicada no Diário da República - II Série, nº 286, 12 de Dezembro de 2003.

Para facilitar a leitura e compreensão do Processo de Estudos o mesmo foi relatado em tópicos designados etapas. Vale antes, porém, considerar que essa modalidade de Programa, representou para mim, uma ação de imensurável valor acadêmico, revestida de significativo caráter social, no contexto da “universalização do acesso” ao conhecimento e à titulação, uma vez que possibilitou-me dedicar, a um só tempo, ao trabalho e ao estudo.

A despeito do caráter não presencial ter favorecido esta conciliação estudo-serviço, a sua implementação não foi uma tarefa simples. Em síntese, posso assegurar que esta sistemática de estudo não exime o trabalhador-estudante de cumprir as atividades acadêmicas que os Programas presenciais exigem. Ela apenas o conduz de uma outra maneira.

Outras questões ainda merecem ser observadas por parte daqueles que desejam aderir a um Programa dessa natureza. Dentre elas, por exemplo, destaco a de caráter financeiro, principalmente quando não se dispõe de bolsa de estudos concedida por órgãos de fomento ou pela própria Instituição à qual o Doutorando pertence. Embora se trate de um investimento no currículo acadêmico-profissional, fazê-lo, sem financiamento público, implica enorme disposição de luta e capacidade de articulações para alcançar apoio fora dos trâmites convencionais de fomento. Os gastos com aquisição de livros e periódicos, despesas com passagens aéreas internacionais, alimentação e hospedagem, a cada deslocamento, são aspectos que merecem ser atentamente examinados a despeito do Programa oferecer possibilidade de conciliação trabalho e estudo.

Passando à descrição do Processo propriamente dito, a primeira etapa, ocorreu entre abril de 1999 e novembro de 2000 e compreendeu: a remessa do meu curriculum vitae, acompanhado de uma solicitação formal de ingresso no Programa de Doutorado ao Conselho Científico do ICBAS, por meio de formulário próprio e de um Termo de Compromisso do Orientador, Professor Dr. Mario Roberto Dal Poz. Após análise do curriculum e do objeto de estudo registrado num impresso especial para isso - O Programa Saúde da Família no contexto do Estado do Rio de Janeiro -, o Conselho aprovou o pedido, outorgando-me a condição de Doutoranda, em caráter provisório, no prazo de um ano até a apresentação do Projeto de Tese.

Em meados do ano 2000 enviei para aexame do referido Conselho Científico o Projeto “*A Implantação dos Programas Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Saúde da*

Família (PSF) no Estado do Rio de Janeiro e seu Impacto na realidade sanitária e na formação de recursos humanos”, e este agendou, para novembro do mesmo ano, a sessão pública para apresentação e qualificação. Foram designados avaliadores os professores: Doutor Mario Roberto Dal Poz (Orientador), Dr. Nuno Rodrigues Grande (Co-orientador) e a Dra. Zaida Azeredo. Uma vez aprovado o Projeto e homologada essa aprovação, pelo Conselho Científico, tornei-me aluna em caráter definitivo do Programa..

A segunda etapa iniciou no mês de novembro de 2000, com a referida aprovação e se estendeu até novembro de 2003, quando a pesquisa de campo foi concluída. Em 2003 enviei um Relatório Preliminar ao Conselho Científico. No entanto, vale dizer que em face da abrangência de ações e das múltiplas articulações que essa etapa exigiu ela consumiu mais tempo e mobilizou mais esforços.

A terceira e ainda atual etapa, iniciou com a elaboração do presente Relatório, no qual está apresentada a tese **Estratégia Saúde da Família, ação essencial no enfrentamento das desigualdades sociais**, a “A prática de Médicos e Enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, um estudo avaliativo em municípios do Estado do Rio de Janeiro”¹, e dois artigos já publicados, a saber: “Visita Domiciliar: espaço privilegiado para o encontro e a produção de saberes”² e “The practice of physicians and nurses in the Brazilian family health programme - evidences of change in the delivery health care model”³. O seu término deverá ocorrer com a defesa da Tese e as tratativas decorrentes da mesma, conforme vier estabelecer o Júri.

Para finalizar esse tópico, é relevante mencionar um breve comentário sobre o financiamento dos Estudos. À época da qualificação do Projeto, novembro de 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) havia lançado, em âmbito mundial, um edital público para selecionar propostas de ações com o fim precípua de implementar o Movimento em prol de Unidade na Saúde (*Towards Unity for Health – THUF*). Assim, encaminhei um Projeto⁴ de natureza investigativa sobre as atividades educativas do Pólo, o qual foi aprovado pela Organização, e o mesmo foi aprovado e recebeu uma bolsa que viabilizou os custos de toda pesquisa de campo.

1.1 PÓLO DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO RIO DE JANEIRO (PCSF-RJ)

Ainda no ensejo de facilitar a compreensão do Processo de Estudos, a seguir está registrado um breve histórico sobre o Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro (PCSF-RJ) e de algumas ações.

O Pólo de Capacitação em Saúde da Família é uma parceria ensino-serviço voltada essencialmente para preparação das Equipes do PSF. O conjunto de Pólos de Capacitação em Saúde da Família, no Brasil, surgiu no âmbito de uma seleção pública de Projetos efetuada pelo Ministério da Saúde (MS), com a finalidade de consolidar o SUS. Esta iniciativa representa uma importante estratégia, no contexto da meta de reconversão do modelo assistencial, em busca de outro modelo, cuja natureza dinâmica seja, voltada para promover a vida, prevenir riscos e danos à saúde.

Assim, um grupo de professores das Unidades do Centro Biomédico da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Faculdade de Enfermagem, Faculdade de Odontologia, Faculdade de Medicina e Instituto de Medicina Social) elaborou um Projeto e submeteu-o à referida avaliação. Seus parceiros governamentais iniciais foram as Secretarias de Saúde dos municípios do Rio de Janeiro e de Resende, a Fundação Municipal de Saúde da Niterói, e a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), componente responsável pela articulação interinstitucional. No Estado do Rio de Janeiro a Universidade Federal Fluminense (UFF) também teve seu projeto aprovado e assim, o PCSF - RJ se iniciou por meio de ações compartilhadas entre ambas as instituições (BRASIL, 1996).

Em Novembro de 1997 o Ministério da Saúde formalizou a criação do Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Estado do Rio / Núcleo da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PCSF-RJ / UERJ) por meio do convênio N^o 586/97. No ano seguinte os convênios do MS com a UERJ e a UFF foram renovados e aprovado o Projeto da Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), e com isso criou-se o terceiro Núcleo no Estado.

Em 1999, início de uma nova gestão político-administrativa no Governo do Estado, o Secretário de Saúde formalizou por meio da Resolução 1376 de 15 de setembro de 1999, a criação do Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Rio de Janeiro / PCSF - RJ com os três (3) mencionados Núcleos. Passou a integrá-lo ainda as seguintes instituições: Fundação Municipal de Saúde da Niterói (FMS), Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), Faculdade de Medicina de Campos (FMC) e Universidade Severino Sombra (USS).

O projeto político pedagógico do PCSF-RJ teve suas ações dimensionadas em metas de curto, médio e longo prazos. A de curto prazo consistiu, basicamente, de atividades de capacitações pedagógica e temática, de caráter introdutório. A de médio, de atividades de formação pós-graduada nas modalidades Especialização e Residência, e a de longo prazo, foi constituída de atividades voltadas para o ensino de graduação.

Tendo em vista que as práticas profissionais em saúde, no Brasil, caracterizam-se tradicionalmente por uma abordagem individual, dotadas de alto grau de especialização, e são fortemente vinculadas ao ambiente hospitalar e à figura do médico, o conjunto das ações educativas do Pólo de Capacitação em Saúde da Família busca promover a reflexão e o debate sobre essa racionalidade fortemente biológica, ainda hegemônica, com vistas a contribuir para substituí-la por uma nova *práxis*. Também, busca fomentar um distinto modo de compreender-intervir no processo saúde-doença, no qual a determinação social é reconhecida do mesmo modo como são os aspectos físico-biológicos.

O plano didático-pedagógico do Pólo é implementado por meio de práticas interdisciplinares, intersetoriais e de articulações clínico-epidemiológicas. A ferramenta metodológica principal é a problematização^{5,6}, um caminho pedagógico que se insere no campo das correntes e teorias críticas da Educação. Sobretudo, daquelas designadas pedagogia da emancipação, da autonomia, da libertação, da esperança, conforme pensamento e obra de Paulo Freireⁱⁱⁱ.

Vale destacar que esse marco teórico-conceitual tem servido de base à formulação da política de qualificação e desenvolvimento de pessoal para o Sistema Único de Saúde (SUS), uma escolha quase preferencial, ao longo dos últimos 20 anos, do Ministério da Saúde / Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos em parceria com os demais níveis de governo - Estadual e Municipal e Universidades.

A pioneira na adoção do referido suporte conceitual-metodológico em nosso País é a Enfermagem⁷, disciplina que o utiliza há quase três décadas para qualificar seus trabalhadores, principalmente os de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem). No contexto dessa abordagem, o processo ensino-aprendizagem, foca-se na relação dialógica que transita entre ação-teoria-ação, e se estabelece no interior dos Serviços da

ⁱⁱⁱ Paulo Freire é uma das principais autoridades na área da Educação. Pensador brasileiro contemporâneo, referência internacional no campo das teorias críticas da Educação. Toda sua obra (teórico-conceitual e metodológica) tem como pilar fundamental a Educação como caminho para emancipação dos sujeitos históricos - opressor e oprimido - a partir da sua própria realidade. Além da designação Pedagogia do Oprimido, são também descritores de sua obra outras designações tais como: Pedagogia da Autonomia, da Libertação e da Esperança, entre outros títulos.

Rede pública de Saúde, nos quais estão inseridos os alunos-trabalhadores e facilitadores-trabalhadores.

1.2 TOWARDS UNITY FOR HEALTH (TUFH)

Preliminarmente, vale reiterar que a pesquisa “*A prática de Médicos e Enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, um estudo avaliativo em municípios do Estado do Rio de Janeiro*”¹, constituiu a principal ação investigativa dos meus estudos de Doutorado.

A mesma foi implementada com apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e se insere em nível mundial, no âmbito dos Projetos *TUFH*, e em nível nacional, no âmbito do Plano de metas do Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Rio de Janeiro (PCSF-RJ) 2000-2005 / do Ministério da Saúde.

A etapa investigativa de campo ocorreu entre 2001 e 2003 e analisou o Programa de Saúde da Família (PSF), em seis municípios do Estado do Rio de Janeiro. O desenho avaliativo contemplou três eixos, a saber: a ótica da produção do serviço e dos marcadores de saúde; a prática dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), os quais foram capacitados pelo PCSF-RJ, e a opinião dos usuários do Programa atendidos pelas referidas Equipes.

Os Projetos *TUFH*, segundo as normas do edital da OMS, tinham como objetivo principal promover melhorias no desempenho dos Sistemas Locais de Saúde com vistas a torná-los ainda mais relevantes para as reais necessidades da população. Baseados nos princípios da qualidade, equidade, relevância e custo-efetividade, os Projetos deveriam buscar fomentar maior integração entre as ofertas de intervenções em saúde, tanto em âmbito individual e coletivo, bem como estabelecer parcerias produtivas e sustentáveis entre atores-chaves: políticos; gestores do setor saúde; profissionais de saúde; instituições acadêmicas e comunidade. Aqui, vale destacar que os aspectos constitutivos dos Projetos *TUFH* guardam estreita consonância com as diretrizes, princípios e metas do SUS.

O Projeto do Pólo de Capacitação em Saúde da Família (PCSF-RJ) / UERJ designado *Rio de Janeiro's Training Center in Family Health, A Strategy for Integrating Education and Services in Family Health - Impact Evaluation of its Educative Interventions upon Primary Health Care Services Delivery*⁴, foi um dos 12 Projetos *THUF* aprovados pela OMS.

Em decorrência da escolha do objeto de estudo (ações educativas do PCSF-RJ) do referido Projeto, da história recente do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, da incipiência de sua implantação e de estudos investigativos, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, e da escassez de instrumentos metodológicos para uma avaliação de impacto e eficácia das mencionadas ações, o primeiro desafio do Projeto *THUF* e consequentemente do Projeto da Tese foi a inexistência de indicadores e instrumentos apropriados.

Assim, com os recursos da bolsa do Projeto *THUF* da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi possível elaborar, aplicar e testar os indicadores e instrumentos próprios para execução da Pesquisa. Uma ação que contou com assessoramento metodológico e apoio logístico do Programa de Estudos de Demandas Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PRODEMAN), organismo institucional com ampla experiência investigativa junto à iniciativa pública e privada, em níveis estadual e municipais. Em decorrência da cooperação do PRODEMAN, parceiro responsável pelo plano de coleta, organização e sistematização dos dados da investigação, os gráficos e figuras gerados para fins de apresentação dos resultados, citam-no como Fonte.

Após a realização do estudo-piloto (testagem e calibragem dos instrumentos) o Comitê Gestor do Pólo, reconheceu a importância e relevância da investigação e aprovou a aplicação de recursos financeiros do Plano de Trabalho do PCSF-RJ / 2000-2005 para a Pesquisa, e com isso foi possível implementá-la em todos os municípios-sede do Pólo, tal como previa o projeto original. É ainda importante destacar, que o conjunto desses municípios estudados compõem um importante quadro demográfico, no âmbito do qual as cidades têm o seguinte tamanho populacional: mais de 1.000.000 de habitantes (Rio de Janeiro), menos de 1.000.000 e mais de 100.000 habitantes (Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias e São Gonçalo), e menos de 100.000 habitantes (Vassouras e Teresópolis). O município de São Gonçalo substituiu o de Niterói, sede do Núcleo da Universidade Federal Fluminense, porque o seu modelo de assistência às famílias, no campo da atenção básica, em decorrência do seu pioneirismo na implantação dessa experiência em cooperação técnica com Cuba, se diferencia do modelo do Ministério da Saúde seguido pelos demais municípios.

Diante do exposto, é possível finalizar essa Introdução com a seguinte constatação: as dificuldades surgidas e enfrentadas no decorrer do Processo de Estudos do Doutorado, sobretudo, a que se refere ao desafio de conciliar trabalho-estudo, em certa medida, foram os principais elementos a impulsionar-me na produção da Tese

Estratégia Saúde da Família, ação essencial no enfrentamento das desigualdades sociais.

Embora ciente de que os resultados da investigação pudessem ser aprofundados em mais aspectos, e assim poder gerar novas sínteses e contributos no âmbito da Tese, ela representa, como já mencionei, o possível, e deve ser tomada como “ponto de partida” de uma linha de ações investigativas sobre uma nova *praxis* (Saúde da Família), uma iniciativa que tem cumprido importante papel de reorientação do modelo assistencial, na esfera da atenção básica, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Oxalá que os resultados e reflexões proporcionados, ainda que pequenos, possam contribuir para outros estudos e estudosos do tema Saúde da Família e suas múltiplas interfaces: modelo assistencial e cuidados em saúde no contexto do SUS; desigualdades sociais; desenvolvimento de pessoal das Equipes de Saúde da Família. E ainda, em certa medida, que o referencial teórico-conceitual, ancorado em Boaventura Sousa Santos⁸⁻¹¹ e Edgar Morin¹²⁻²⁵, venha ajudar-nos a compreender melhor e contextualizar as práticas profissionais (assistência, gestão, ensino e investigação), nas quais estamos envolvidos de modo a qualificá-las, e torná-las relevantes e resolutivas para os usuários do SUS, sobre os quais temos responsabilidade profissional-cidadã.

2ª Parte

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, AÇÃO ESSENCIAL NO ENFRENTAMENTO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

1. INTRODUÇÃO

Com o advento da abertura política brasileira, no final dos anos 70 e início dos anos 80, o sistema de saúde protagonizou um importante processo de mudanças intensificadas pelo movimento da Reforma Sanitária. Segundo Luz²⁶, nesse período, iniciou-se a retomada do projeto de descentralização da saúde, surgida nos anos 50, à época, sob forte influência desenvolvimentista, desprovido de preocupações com a questão social, distinto, portanto, do que se encontra hoje em curso.

Para a autora o caráter de retomada se faz 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, para ela²⁶, foi a introdução da idéia de organização dos serviços locais de saúde (SILOS), proposta e disseminada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) / Organização Pan Americana de Saúde (OPS), nos anos 70²⁶.

Durante a transição do regime militar para o processo de redemocratização das forças sociais e políticas que se instaurava no País e, a participação da sociedade civil, numa perspectiva de usuária dos serviços, distinta da idéia de comunidade dos anos 60²⁷, ganhou forças no cenário brasileiro e ajudou impulsionar ainda mais, as mudanças que se processavam.

O marco das transformações políticas ocorridas na sociedade brasileira, nos anos 70 e 80, é sem dúvida, a Constituição de 1988²⁸, no bojo da qual instituiu-se o Sistema Único de Saúde / SUS²⁹ delineado durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se realizou em 1986, momento áureo da Reforma Sanitária brasileira³⁰.

O ideário do novo Sistema assente na idéia de “saúde como direito de todos e dever do Estado” foi, em grande medida, influenciado pelas idéias e diretrizes da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma Ata, em 1978³¹. O capítulo I do documento desse Congresso 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 saúde³² o que implica, necessariamente, colocar em prática múltiplas parcerias^{iv32}.

Com a nova Constituição, a saúde inserida no paradigma dos direitos humanos, e dirigida a contribuir com a produção de equidade e justiça social³³, o Setor passou a incorporar em suas práticas de assistência às pessoas e coletividades, a compreensão de que promover a saúde implica também, cobrar dos governos e da sociedade ações que transcendem o próprio campo da saúde, sobretudo, porque saúde passa pelas decisões macro políticas, as quais englobam geração e oportunidades de trabalho, meios garantidores do acesso das pessoas à bens e serviços produzidos pela sociedade.

É na década de 70 que surgem os marcos históricos da promoção com o conceito de “campos de saúde” propostos por Marc Lalonde³⁴, ministro de saúde canadense. Lalonde, ao redefinir o referido conceito, sugere a inclusão de quatro componentes, a saber: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde³⁴.

Ao considerar saúde uma resultante de múltiplos fatores e ao mesmo tempo, força por meio da qual se promove e sustenta o desenvolvimento de uma sociedade, a implementação do novo modelo de assistência de saúde no contexto do SUS, passou a incorporar o referencial da promoção da qualidade de vida, no dizer de Kickbusch³⁵.

Ocorreu assim, uma importante inflexão, no contexto da saúde no Brasil, uma vez que o setor, com a nova orientação, passou a tomar, ainda que de modo incipiente, a complexa tarefa de desospitalizar e desmedicalizar práticas de atenção, até então, marcadamente dirigidas à cura e ou tratamento de doenças e enfermidades, desenvolvidas no cenário hospitalar e centradas na figura do médico.

Quanto à dimensão conceitual da promoção, tal como expressam os textos e relatórios de duas das principais Conferências Internacionais^{36,37}, e os escritos de Gentile³⁸ e Buss^{39,40}, os objetivos são promover a vida, preservar a saúde, prevenir riscos e danos. No âmbito da dimensão político-operacional, o conjunto de ações a ser implementadas, se estende de mudanças que necessitam ser efetuadas desde o modelo de gestão à lógica do financiamento, como se pode verificar em Mansur⁴¹ e Marques⁴² passando pela tarefa da qualificação dos recursos humanos, segundo Cordeiro⁴⁶, Feuerwerker^{47,48}, Almeida⁴⁹, Teixeira⁵⁰, Piancastelli⁵¹ e Sousa⁵².

^{iv} Parceria, nessa produção, se define como relação estabelecida entre os serviços de ensino, saúde e comunidade. Importante referência para isso é a publicação *A educação dos profissionais de saúde na América Latina – teoria e prática de um movimento de mudança* (Tomo II), a qual reúne relatos de experiências, nesses moldes, na Colômbia (Cali), México (Colima), Brasil (Botucatu) e Venezuela (Maracaibo).

Vista sob o enfoque da epistemologia, estudo do conhecimento, baseada no pensamento de Boaventura Sousa Santos^{8,9} e Edgar Morin^{17,23,24}, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerada um desafio paradigmático.

Vale ressaltar que ao definir e estabelecer “saúde como direito de todos e dever do Estado”^{28,29} 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^{28,29}. Esse conjunto de orientações tem exigido de políticos, gestores, técnicos e usuários do setor, adoção de mudanças radicais, sobretudo, no plano da legislação, dos mecanismos de gestão e da organização e administração dos serviços.

Desde a criação do SUS muitas conquistas foram alcançadas, inclusive, na esfera do financiamento^{41,42}, mesmo que estejamos aquém do patamar desejado. Porém, na atualidade, constitui um dos principais desafios para o Ministério da Saúde reorientar o modelo de assistência⁴⁸⁻⁵², substituindo-o por uma *práxis* capaz de promover mudanças na realidade sanitária e contribuir no enfrentamento de desigualdades sociais, elemento gerador de pobreza, uma condição que atinge aproximadamente 1/3 da população brasileira, de acordo com o que observam o Ministério da Saúde⁵³, Kliksberg⁵³ e Lucchese⁵⁵.

Ainda que muitos avanços tenham ocorrido, na esfera da organização dos serviços de saúde, resultantes do processo de democratização política e de descentralização programática, o acesso a esses serviços continua estrangulado, o que inviabiliza, em grande medida, o cumprimento do preceito básico constitucional, promoção da equidade⁵⁵, tão caro ao Estado Democrático de Direitos, componente ideológico central da Carta Constitucional brasileira.

Portanto, “abrir a porta” do Sistema de Saúde, universalizar seu acesso aos usuários e promover equidade, ainda que inicialmente, isso ocorra de maneira mais localizada no âmbito da Atenção Básica^{53,55}, é um desafio que exige um amplo conjunto de intervenções já que os problemas de saúde acumulam-se e intensificam-se, ao longo do tempo, em grande medida, como decorrência do próprio estrangulamento na entrada. Um desafio que exige pressa, uma vez que expressiva parcela da população usuária desses serviços precisa de respostas imediatas, e não têm como encontrá-las fora do SUS.

É preciso destacar que muitos esforços são estabelecidos para atender essa demanda reprimida, na esfera da governabilidade dos gestores e da intervenção dos

técnicos, isso, porém, é pouco, insuficiente, e está longe da cobertura necessária, pois exigem também soluções de natureza estrutural que passam por decisões macro-políticas.

Embora a motivação inicial criadora do novo Sistema de Saúde, o SUS, tenha sido de um lado, o pleito dos profissionais por um atendimento resolutivo, e da parte da população, a reivindicação de respostas imediatas aos seus anseios e necessidades, isso também não tem sido suficiente para garantir os avanços necessários. Existem inúmeras dificuldades legadas pelo arcabouço jurídico-institucional do modelo de atenção previdenciário, principal preocupação da política anterior ao SUS, além de outras que merecem ser mencionadas, em décadas de estruturação do setor saúde no País.

Com base em estudos e formulações de Starfield⁵⁶, Campos⁵⁷, Mendes⁵⁸, Levcovitz e Garrido⁵⁹, dentre essas dificuldades, se destacam: a cultura organizacional, os interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público, a prática médica fortemente especializada e fragmentada.

Soma-se a tudo isso, a produção de padrões institucionais conformados por um conjunto de pressupostos e valores fortemente assentes na atenção à doença, a despeito do contexto social que a produz, atendida por um conjunto de procedimentos técnicos financiados pela lógica da produtividade, modalidade dominante nos primeiros anos do SUS, incluindo a fase inicial do PSF, conforme constata Cordeiro⁶⁰.

Outro aspecto, que merece destaque, é o desenvolvimento da Atenção Primária de Saúde (APS) no Brasil⁵⁶, uma rede pública estatal criada em 1930, para prestar serviços básicos de saúde à população, e com perfil institucional marcadamente vinculado à práticas sanitárias campanhistas periódicas.

Com o desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS), nos anos 80, e dos programas verticais destinados a diferentes públicos: criança, adolescente, mulher, o perfil da APS passou a se diferenciar, e gerar um crescimento expressivo na produção de serviços para estes segmentos determinando importante aumento da cobertura assistencial, especialmente em áreas antes desassistidas, como descreve Campos⁵⁷ e Sobrinho^{61,62}.

A despeito dessas iniciativas, a prática sanitária curativista, hospitalocêntrica e medicalizante que caracteriza o modelo assistencial brasileiro permanece forte e ainda detém traços hegemônicos. Desse modo, substituir o referido modelo por outro dinâmico, que atenda seus usuários em suas distintas demandas, cujo funcionamento aproxime profissionais e população, que aumente o padrão de resolutividade dos problemas de

saúde, que introduza qualidade nos processos de trabalho, se tornou para o Ministério da Saúde meta prioritária, para os técnicos "quase consenso", e para os políticos pacto político suprapartidário.

Nesse contexto de consolidar o SUS como política pública constitutiva do tripé da seguridade social brasileira, de natureza não contributiva e de caráter universal, em 1994 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Saúde da Família (PSF) com propósito claro e objetivo de reconversão do modelo assistencial, a curto prazo, no âmbito da Atenção Básica, conforme se pode depreender dos escritos de Sobrinho^{61,61} e das declarações do próprio Ministério da Saúde⁶³⁻⁶⁸. Esse aspecto substitutivo será abordado com mais adiante.

Na seqüência, serão apresentadas considerações sobre o Programa Saúde da Família, no âmbito das reformas do SUS, desigualdades na América Latina e no Brasil e o Referencial teórico. Este último, uma espécie de diálogo empreendido entre o pensamento de Boaventura Sousa Santos⁸⁻¹¹ e de Edgar Morin¹²⁻²⁵, ambos, estudiosos renomados da atualidade, referências internacionais no campo das ciências sociais. O primeiro, de naturalidade portuguesa com sólida prática acadêmica na Universidade de Coimbra, e o segundo de igual modo, na França.

1.1 SAÚDE DA FAMÍLIA, UMA PROPOSTA DE RECONVERSÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

Nos últimos anos^{59-62,66-70}, sobretudo, na última década, a Proposta Saúde da Família, no âmbito da Atenção Básica da Saúde, passou a integrar a agenda de reformas do setor no Brasil. O que ocorre também em muitos Países, onde em cada um a mesma é dotada de contornos, conteúdos e especificidades, influenciados pelas múltiplas expressões de cultura, dentre essas a do próprio setor saúde, a das instituições de ensino e serviço, e em especial, do estágio de desenvolvimentos social dos distintos regimes políticos e de governos. Portanto, os resultados serão sempre distintos e seus desenhos organizativos serão também próprios, promotores de genuínas oportunidades para desenvolvimento do e no próprio campo da saúde, sob múltiplos aspectos.

Saúde da Família é a principal ação no âmbito da decisão política e institucional de reconversão de modelo assistencial para fortalecer a Atenção Básica, no contexto do Sistema Único de Saúde, estabelecida pelo Ministério da Saúde, nos anos 90⁶³⁻⁷⁰. Os princípios que estruturam sua Proposta reforçam o caráter universalista do Sistema..

Para Carvalho & Ribeiro⁷¹, modelo assistencial é a "maneira como são organizadas e combinadas, em uma sociedade concreta, as diversas ações de intervenção no processo saúde-doença". Esta organização e combinação por sua vez, pautadas pelo conceito de saúde vigente, irão refletir através das políticas públicas, o comprometimento de cada País com os direitos fundamentais de cidadania.

A inserção do Programa Saúde da Família como ação estruturante, estabelecida como responsabilidade governamental, em nível do poder municipal, na opinião de Souza⁷², coloca o Brasil em consonância com experiências internacionais, as quais comprovadamente demonstram eficiência e maior equidade de sistemas de saúde com forte base em atenção primária, mesmo em situações de grande iniquidade social⁷².

A OMS, por meio da carta de Lubliana, propõe que os Sistemas de Saúde, que tenham como alicerce a atenção primária devem adotar um conjunto de princípios: 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, Starfield⁵⁶.

A revitalização das funções da saúde pública advém do reconhecimento de que a assistência em saúde, isoladamente, tem mostrado impacto muito limitado em determinadas situações de saúde da população. Ademais, se reconhece também que os determinantes de saúde devem estar condicionados às políticas públicas intersetoriais, as quais representam, em última análise, um projeto político de governo comprometido em promover qualidade de vida, perspectiva inovadora para a saúde coletiva, a qual tem sido colocada no centro das reformas.

Segundo Viana e Dal Poz⁷³, Saúde da Família é uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que a mesma teve, no seu bojo, mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização⁷³.

Como intervenção de maior visibilidade e impacto no campo das políticas de saúde implementadas em nosso País, a partir da segunda metade da década de 90, Saúde da Família passou a constituir a porta de entrada privilegiada para o SUS, tal como

esperado. Em parte graças à sistemática do seu funcionamento em limites territoriais, geográficos e populacionalmente pré-determinados, sob responsabilidade de uma equipe multiprofissional^{72,73}, e também porque atua como um centro de atenção para famílias em ambientes sociais e territoriais conhecidos, o que possibilitou a identificação de riscos aos quais as comunidades se encontram expostas, encorajando, assim, o desenvolvimento de atividades intersetoriais, segundo Girardi apud Pierantoni⁷⁴.

Segundo orientação do Ministério da Saúde⁶⁸, cada Equipe de Saúde da Família (ESF), inicialmente foi constituída por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), os quais se responsabilizam por um grupo de 600 a 1000 famílias; cada ACS acompanha aproximadamente 150 famílias. Além de prestar assistência direta às famílias, as Equipes têm ainda, a função de analisar a situação de saúde da população adscrita em colaboração com lideranças comunitárias e profissionais de outras áreas, e organizar a oferta dos serviços de acordo com o perfil de saúde específico daquela população. Depois passou a integrar a Equipe o dentista, o técnico de higiene dental e o auxiliar de consultório dentário.

Com o eixo da abordagem em saúde, na esfera da atenção, ser deslocado para promover qualidade de vida, a implementação do Programa Saúde da Família começou a impulsionar outra importante mudança no Sistema de Saúde na esfera de sua estruturação, a da oferta de serviços, num contexto de intervenções interdisciplinares e intersetoriais, em substituição ao atendimento de demandas, ainda que de modo incipiente.

Para Souza, Gil, Cerveira e Torres^{75(p.20-21)}, o Programa Saúde da Família traz um novo paradigma para a organização do trabalho em saúde. Dentre os principais aspectos mencionados pelas autoras que sustentam essa afirmativa, destacam-se os seguintes: delimitação mais precisa e radical do território de atuação das equipes; trabalho em equipe; participação da comunidade no trabalho da equipe; incorporação mais efetiva dos instrumentos de planejamento, e, sobretudo, de outros saberes em saúde, tais como, o social, o pedagógico e o psicológico que devem somar-se ao conhecimento e à competência clínica.

Dentre os aspectos enunciados, a delimitação mais precisa e radical do território e a incorporação mais efetiva dos instrumentos de planejamento das ações, podem ser considerados elementos diferenciais nas práticas de saúde no Brasil, aspectos novos para uma atuação qualificada. Por exemplo, no que se refere à territorialização,

pressuposto básico do trabalho em Saúde da Família, a mesma pode ser adotada tanto para delimitar a área de atuação das Equipes, como para reconhecer o ambiente, a população, os seus modos de vida, a sua dinâmica social e estabelecer relações com outros setores.

No que se refere aos instrumentos de avaliação e planejamento das ações, voltados, essencialmente, para intervir na realidade sanitária e no perfil epidemiológico, o principal instrumento é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), criado em 1988, por técnicos do Ministério da Saúde, o qual vem a ser uma derivação do Sistema de Informações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS)^v.

Embora o SIAB tenha inúmeros problemas na sua operacionalização, ele representa uma importante inflexão nos sistemas de informação em saúde. Sua finalidade é produzir informações que permitam conhecer e analisar a situação de saúde, acompanhar a execução das ações e avaliar a transformação da situação de saúde em espaços sócio-geográfico definidos. Por ter sido gerado baseado no conceito de território, levando-se em conta problemas e responsabilidade sanitária, o mesmo permite a utilização da informações, de forma mais oportuna, para acompanhamento da situação de saúde, avaliação e planejamento de intervenções, com possibilidade de se trabalhar com dados desagregados ao nível da área de atuação da Equipe de Saúde da Família.

Segundo Souza ⁷² o SIAB é um avanço para gestores e equipes quanto à definição de políticas, programação de atividades e estabelecimento de metas a serem alcançadas a partir de indicadores sociais que retratam a realidade local, além de permitir o acompanhamento do PSF, até mesmo, em nível nacional.

O Sistema compila dados sobre a composição e situação de saúde da família (número de pessoas, idade, escolaridade e doenças referidas por cada um de seus membros), condições de vida (tipo de material de construção da residência, aspectos sanitários, tratamento da água, destino do lixo e sistema de esgoto), serviços de saúde utilizados pela família, participação em grupos comunitários e meios de transporte utilizados.

Iniciado em 1994, com 328 Equipes, por meio de convênio do Ministério da Saúde com os municípios, a meta de cobertura de 1 milhão de pessoas com cuidados básicos de saúde foi logo alcançada. Atualmente existem 26.700 ESF distribuídas em 5.087

^v Sistema concebido para produzir informações sobre o acompanhamento das famílias e o processo de trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

municípios, o que corresponde a uma cobertura de aproximadamente 80% da população brasileira, segundo dados do MS⁷⁵.

Outra pista importante que demonstra a aceitação da Proposta Saúde da Família, essa sob a ótica dos atores sociais que a implementam, os profissionais, tem sido a participação intensa e crescente destes nas atividades acadêmico-científicas realizadas em todo o País^{1,70,77,77}.

Diante dos resultados positivos que a Proposta Saúde da Família tem acumulado, seja no sentido de promover acesso dos usuários ao Sistema, de proporcionar a expansão da cobertura assistencial, de incentivar a adesão dos profissionais, às modificações ocasionadas no perfil sanitário, sobretudo, a melhoria de importantes indicadores sociais como Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), a Proposta Saúde da Família tem se consolidado como eixo estruturante, no contexto do setor saúde no Brasil. Também por isso, têm assumido, cada vez mais, o caráter de intervenção estratégica, no campo das políticas públicas, razões pelas quais, são mencionados esforços sistemáticos e constantes de produção de conhecimento e de pesquisa avaliativa sobre a temática tem ocorrido.

Segundo Contandriopoulos et al⁷⁸, “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Sob esta ótica, a avaliação constitui um ato fundamental para o aperfeiçoamento de políticas públicas e de seus respectivos projetos e programas, podendo contribuir com todo o processo de planejamento, e, sobretudo, ajuda a conquistar os resultados para os quais ela foi, é e será estabelecida⁷⁹⁻⁸².

Para Cohen e Franco⁸⁰, as razões para se implementar uma avaliação variam em múltiplos aspectos e propósitos, quase tanto quanto os próprios programas, e seus objetivos também podem influenciar decisivamente a forma como ela será conduzida. No entanto, uma avaliação deve servir, especialmente, para consolidar entendimentos, apoiar necessárias atuações e ampliar o comprometimento e o aperfeiçoamento de indivíduos, grupos, programas, instituições e sistemas, enquanto permite a formulação de juízos e recomendações que geram ações, políticas, conhecimento e transformações, como considera Penna Firme⁸³.

1.2 DESIGUALDADES SOCIAIS NA AMÉRICA LATINA E BRASIL

O que fazer e como fazer para contribuir na construção de um projeto civilizatório pautado no preceito de justiça social contido na Declaração Universal dos Direitos Humanos, tão caro ao ideário do Estado Democrático de Direitos? Essas são algumas questões, sobre as quais pouco tempo atrás, no campo da saúde, esse debate praticamente inexistia. No entanto, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) essa realidade tem se transformado e começa-se a observar e compreender, com maior acuidade, os efeitos das intervenções profissionais no interior do setor, no que se refere ao enfrentamento das desigualdades sociais. Fenômeno emblemático na atualidade, presente em escala mundial, porém com variadas intensidades e expressões em cada País, e cuja face se revela de modo fortemente cruel na saúde, se vista, por exemplo, pelas altas Taxas de Mortalidade Materna, Infantil e por causas externas⁵³.

De modo simples e objetivo, é possível afirmar que a desigualdade é um aspecto por meio do qual se pode dimensionar o grau de injustiça social de um País, Região ou Continente. Um fenômeno produzido por uma conjunção de mecanismos, dentre os quais são considerados propulsores: a inflação, o desemprego, escassos impactos distributivos do investimento e do gasto social, restrição de acesso à educação, à saúde, à moradia, entre outros bens.

Segundo Kliksberg⁵⁴, em sua obra "Desigualdade na América Latina: o debate adiado", no capítulo desigualdade em saúde, ele afirma que houve progressos inegáveis na Região, no entanto, existem sérios problemas que denotam a presença de um padrão agudo de desigualdade no interior da mesma. A Cúpula Presidencial de Miami em 1994 expressou em seu Plano de Ação, a necessidade de esforços redobrados dos governantes da região para melhorar a equidade em saúde como uma condição essencial para o desenvolvimento humano. Em sua Declaração final, a Cúpula Presidencial de Santiago em 1988, assinalou como determinação: "remover as barreiras que negam aos pobres o acesso a uma nutrição adequada, a serviços sociais e a um ambiente saudável"

⁵³ .

Embora os indicadores de desigualdades sociais, na área da saúde, sejam muitos, tendo em vista que as diretrizes do PSF, desde sua implementação, priorizou-se reduzir as Taxas de Mortalidade Materna e Infantil, uma abordagem sobre as referidas Taxas será, a seguir destacada, sobretudo, no que diz respeito às mesmas no âmbito do nosso Continente e no interior de alguns Países que o integram.

Segundo a publicação Estudos e Pesquisas de Informação Demográfica (IBGE), nº2 ⁷⁵, na qual, abordou-se o tema Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil, existem evidências muito fortes de que o processo de transição da mortalidade de altos para baixos níveis e o conseqüente aumento na esperança de vida ao nascer, parece ter sido um fenômeno praticamente generalizado, em escala mundial, particularmente a partir da Segunda Guerra. A revolução na saúde pública verificada após os anos 30, e principalmente após 1940, parecia fornecer a chave para a solução dos problemas da alta mortalidade nos países subdesenvolvidos, sem depender do desenvolvimento econômico e melhoria dos padrões de vida que acompanharam a transição demográfica nos países desenvolvidos. No entanto, isso mais tarde não se sustentou.

Ainda no ensejo da referida publicação⁷⁵, nesses Países, a transição iniciou-se por um estágio de mudanças rápidas no quadro da mortalidade, ao concentrar, em poucos anos, os ganhos de esperança de vida que Países europeus levaram décadas para alcançar. Atribuiu-se esse declínio às facilidades de importação de técnicas e meios mais eficazes de controlar as doenças endêmicas, e não necessariamente associado à melhorias efetivas das condições sócio-econômicas e de bem-estar da população. A rígida condição econômico-social passou impor limites à eficácia dessas medidas, e, já durante a década de 60, uma diminuição no ritmo de queda da mortalidade começou a ocorrer, e o tom inicial de otimismo, que prevalecia no debate, cedeu lugar à atitudes mais reservadas.

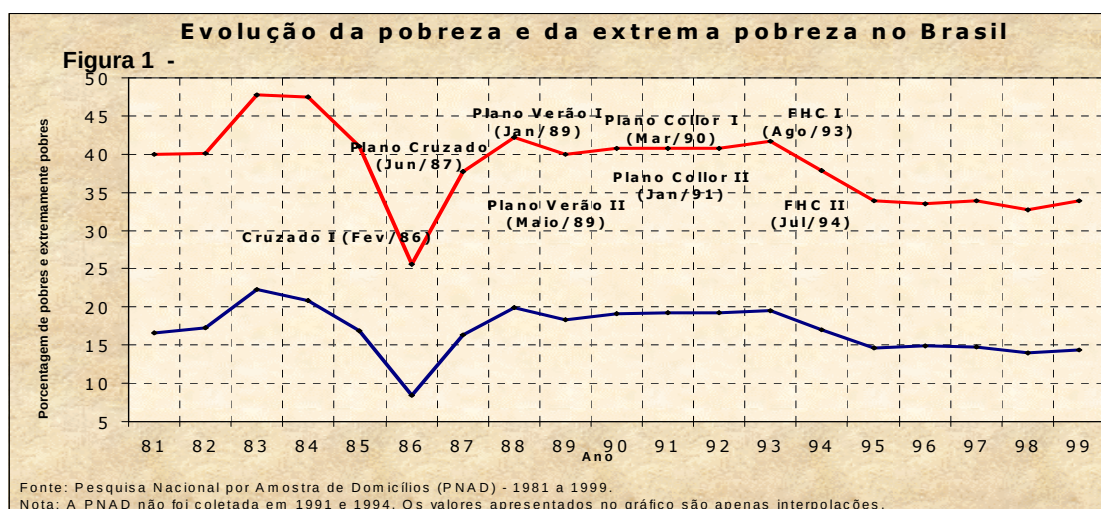
Em 1996, segundo o Informe do Banco Mundial apud Kliksberg⁵⁴, 2.250.000 mães latino-americanas, deram à luz os seus filhos, sem contar com o Pré Natal e assistência ao parto, aspectos que interferem de modo substantivo nas referidas cifras, as quais mesmo elevadas, na avaliação de especialistas da área, são menores que as reais, uma vez que grande parte dos casos sequer é notificada.

Nesse contexto⁵⁴, a cifra estatística estimada para Guatemala, no período de 1985 a 1989, era em média de 97 mortes maternas anuais em cada 100 mil nascidos vivos, porém, estudos documentais revelam que ocorreram 270 mortes. Considerando que no âmbito da assistência médica é possível controlar a maioria das causas de mortalidade materna, a Costa Rica por este caminho, chegou a um limite mínimo de 28 mortes em cada 100 mil nascidos vivos. Já nos bairros da periferia de Lima, com base em estudos documentais também, se estimou 286 mortes em 100 mil nascidos vivos, enquanto para comunidades indígenas Mapuches, a estimativa foi de 414. Na Bolívia, para as vilas rurais

de atividades mineiras com precárias condições sanitárias a estimativa foi de 1.379 mortes.

Ainda pelo Informe de 1996 do Banco Mundial, distâncias semelhantes foram observadas nas Taxas de mortalidade infantil. Enquanto na Costa Rica morreram 13,7 em mil nascidos vivos, em Cuba morreram 11, 8 e no Chile 14, todas próximas das taxas de Países desenvolvidos, no Haiti morreram 86,2 em mil nascidos vivos e na Bolívia 75,1, ambas mais próximas das taxas de Países pobres. Altas taxas médias foram observadas também no Brasil com 57,7 mortes em 100 mil nascidos vivos, no Peru 55,5, na Nicarágua 52,3, no Equador 49,7 e na Guatemala 48,5. Ainda pelo Informe, se essas médias nacionais de mortalidade forem desagregadas, 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, de instalações sanitárias e de serviços de saúde primários, de maneira mais aguda nas zonas rurais. Essa assimetria fica ainda mais acentuada em relação à população indígena, vítima de desnutrição crônica, sensivelmente mais vulnerável às doenças crônicas, e também, por estar mais distante dos serviços de saúde.

Embora a relação entre o estado de saúde de uma população e o desenvolvimento econômico de uma sociedade quase pareça consenso entre a classe política, e os debates venham ocorrendo, há algum tempo, isso ainda não produziu os efeitos desejados. Nesse sentido, vale destacar que no Brasil, há mais de 20 anos no plano macro-político, a sociedade convive com uma distribuição de renda quase inalterada, a despeito de duas inflexões efetuadas na política econômica brasileira: o Plano Cruzado em 1986, e o Plano Real em 1994, conforme se pode observar na Figura 1 adiante.



A despeito da renda, variável com forte influência sobre as Taxas de Mortalidade ter se mostrado quase inalterada, muitas transformações se verificam no decorrer das últimas décadas, sobretudo, no que se refere à mobilidade populacional em direção aos centros urbanos resultante de deslocamentos sucessivos e constantes de população de áreas rurais. Um movimento que representou, ao mesmo tempo, concentração de atividades econômicas em determinados espaços geográficos, processo acelerado de urbanização desordenada. O País passou de uma estrutura, inicialmente, agrária em suas relações de produção, para uma nova, na qual o capitalismo urbano-industrial veio adquirindo hegemonia.

Essas transformações ocorridas, de maneira desigual por sua vez, acabaram também produzindo para a massa populacional deste movimento migratório um conjunto de problemas de múltiplas ordens, sobretudo, o de acesso aos serviços públicos, já que o Estado não conseguiu responder, de modo eficaz, às novas demandas de assistência e proteção sociais. As condições de sociabilidade, no âmbito da urbanização inicial, foi acompanhada de deterioração nos níveis de qualidade de vida de segmentos significativos de grupos sociais, aumento de desemprego, e de formação de favelas.

Em síntese, a consequência emblemática de caráter negativo que a desigualdade social produz é a pobreza, e esta existe quando um segmento da população é incapaz de gerar renda suficiente para alcançar recursos básicos que lhe garanta uma qualidade de vida digna. Esses recursos são, por exemplo, água, saúde, educação, alimentação, moradia, entre outros. Um país também tem pobreza quando apesar de existir volume expressivo de riquezas, elas são mal distribuídas⁸⁴.

Assim, é possível afirmar que o Brasil não é pobre, mas sim, desigual. Dentre os classificados na categoria em desenvolvimento, ele ocupa o 9º lugar em renda per capita, porém cai para o 25º ao se tratar da proporção de pobres. Isso o coloca entre os Países de alta renda e alta pobreza. Ao mesmo tempo em que o Brasil está entre os 10% mais ricos, ele integra a metade mais pobre dos Países em desenvolvimento⁸⁵.

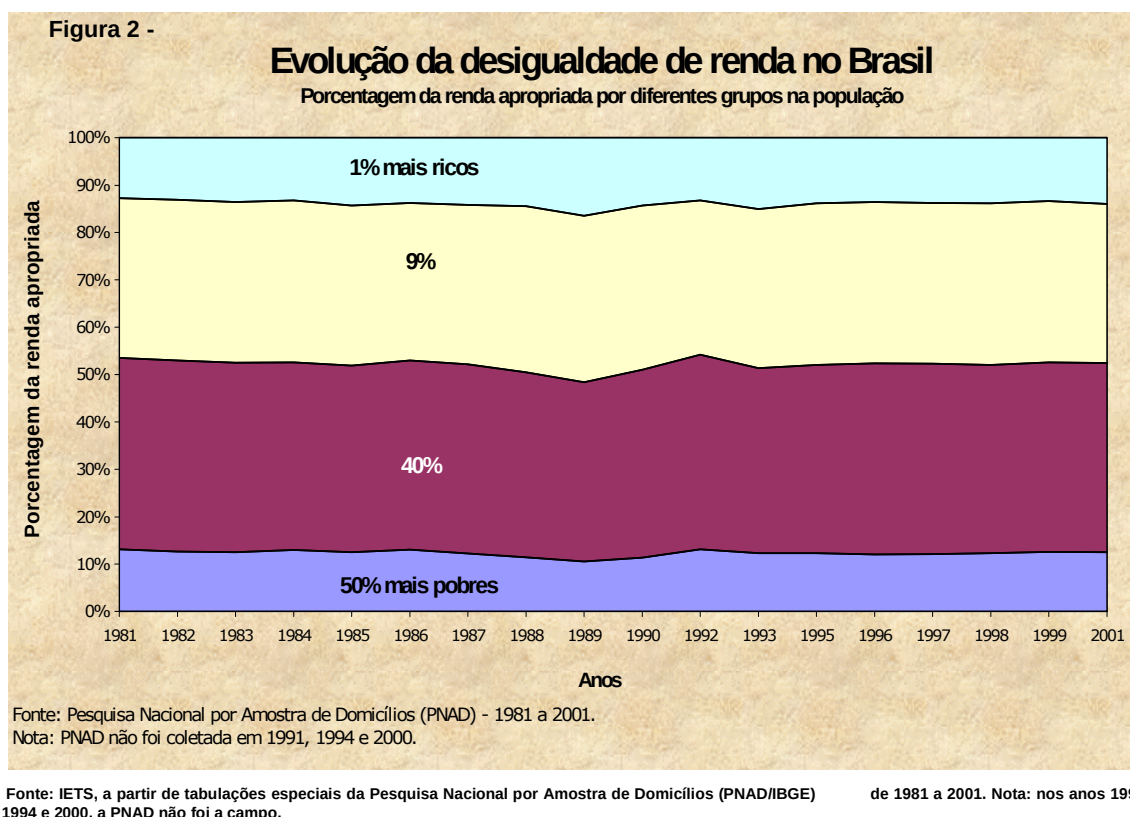
Segundo Peregrino⁸⁶, por essas razões o Brasil é considerado um dos primeiros do mundo em desigualdade social, sobretudo, porque 1% das pessoas mais ricas se apropria do mesmo valor que as 50% mais pobres. A renda de uma pessoa rica é 25 a 30 vezes maior que a de uma pessoa pobre, enquanto na Suécia, a diferença de renda entre ricos e pobres é de no máximo seis vezes, e nos Estados Unidos e no Uruguai, nosso vizinho, essa diferença é de dez vezes. De acordo com o Instituto de Pesquisas

Econômicas Aplicadas (IPEA), existem 56,9 milhões de pessoas abaixo da linha de pobreza e 24,7 milhões vivendo em extrema pobreza.

Em 1980 a mortalidade infantil no País era de 85,6 por 1000 nascidos vivos e na Região Nordeste atingia o valor de 120 por 1000; em 1984 a taxa nacional era de 81,5 por 1000 nascidos vivos e a da região Nordeste de 88,9 por 1000⁶⁶. No Ceará, no mesmo ano, em cada 1.000 crianças nascidas vivas, 107 morriam, porém com a implantação do Programa Agente de Saúde (PAC), ação que antecedeu o Programa Saúde da Família (PSF) em muitos municípios, houve melhora importante da cobertura vacinal das crianças e do atendimento às gestantes, e assim, ocorreu uma redução de 32% na mortalidade infantil entre 1987 e 1990, segundo Paim⁸⁷.

Em 2002 a Taxa de Mortalidade Materna estimada para o Brasil foi de 73,5 mortes em 100 mil nascidos vivos e para o Estado do Rio de Janeiro de 74,06. Ao cotejar esta estimativa no âmbito dos dados do Sistema de Informações da Secretaria de Estado de Saúde (SES), o qual se baseia no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), constata-se a ocorrência de 178 mortes maternas no Estado do Rio em 231.957 nascidos vivos. Para este mesmo ano, a Taxa estimada de Mortalidade Infantil para o País foi de 25,06 mortes em cada 100 mil nascidos vivos, e para o Estado foi de 17,94. No entanto, 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 mortes foram de causas associadas ao parto e ao puerpério. Das 1.346 mortes ocorridas na cidade do Rio de Janeiro 1.032 delas estão ligadas às mesmas causas.

A Figura 2, a seguir, mostra a renda das diferentes camadas sociais brasileiras de 1981 a 2001, evidenciando como em quase nada se alterou ao longo desse período. Vejamos, por exemplo, num extremo, a proporção da renda dos 10% mais ricos da população se mantém estável em torno de 47% da renda total, e no outro, além de verificarmos que a parcela destinada à parte mais pobre da população é de aproximadamente 13%, esta se mostra ainda com ligeira queda no período em citação.



As conseqüências dessa desigualdade em múltiplas áreas se tornam desastrosas e até mesmo insuportáveis para muitos, porém no campo da Saúde, os seus reflexos são mais visíveis. Eticamente é intolerável reconhecer que um terço dos brasileiros vive com renda aquém da capacidade de suprir suas necessidades básicas de consumo, num País, cuja renda per capita é relativamente elevada para os padrões internacionais, e que uma parcela numericamente inferior a esta (aproximadamente 10% da população), tem um padrão de vida comparável ao das camadas médias e altas dos países mais desenvolvidos do mundo.

Segundo Barros et al^{88,89}, esse quadro de desigualdade no Brasil, foi se tornando algo natural ao longo do tempo, como se fosse decorrência de um processo histórico específico ou de uma construção econômica, social e política deliberada. Assim, desse modo, a “naturalização” da desigualdade social produtora de pobreza, tem suas raízes históricas e culturais profundas ligadas à escravidão e à abolição tardia, passiva e paternalista do nosso País. Também se associa a isso, o caráter inicialmente elitista (Republica Velha) e, depois, corporativista (era Vargas) de parte considerável do período republicano, ainda fortemente presente em nossos dias.

Ainda segundo análise desses autores por esse quadro social é possível dizer que a desigualdade brasileira demonstra indícios de um acordo social excludente, por meio do qual a elite dirigente, por muitas décadas não reconheceu a cidadania para todos, ou se a reconheceu, o fez como distinta da cidadania dos excluídos. Em face disso, ainda hoje, também são distintos os direitos, as oportunidades e os horizontes, e talvez, a isso se deva o fato de tantas mudanças terem ocorrido no Brasil, enquanto a desigualdade social, vista sob o indicador distribuição de renda, permanecer quase inalterado há mais de duas décadas.

O propósito de abordar a desigualdade social no Brasil e sua relação com a Saúde tem como finalidade ajudar a introduzir e promover, entre nós trabalhadores dessa área, elementos e conteúdos para debates sobre essa temática, e também fomentar nossa participação nos movimentos e mecanismos de mobilização social com vistas ao diálogo com os governos na busca de soluções.

Recente estudo divulgado pela Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL)⁹⁰ revela que em 1999 cerca de 76 milhões de latino-americanos viviam com menos de U\$1,00 por dia e outros 175 milhões viviam com menos de U\$2,00 diários. Isto significa dizer que 43,8% da população da Região, naquele ano, se encontravam em situação de pobreza, e 18,5% dela, abaixo da linha da pobreza. No Brasil, 29,9% dos lares viviam abaixo da linha da pobreza em 1999, o que corresponde a 38,5% da população, segundo menciona o estudo⁹⁰.

Ainda na tentativa de contextualizar a realidade social, na qual os profissionais das Equipes de Saúde da Família estão inseridos, o Quadro 2 a seguir, ilustra com objetividade e clareza a distribuição da pobreza em nosso País, por região, no qual fica evidenciada sua maior concentração no Nordeste, com destaque o Estado da Bahia.

Quadro 2 – Pobreza por Unidade da Federação - 2001

Regiões / Unidades	Número de pobres (em milhões)	Porcentagem de pobres	Distribuição dos pobres (%)
Brasil	54,12	32,8	100
Norte			
Rondônia	0,30	32,4	0,5
Acre	0,14	37,7	0,3
Amazonas	0,91	42,0	1,7
Roraima	0,09	33,3	0,2
Pará	1,82	42,6	3,4
Amapá	0,09	20,8	0,2
Tocantins	0,53	45,2	1,0
Nordeste			
Maranhão	3,46	60,4	6,4
Piauí	1,62	57,7	3,0
Ceará	4,16	56,3	7,7
Rio Grande do Norte	1,37	48,7	2,5
Paraíba	2,01	58,3	3,7
Pernambuco	4,09	52,3	7,6
Alagoas	1,74	60,9	3,2
Sergipe	0,89	50,1	1,6
Bahia	7,01	55,1	12,9
Sudeste			
Minas Gerais	5,69	32,0	10,5
Espírito Santo	1,10	35,7	2,0
Rio de Janeiro	2,71	19,4	5,0
São Paulo	5,76	15,8	10,6
Sul			
Paraná	2,42	25,3	4,5
Santa Catarina	0,77	14,3	1,4
Rio Grande do Sul	2,17	21,3	4,0
Centro-Oeste			
Mato Grosso do Sul	0,58	27,5	1,1
Mato Grosso	0,75	29,5	1,4
Goiás	0,50	29,8	2,8
Distrito Federal	0,45	21,7	0,8

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - 2001.

Algo também essencial, no âmbito de uma abordagem que considera a desigualdade social elemento central de políticas públicas comprometidas em promover equidade são as variáveis etnia e gênero. Os indicadores sociais da desigualdade racial e de gênero, também se mostram contundentes na realidade brasileira. A reflexão sobre tais aspectos expõe os limites e as limitações das políticas de cunho universalista, numa conjuntura de forte iniquidade social, a qual impõe a uma expressiva parcela da população: falta de acesso à educação, à saúde, à habitação, à segurança, entre outros, todos direitos que conformam a construção da cidadania. A representação da pobreza

brasileira distribuída segundo as categorias idade, gênero e raça pode ser vista no Quadro 3 a seguir.

Quadro 3 – Pobreza segundo Idade, Gênero e Raça (em milhões)

Faixa de Idades	Mulheres		Homens		Total
	Brancas	Negras	Brancos	Negros	
Indigentes					
0 a 6 anos	0,91	1,85	0,93	1,87	5,86
7 a 14 anos	0,87	2,04	0,88	2,09	5,88
15 a 24 anos	0,65	1,56	0,55	1,50	4,26
25 a 59 anos	1,33	2,81	1,22	2,55	7,90
60 anos e mais	0,06	0,12	0,07	0,16	0,42
Total	3,82	8,38	3,65	8,18	24,02
Pobres					
0 a 6 anos	2,16	3,39	2,18	3,46	11,19
7 a 14 anos	2,13	4,00	2,08	4,17	12,38
15 a 24 anos	1,88	3,59	1,56	3,55	10,59
25 a 59 anos	3,81	6,44	3,33	5,84	19,41
60 anos e mais	0,33	0,56	0,33	0,53	1,75
Total	10,31	17,99	9,47	17,56	55,32

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2001. Notas: 1) para esses cálculos, utilizou-se a renda domiciliar per capita com ajustes para as rendas de transferência de aluguel imputado, e 2) a linha de pobreza utilizada foi construída pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) com base na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF).

Com base nos dados acima se pode dizer que o perfil da população brasileira mostra duas sociedades justapostas: uma moderna e avançada e outra, tradicional e atrasada. Ambas, conflitivas, e guardam entre si, a superposição de uma parte que incorporou o efeito-demonstração dos Países capitalistas de centro e, de outro lado, dependente da primeira, outra parte que segue vivendo o seu drama de cruel exclusão social. A um só tempo, é possível constatar na sociedade brasileira extremos de concentração de renda e riqueza e de pobreza, ambos quase crônicos. Um jogo de dominação que reflete o estágio do nosso desenvolvimento social marcado por avanços e atrasos, tais como muitos paradoxos da pós-modernidade contemporânea.

A variável chave para alcance de quedas consistentes na Taxa de Mortalidade Infantil, em todos os Países, é a educação. Graças a ela, as mulheres uma vez escolarizadas, tanto buscam mais os serviços de saúde, como oferecem cuidados mais qualificados para seus filhos. No Brasil, a Região Nordeste apresenta níveis elevados de analfabetismo, mais de 35% das mulheres entre 15 e 49 anos, são analfabetas funcionais (têm menos de três anos de escolaridade) enquanto, no Sudeste, esta cifra situa-se em

torno de 15%, outra importante expressão de desigualdade no interior de nossa sociedade.

Ao analisar o Brasil pelo seu desempenho em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), criado pela Organização das Nações Unidas, em 1975, ele foi o País que mais subiu no ranking, saltou 16 posições, nesse período. Segundo Relatório divulgado em julho de 2003, o Brasil assumiu a 65ª colocação. De acordo com Peregrino et al⁸⁶ na primeira edição do IDH com o índice 0,463, o padrão de desenvolvimento do País se assemelhou ao da Nicarágua, e ficou um pouco melhor que Países pobres como Botsuana e Namíbia, ambos na África. No relatório de 2001, o índice passou a 0,777, um pouco menor que o índice russo, o qual alcançou 0,779, e superior ao da Venezuela com 0,775 e ao da China com 0,721⁸⁶.

Os fatores que mais contribuíram para melhoria do IDH no Brasil⁸⁶ foram a longevidade, a educação e a redução das Taxas de Morte Materna e de Morte Infantil. Desde 1975, a expectativa de vida do brasileiro aumentou 8 anos, passando de 59,5 anos em média para 67,8 anos. No que se refere à Educação, entre 1990 e 2001, a taxa de matrícula no Ensino Fundamental, para crianças de 7 a 14 anos, saltou de 86% para 97% e a de alfabetização de adultos, pessoas com 15 anos ou mais, subiu de 82% para 87,3%, uma cifra ainda considerada baixa.

Outro aspecto relevante a ser destacado, nesse contexto, diz respeito aos serviços de saúde. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 1996) mais de 17% dos nascimentos no Nordeste ocorreu fora da rede hospitalar, enquanto no Sudeste esse percentual é inferior a 3%. Da mesma forma, enquanto mais de 93% dos nascimentos no Sudeste tiveram acompanhamento pré-natal, no Nordeste, esta proporção foi de 65%.

O sistema público de esgoto sanitário, pela Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD,96) apontou que este era privilégio de pouco mais da metade da população nordestina, ou seja, apenas 54,8% dos domicílios dispunham deste serviço, enquanto 16% não tinham abastecimento adequado de água. Já no Sudeste, estas proporções chegavam, respectivamente, a cerca de 80% e 8%. É importante salientar que este quadro já foi bem pior para o Nordeste e que segundo^{63,75} alguns estudiosos, o mesmo melhorou substancialmente durante os anos 80, sobretudo, depois da implantação do (PACS) Programa de Agentes Comunitários de Saúde

As ações de Atenção Básica, designadas Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), atualmente designado Estratégia Saúde da

Família, integram um amplo conjunto de reformas do setor saúde que se instalou em vários países do mundo todo, nos últimos anos, com aspectos próprios em cada um deles. Se por um lado, ainda não se verifica maior redução das Taxas de Mortalidade Materna e Infantil, trazendo esses índices a patamares de Países desenvolvidos, por outro, é possível destacar que estes processos reformistas têm permitido constatar: a) mudanças demográficas e epidemiológicas, b) que a falta de acesso aos serviços básicos de saúde é importante expressão de iniquidade, e c) que os recursos são ainda mais insuficientes, no âmbito de sistemas de atenção segmentados, entre outros^{63,64}.

Em 2005, o Ministério da Saúde⁶⁷ em parceria com a Universidade de Nova York realizou um estudo para avaliar o Impacto do Programa Saúde da Família na Mortalidade Infantil no Brasil, no período de 1990 a 2002.

O referido estudo⁶⁷ analisou um conjunto de dados e para fazê-lo adotou um instrumento estatístico desenvolvido por técnicos do próprio Ministério, capaz de distinguir o peso de um grupo de fatores sobre a redução da Mortalidade Infantil. Os referidos grupos de fatores foram: 1) acesso aos serviços de saúde, o PSF e leitos hospitalares, 2) acesso à educação (alfabetização das mulheres), 3) acesso às condições socioeconômicas, e 4) acesso a saneamento básico (água tratada).

Os dados da investigação mostraram que 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, que a Taxa de Mortalidade Infantil caiu de 49,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos para 28,91 óbitos, uma redução de 42%. Ao desagregar duas das causas mais comuns de morte de crianças com menos de um ano, as diarreias e as infecções respiratórias agudas, as ações das Equipes do Programa Saúde da Família exerceram forte impacto sobre as mesmas graças ao acesso sistemático ao atendimento básico de saúde que expressiva parcela da população passou a ter.

Quanto ao acesso à água, de acordo com os resultados obtidos o quadro de mortalidade infantil permaneceu praticamente inalterado nas Regiões mais desenvolvidas do País, o Sul, o Sudeste e o Centro-Oeste, enquanto nas Regiões Norte e Nordeste o acesso à água teve peso significativo.

A variável acesso a leitos hospitalares, no âmbito da qual é possível examinar os componentes mais complexos da Mortalidade Infantil, como por exemplo, assistência ao parto e puerpério, ficou evidenciado a disparidade de desenvolvimento econômico-social entre as duas Regiões. O acesso a leitos hospitalares na Região Sul praticamente não interfere na Taxa de Mortalidade Infantil, mas tem peso importante na Região Norte do

País. Em todas as Regiões, o analfabetismo feminino é o principal fator que impede a queda da Mortalidade Infantil.

Os principais resultados da Investigação mostraram que para cada 10% de aumento na cobertura de assistência populacional proporcionada pelo PSF, isso proporcionou uma redução média de 4,6% na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI). No caso do abastecimento de água, a expansão da cobertura em 10% proporcionou 3% na queda TMI. Já a ampliação do acesso a leitos hospitalares em 10%, reduziu a Mortalidade em apenas 1,4%, enquanto a ampliação de 10% de acesso das mulheres à Educação (alfabetização e aumento dos anos de estudo) significou uma queda de 16,8% na Taxa de Mortalidade, em menores de um ano de idade⁶⁷.

A propósito de finalizar esse tópico Desigualdades na América Latina e Brasil, alguns aspectos conceituais a serem abordados mais amplamente no capítulo Referencial Teórico, serão antecipados para fundamentar a Justificativa apresentada a seguir.

1.3 JUSTIFICATIVA

Seja pela necessidade de sobrevivência, seja pela força com a qual o paradigma da ciência moderna atravessou todas as áreas do conhecimento e da atuação humana, nos últimos séculos, em especial o século XX, a área do cuidado em saúde, marcadamente revestida de uma aura técnica, acaba por impedir que enxerguemos nossa parcela de responsabilidade no enfrentamento das desigualdades sociais.

A despeito de afirmarmos e definirmos, comumente, as profissões no campo da saúde, como práticas sociais, no fundo, as tomamos como ferramentas de intervenção, muitas vezes, “descoladas” do contexto social onde as mesmas se inserem e processam seus efeitos. Mais que isso até, se quer, não raras vezes, somos incapazes de perceber a influência do contexto social sobre as mesmas e, ao mesmo tempo, o quanto e como ele é por elas influenciado.

Em grande medida, essa cultura profissional resulta, sem dúvida em parte, do pensamento cartesiano, rico em associações biunívocas, por meio do qual, apenas vemos, à cada efeito, corresponder uma causa e vice-versa. É corrente também, entre os trabalhadores da saúde, a prática de uma leitura superficial sobre a realidade, ou quando fazemos esta análise, raras vezes a submetemos ao enfoque da epidemiologia, e assim, em boa medida as propostas de intervenção acabam sendo tão frágil, quanto o diagnóstico elaborado.

Nesse início do século XXI, em plena sociedade da informação, da comunicação e do conhecimento, onde são evidentes os sinais da transição paradigmática epistemológico-societal da ciência moderna, conforme assegura Santos⁸, estamos diante do dilema: o que fazer e como fazer para superar esse pensamento, ainda hegemônico, que não alcança a dinâmica da realidade, e que não consegue identificar e resolver os problemas que a própria realidade produz em face à pujança e a velocidade, com as quais os mesmos se apresentam?

É nesse contexto inquisitivo, marcado pela incipiência da nossa capacidade de realizar conectividades entre as múltiplas dimensões que conformam a sociedade contemporânea, sobretudo, para nós trabalhadores da saúde, a da inter-relação biológico-social, que busco ressaltar a imprescindibilidade da tarefa de qualificação dos sujeitos históricos do SUS. Uma ação estratégica para quem tem nas mãos a responsabilidade de exercer uma docência de maneira comprometida com a transformação do quadro de desigualdades no campo da assistência em saúde.

Santos¹⁰ em sua abordagem preliminar sobre o social e o político na pós-modernidade, no âmbito da obra *Pela Mão de Alice*, busca responder alguns desafios à imaginação sociológica que merecem aqui ser mencionados. Ele ressalta que está na tradição da sociologia preocupar-se com a questão social, com as desigualdades sociais, com a ordem / desordem autoritária e a opressão social, as quais parecem caminhar unidas com o desenvolvimento capitalista. Para o autor^{10 (p.17)}, "os desafios, quaisquer que sejam, nascem sempre de perplexidades produtivas", e inspirando-se em Descartes quando este propôs "exercitar a dúvida sem sofrer", ele nos convida "exercitar nossas perplexidades sem sofrer". Indica aos que se interessam por estudar as circunstâncias para melhor apreendê-las e superá-las, que iniciem pelo contexto sócio-temporal do qual emergem as referidas perplexidades.

Ainda para Santos^{10,11}, os anos 80/90 do séc. XX são emblemáticos, sob múltiplos aspectos, sobretudo, porque neste período, ocorreu o aprofundamento da crise do Estado-Providência, de modo tão intenso nos Países centrais, que isso gerou ainda mais o agravamento do quadro das desigualdades sociais e dos processos de exclusão social. Estes, por sua vez, acabaram levando alguns Países a assumir características típicas de Países periféricos. No interior destes Países periféricos, o agravamento das condições sociais foi tão brutal que fatores como: a dívida externa, a desvalorização dos produtos exportados e o decréscimo da ajuda externa levaram alguns à beira do colapso. Como exemplo, o autor cita que na década de 80 morreram de fome, na África, mais pessoas

que em todas as décadas anteriores do referido século. Sobre este quadro acerca do primeiro pilar da tradição da sociologia, Santos¹⁰ alega que alguns o festejaram ou o toleraram como a dor necessária do parto de uma ordem econômica finalmente natural e verdadeira, isto é, neoliberal. Outros, porém, o denunciaram como uma desordem selvática que necessita ser substituída por uma nova ordem econômica internacional. Com base nestas perplexidades, ele afirma que a década de oitenta é, sem dúvida, para ser esquecida, no sentido de não ser repetida.

Tomando outro pilar da tradição sociológica, a preocupação com a participação social e política dos cidadãos e grupos sociais, com o desenvolvimento comunitário e a ação coletiva, e com os movimentos sociais, Santos¹⁰ afirma que o mínimo a dizer sobre a década de 80 é que ela se reabilitou de maneira surpreendente e até mesmo, brilhante. Foi a década dos movimentos sociais e da democracia, do fim do comunismo autoritário e do *apartheid*, do fim do conflito Leste-Oeste, e de um certo abrandamento da questão nuclear.

Ao finalizar suas considerações sobre a década de 80, Santos^{10,11} declara que essas transformações que entraram de rompante e deixaram-nos perplexos, ainda fortemente presentes, são desafios que podemos traduzi-los como questões a ser respondidas. Dentre as quais, ele destaca: o que fazer? De que modo elas nos afetam? De que modo nós podemos afetá-las? Declara não ser fácil responder a nenhuma dessas questões, sobretudo, porque se trata, no fundo, de uma postura epistemológica. Uma postura que se insere na esteira da transição do paradigma da ciência moderna para um novo paradigma, o qual, por falta de uma melhor definição, ele^{8,10} o designou pós-modernidade.

Sobre a transição paradigmática e suas crises Morin^{12,13,17,20,23,24} aponta algumas saídas. Sugere, por exemplo, como fundamental a 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^{12,13,17,20,23,24}, 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, de outro, a realidade e os problemas são, cada vez, mais poli-disciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários.

Embora reconheça as limitações que me cercam para realização de uma leitura epistemológica aprofundada sobre o Programa Saúde da Família, o tempo escasso que disponho para efetuar este exercício acadêmico, e a incipiência de estudos sobre o tema, ainda assim, é num contexto de reflexão epistemológico-inquisitivo, que me propus examinar a Estratégia Saúde da Família no enfrentamento das desigualdades sociais, no campo da saúde.

No ensejo dessas considerações preliminares, ainda sem lançar mão dos estudos disponíveis sobre o tema, dentre os quais incluo a pesquisa realizada por Andrade, Varella e Peres¹, a qual dá suporte empírico às considerações e reflexões tecidas no interior dessa produção, é possível antecipar que a Estratégia Saúde da Família tem se constituído numa ação essencial ao desafio da superação das desigualdades sociais no campo da saúde no Brasil, no âmbito da Atenção Básica. As observações feitas a seguir com a finalidade de respaldo dessa afirmação são tomadas das experiências vividas, nos últimos dez anos, tanto na esfera do ensino de graduação e pós-graduação, como na esfera do serviço, ancoradas, agora, pelo pensamento de Santos⁸⁻¹¹ e Morin^{12-17,20-24} ao longo do Referencial Teórico apresentado no próximo tópico.

Para citar algumas dimensões contributivas da Estratégia Saúde da Família no enfrentamento das desigualdades basta observar, por exemplo: a ampliação do acesso ao cuidado em saúde que mais da metade da população brasileira passou a ter. Soma-se a isso, a natureza coletiva de abordagem da Estratégia e o seu caráter "intimista", fortemente presentes nas relações que se estabelecem entre os sujeitos históricos do Programa, profissionais e usuários. Ademais, no âmbito da própria organização do serviço e do processo de trabalho, a combinação trabalho da Equipe X demanda de assistência das famílias, em suas múltiplas relações intrafamiliares e comunitárias, em si e por si, também proporcionam resultados que vão além da intervenção clínica.

Numa perspectiva coadjuvante, ancorada no pensamento santista⁸⁻¹¹ e moriniano¹²⁻²⁵, atribuo às injunções sócio-ambientais sob as quais estão submetidas as famílias de um determinado território georeferenciado, uma outra dimensão contributiva da Estratégia ao mencionado enfrentamento, porque ela nos leva a assumir um outro olhar-agir político-social, que implica na articulação de saberes, disciplinas e setores da sociedade civil².

Com base nos achados da pesquisa "A prática de médicos e enfermeiros de Equipes de Saúde da Família - estudo avaliativo em municípios do Estado do Rio de Janeiro"¹, nas reflexões e conclusões produzidas no processo de elaboração da Tese

Estratégia Saúde da Família, ação essencial no enfrentamento das desigualdades sociais, espero contribuir para que a referida Estratégia seja fortalecida, aperfeiçoada e transformada em política de Estado. Uma transcendência em seu caráter de ação de Governo, etapa já cumprida em sua primeira década de implantação^{53, 63-67}, ao que me parece.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

“a questão do sujeito é, em primeiro lugar, a questão do ser humano, a questão da psique, para começar, mas é também a questão do sentido e, também, a questão da própria questão. O sujeito é essencialmente aquele que faz perguntas e que se questiona, seja no plano teórico ou no que chamamos prático”.

Cornélius Castoriadis⁹¹

Para que? Para quem? Com que propósito? Essas são algumas questões, entre muitas, sobre as quais, estudiosos, envolvidos e interessados, entre os quais me incluo, têm refletido sobre a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), no contexto da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma ação implementada pelo Ministério da Saúde (MS), nos anos 90, com objetivo claro de promover a substituição do modelo assistencial, no âmbito da Atenção Básica em Saúde, e contribuir, assim, no enfrentamento das desigualdades sociais.

Embora as questões acima nos remetam a um plano de existencialidade e identifique com àquelas sobre as quais grandes pensadores se preocupam (*quem somos, o que fazemos, para onde vamos?*), vale ressaltar que as mesmas, no contexto dessa produção, tentam, responder à indagações decorrentes da *práxis* acadêmico-assistencial compartilhada por muitos outros sujeitos históricos que participam da construção e da consolidação do SUS (Giles⁹², Boff⁹³, Russ⁹⁴).

Além das reflexões proporcionadas pela referida *práxis* busquei apoio na leitura de textos de filosofia, sociologia, educação e epistemologia. Nesta busca, encontrei nas obras de Boaventura Sousa Santos⁸⁻¹¹ e Edgard Morin¹²⁻²⁵ respostas às muitas das minhas perguntas indagações sobre a Estratégia Saúde da Família, no contexto da consolidação do SUS, por meio de transformações e reformas no modelo de assistência e de formação profissional em Saúde. Os fundamentos e os conceitos identificados nas obras em citação vieram contribuir, sobremaneira, para ampliar o entendimento sobre os obstáculos à implantação da Estratégia Saúde da Família. Soma-se também a isso, a conformação de uma base mais plausível e consistente, da qual me apropriei para formular propostas para superação dos mesmos.

Em síntese o propósito desse capítulo é apresentar alguns conceitos, pressupostos e proposições, fragmentos do pensamento dos autores supra, com os quais teci o marco referencial da Tese Estratégia Saúde da Família, uma ação essencial no enfrentamento das desigualdades sociais e dos artigos “Visita Domiciliar, espaço privilegiado para o encontro e a produção de saberes”² e “The practice of physicians and nurses in the Brazilian family health programme - evidences of change in the delivery health care model”³.

No entanto, é preciso assegurar que as considerações processadas devem ser vistas como peças de uma obra em construção, cujas respostas-reflexões alcançadas estão contingenciadas à espera de outros interessados neste estudo-diálogo-ação, na perspectiva do seu enriquecimento e aprimoramento.

Segundo Santos^{8 p. 11}, “a época que vivemos deve ser considerada de transição entre o paradigma da ciência moderna e um novo paradigma, de cuja emergência vão se acumulando os sinais, e à falta de melhor designação, chamo ciência pós-moderna”. A partir dessa premissa, o autor submete a um exame crítico as principais correntes epistemológicas sobre a ciência moderna, recorrendo a uma hermenêutica de suspeição e de recuperação, de modo a contribuir na busca de soluções para as questões que se colocam no campo epistemológico e societal. Para ele, a discussão sobre a crise da ciência tem toda acuidade na atualidade e início marcado no imediato pós-guerra mundial. Quanto à natureza da crise da ciência moderna, as posições se dividem entre os que a tomam como crise de crescimento, os que a consideram crise de degenerescência e ainda os que não aceitam distinção entre os tipos de crise e outros que se recusam falar de crise para caracterizar o tempo presente.

Santos⁸ ancorado em argumentos, respectivamente, epistemológico e sociológico, afirmou que nos encontramos numa fase de crise de degenerescência, e esta por sua vez, determina o tipo de reflexão epistemológica a ser privilegiada. Concluiu afirmando que a crise da ciência é, assim, também, a crise da epistemologia. Para o autor qualquer que seja a opção epistemológica sobre o que a ciência faz, a reflexão sobre a ciência que se faz, não se pode escapar ao círculo hermenêutico. Círculo hermenêutico significa dizer que não podemos compreender qualquer das suas partes (as diferentes disciplinas científicas) sem termos alguma compreensão de como “trabalha” o seu todo e vice-versa, e não podemos compreender a totalidade se não tivermos alguma compreensão de como “trabalham” as suas partes. Segundo Gadamer apud Santos⁸, o todo e a parte são aqui,

de algum modo, uma ilusão mecânica, pois o princípio hermenêutico é o de que a parte é tão determinada pelo todo como o todo pelas suas partes.

Recorrer ao círculo hermenêutico para compreender criticamente a ciência moderna tem uma justificação específica, uma vez que a reflexão hermenêutica visa transformar o mais distante perto, tornar o estranho familiar, favorecer a compreensão sobre o papel de cada um na construção da sociedade. Assim compreendida, a referida reflexão é essencial ao diálogo, proposto neste estudo, entre o pensamento científico e o pensamento humanístico, entre ciência e senso comum e, sobretudo, entre os sujeitos que vivenciam uma ou, uma e outra dimensão, no contexto da Proposta Saúde da Família.

A reflexão hermenêutica, segundo Santos^{8:13},

torna-se necessária para ajudar a transformar a ciência, de um objeto estranho, distante e incomensurável com a nossa vida, num objeto familiar e próximo, a qual mesmo não falando a língua de todos os dias, é capaz de nos comunicar sua validade e os seus limites, os seus objetivos e o que realiza aquém e além deles. Um objeto que, por falar, será mais adequadamente concebido numa relação eu-tu (a relação hermenêutica) do que numa relação eu-coisa (epistemológica), e que, nessa medida, se transforma num parceiro da contemplação e da transformação do mundo.

Assim, o propósito com esse exercício epistemológico-hermenêutico é que ele possa contribuir para ampliar o espectro de nosso olhar para além do campo da saúde, levando-nos a um melhor diagnóstico dos principais obstáculos que se interpõem à tarefa de implantação do Programa Saúde da Família, no contexto do desafio da reorientação do modelo assistencial brasileiro, na esfera Atenção Básica. Fomentar com o exercício também, a nossa competência para contextualizar e analisar a realidade, bem como, planejar e implementar propostas de resolução dos problemas de saúde com eficácia.

Ademais, espero ainda contribuir com o debate travado sobre PSF ser uma opção de assistência de baixo custo, a qual tem servido de distintos modos, tanto a gestores, políticos e profissionais que defendem a sua implantação, como os que a rechaçam. No caso dos primeiros, muitos se colocam de acordo porque vêem, no Programa, oportunidade para obtenção de "resultados eleitorais". Enquanto entre os últimos, também existe àqueles que resistem à implantação do Programa alegando entre as razões para sua recusa, por exemplo, o regime de plantão (24 horas semanais), uma opção de vínculo trabalhista ainda forte entre no contexto dos serviços de saúde no País, o qual dificulta sobremaneira a introdução de contrato de trabalho de 40 h semanais tal como previsto no PSF.

Passando a um outro ângulo de considerações, também de natureza hermenêutica, embora a questão do gênero não seja o principal recorte, nesse exercício, ressalto que uma grande influência sobre este deve ser atribuída aos múltiplos papéis que ocupo-no-mundo, sobretudo, o de cidadã brasileira, e o de enfermeira, gente que cuida de gente, que milita na docência do ensino superior, há mais de duas décadas. Acredito até, que tais lugares radicalizam ainda mais a compreensão e o agir que assumo em favor da vida, sobretudo, porque no campo da saúde e da educação, em nosso País, são muito evidentes as conseqüências e os efeitos das desigualdades sociais.

Ainda sobre essas duas grandes áreas do conhecimento penso ser possível atribuir tanto à educação como à saúde, ambas essencialmente femininas, um outro aspecto importante: o de se constituírem práticas contra-hegemônicas, no contexto da sociedade contemporânea. Práticas proporcionadoras de olhares sobre a realidade de fora para dentro, e da periferia para o centro, os quais têm representado o pensamento da diferença, da singularidade e da resistência à lógica da individualidade, da indiferença, da competição, da força física, aspectos que marcam o atual estágio do desenvolvimento humano. Em síntese, a educação e a saúde conformam um conjunto de olhares e ações pedagógicos, situado no campo das teorias críticas da Educação e faz com que a relação ensinar-aprender-cuidar ou cuidar-ensinar-aprender, que se efetua no cotidiano da saúde, encontre acolhida no pensamento de Freire^{95:38} quando este afirma:

a grande tarefa do sujeito que pensa certo não é transferir, depositar, oferecer, doar ao outro, tomado como paciente do seu pensar, a inteligibilidade das coisas, dos fatos e dos conceitos. A tarefa coerente do educador que pensa certo, é exercendo como ser humano a irrecusável prática de entender, desafiar o educando com quem se comunica, produzir sua compreensão do que vem sendo comunicado. O pensar certo por isso é dialógico e não polêmico.

Antes de prosseguir com as considerações sobre o pensamento de Morin^{12,13,16-18,23,24} e Santos⁸⁻¹¹, vale ressaltar que busquei combinar inteireza das idéias dos autores com o rigor acadêmico que se exige de uma produção científica. Tratei a relação sujeito-objeto, tão cara ao método científico, com vigilância metodológica, porém, me permiti um pouco de liberdade no decorrer do processo de análise, reflexão e conclusões sobre o Programa Saúde da Família - PSF, talvez porque o tenha compreendido dotado de pontos de partida e de chegada privilegiados para a "religação" de saberes, sob enfoque genuinamente moriniano^{16,17,20,23} e também propício ao "diálogo" da ciência com o senso comum, proposto por Santos^{8,9}. Ademais, a referida liberdade de expressão ancora-se ainda, na postura acadêmico-epistemológica destes pensadores, os quais consideram

que a superação da crise paradigmática, na qual vivemos, passa pelo investimento em nossa capacidade cognitiva. Sobretudo, no que se refere às dimensões da criatividade e da ampliação do foco de leitura sobre o mundo, os fatos, os fenômenos e as relações que destes decorrem.

Em síntese, Morin^{13-15,17,20,23-24} e Santos, no âmbito das obras mencionadas defendem, respectivamente, que a superação da referida crise passa por uma reforma do pensamento, e pela instauração de uma relação dialógica entre ciência e senso comum. Para ambos, neste sistema-mundial-global-local contemporâneo, no qual o capitalismo se encontra no auge do seu desenvolvimento, alguns valores estão subdimensionados, enquanto outros equivocados, como exemplos destes últimos, o mercado e o lucro que se estabelecem como prioridades. Nesse contexto, a saúde das pessoas se torna, essencialmente, objeto de recuperação da força de trabalho, e os planos privados de saúde ganham força passando a ser "consumidos" como um serviço de assistência de qualidade e até mesmo de acesso.

Diante desses desencontros, é preciso re-conceituar e re-colocar muitas coisas em outros lugares, a começar pela vida que precisa ser deslocada da periferia, onde se encontra, para a posição principal, tal como, por exemplo, a que o sol assume no sistema solar. Em torno da vida tudo deve orbitar, nesse construto ela é o imperativo categórico. É a verdade ética sobre a qual, nada, nem ninguém podem transigir. Espera-se que desta, por esta e para esta engrenagem que sejam produzidos novos e necessários saberes. Porém, como isso não é tautológico, e nem as ações para o seu alcance se desenvolvem de maneira espontânea, ou por decretos governamentais é necessário que todos os atores sociais que assim compreende, atue a partir do lugar onde se encontra. Por certo, esta é uma das razões pelas quais, escolhi proceder meus Estudos de Doutorado sobre *Saúde da Família*, sobretudo, porque esta Estratégia tem buscado promover uma genuína consciência ética em defesa da vida, e de rejeição radical a toda e qualquer expressão de violência à mesma.

Em Platão, o ético e o científico, caminham definitivamente juntos, à medida que ele identifica o bem ao conhecimento, conforme afirma Russel⁹⁶. No entanto diríamos que, na atualidade, essa concepção romântica é impedida de plenitude em face do estágio de barbárie que ainda se encontram as relações sociais. Sobretudo, temos visto com frequência, sob justificção da necessidade de sobrevivência econômica, da volúpia e da insaciabilidade de poder, esta associação ético-científica ser rompida e o conhecimento, o bem, ser colocado a serviço do mal. Exemplo atual dessa situação é o uso do urânio,

elemento químico abundante, encontrado na natureza, o qual graças ao “enriquecimento” de suas propriedades pela ciência, é capaz de produzir, ao mesmo tempo, efeitos gloriosos e demoníacos. Efeitos de vida e de morte. Para alcance dos primeiros, com comprovada eficácia, ele tem sido cada vez mais utilizado no diagnóstico e tratamento de doenças e, para alcance dos segundos, empregado na confecção de bombas e artefatos nucleares, os quais em poucos segundos, promovem avassaladora destruição da raça humana e da vida cósmica. Portanto, não é trivial, colocar e re-colocar com ênfase, que o cânone supremo de todo pensar-agir epistemológico e social dever ser a vida. Um dever do qual ninguém está isento de cumprir, em qualquer circunstância.

Na obra *A crítica da razão indolente – contra o desperdício da experiência*, Santos⁹ questiona, já na Introdução da mesma, por que é tão difícil construir uma teoria crítica? Ao responder seu próprio questionamento, denota que a primazia desta dificuldade reside no fato de que a despeito de vivermos uma época em que há muito para criticar, produzir uma teoria crítica se tornou tão difícil porque a realidade, qualquer que seja o modo como é concebida, ela é considerada pela teoria crítica um campo de possibilidades, enquanto a tarefa da teoria consiste precisamente em definir e avaliar a natureza e o âmbito das alternativas ao que está empiricamente dado. A análise crítica do que existe, se assenta, no pressuposto de que a existência não esgota possibilidades da existência, e que, portanto, há alternativas susceptíveis de superar o que é criticável no que existe. No contexto desta concepção, o autor ^{9:23} afirma que o “desconforto e o inconformismo ou indignação perante o que existe suscita impulso para teorizar sua superação”.

Ao considerar que o modelo de racionalidade científica atravessa uma crise profunda e irreversível, Santos⁸ ressalta que o início da mesma foi demarcado mais precisamente com Einstein e a física quântica, porém, não arrisca uma data precisa para o seu fim. Acrescenta ainda, que a referida crise é o resultado interativo de uma pluralidade de condições, dentre as quais se distingue as sociais e teóricas, e sobre estas últimas, ele as aborda com mais ênfase. Para o autor o primeiro rombo no paradigma da ciência moderna foi estabelecido por Einstein, quando este demonstrou em sua tese que a simultaneidade de acontecimentos não pode ser verificada, pode tão somente ser definida, o que acabou por revolucionar nossas concepções de espaço e tempo - astrofísica -, até então ancoradas nas leis de Newton.

Já a segunda condição teórica da crise do paradigma dominante ocorreu no domínio da microfísica quando Heisenberg e Bohr demonstraram que não é possível observar ou medir um objeto sem interferir nele, sem o alterar, e a tal ponto que o objeto

que sai de um processo de medição não é o mesmo que lá entrou. Prossegue ele dizendo que o princípio da incerteza de Heisenberg enseja desse modo, a idéia de que não conhecemos do real, senão a nossa intervenção nele, o que acaba por ser um princípio de demonstração da interferência estrutural do sujeito no objeto observado com implicações de vulto. Por um lado, isso quer dizer que sendo estruturalmente limitado o rigor do nosso conhecimento, só podemos ver aspirar a resultados aproximados (por isso as leis da física são tão só probabilidades) e por outro, a hipótese do determinismo mecanicista é inviabilizada uma vez que a totalidade do real não se reduz à soma das partes em que dividimos para observar e medir. Por tudo isso, a distinção sujeito-objeto é muito mais complexa do que a primeira vista parece e a distinção acaba perdendo os seus contornos dicotômicos e assumindo a forma de um continuum. Ainda nesse ponto, ele afirma que o rigor da medição posta em causa pela mecânica quântica será ainda mais profundamente abalado se for questionado o rigor do veículo formal em que medição é expressa, ou seja, o rigor da matemática.

Nesse ensejo de considerações sobre modelo de racionalidade científica, vale destacar as definições de Regner⁹⁷ e Luz⁹⁸ sobre a mesma. Respectivamente, a primeira é de modo geral e a segunda voltada para o campo da saúde. Para Regner^{97:293} "tradicionalmente, o termo racionalidade é associado à nossa capacidade de discernir propriedades, estabelecer relações e construir argumentos para apresentar e defender nossas crenças, exibindo uma dupla e mutuamente relacionada dimensão". Segundo Luz^{98:6}, "racionalidade médica é todo construto lógica e empiricamente estruturado com as seguintes dimensões: morfologia, dinâmica vital doutrina médica, sistema de diagnose e sistema de intervenção terapêutica".

Para facilitar a compreensão do diálogo que estabeleci entre Santos⁸⁻¹¹ e Morin^{12,13,16,17,20,23,24}, introduzi breves considerações sobre as condições de produção e de apropriação do conhecimento científico, abordadas ainda que sumariamente, porém de modo um pouco mais detido, sobre a questão da epistemologia e da hermenêutica. Julgo que isso possa, de alguma maneira, ajudar no reconhecimento do arquétipo e dos corolários desse conhecimento, e ao mesmo tempo, abrir espaços para compreensão de diálogos entre a ciência e os outros saberes que se processam no nosso cotidiano.

Segundo Piaget, apud Santos⁸, a epistemologia tende a ganhar importância nas épocas de crise. Essa assertiva, assim como outras, tem um que de paradoxal se lembrarmos que a epistemologia moderna tem sua origem na filosofia do séc. XVII e seu ponto alto foi no fim do século XIX, momento de consolidação da sociedade industrial e de

desenvolvimento espetacular da ciência e da técnica. Com isso, o referido autor⁸ salienta que a consciência epistemológica foi arrogante durante esse período, e o seu primeiro ato imperialista foi "apear" a prima filosofia do lugar central que ela ocupava desde Aristóteles no pensamento ocidental, substituindo-a pela filosofia da ciência. Daí, ele falar em tipos distintos de crise e as denominou de crescimento e de degenerescência, sobre as quais, ainda que de modo breve, é importante registrar aqui.

Sobre a crise de crescimento, no dizer do autor⁸, usando a expressão de Kuhn, ela se situa no nível da matriz disciplinar de um dado ramo da ciência e ocorre quando se revelam insatisfações diante dos métodos, dos conceitos básicos até então usados sem contestação na disciplina. É uma insatisfação decorrente da existência, ainda que pressentida, de alternativas viáveis. Nesse tipo de crise, a reflexão epistemológica é a consciência teórica da pujança da disciplina em mutação e, por isso, ela é enviesada ao afirmar e dramatizar a autonomia do conhecimento científico em relação às demais formas e práticas do conhecimento.

Já a crise de degenerescência equivale dizer que é uma crise de paradigma, uma crise que atravessa todas as disciplinas, ainda que de modo desigual e num nível mais profundo. Portanto, nesse tipo de crise, o que está no cerne é a leitura da realidade, é a compreensão e a visão de mundo, não se trata somente de insatisfação com os métodos que a proporciona. Nessa crise, de ocorrência mais rara, a reflexão epistemológica é a consciência teórica da precariedade das construções fundadas no paradigma em crise e, por isso, tende a ser enviesada no sentido de considerar o conhecimento científico uma prática de saber como outras, e não necessariamente a melhor. Nestes termos, a crítica epistemológica elaborada nos períodos de crises de degenerescência não deixa de ser também uma crítica da epistemologia elaborada nos períodos de crises de crescimento.

Na perspectiva de facilitar um pouco mais a compreensão sobre a crise da ciência, de crescimento e de degenerescência, vale definir epistemologia e hermenêutica, ainda que também de maneira simples e objetiva. De acordo com a definição de Abbagnano⁹⁹ contida no Dicionário de Filosofia da Editora Mestre Jou, epistemologia é a teoria do conhecimento, e em italiano, ela é chamada também gnosiologia ou, mais raramente, epistemologia. Hermenêutica é qualquer técnica de interpretação, uma palavra freqüentemente usada para indicar a técnica de interpretação bíblica.

Santos⁸ ao discorrer sobre essa temática diz que a despeito do uso freqüente de expressões como "reflexão epistemológica", "crítica epistemológica" é produtivo antes buscar responder a pergunta: o que é epistemologia? Deste modo, algumas definições,

entre outras, são citadas por ele próprio: Piaget, apud Santos^{8:19}, afirma que a epistemologia é o "estudo da constituição dos conhecimentos válidos, em que o termo constituição abrange tanto as condições de acesso como as condições propriamente constitutivas", acrescentando em seguida numa genética, que é o "estudo da passagem dos estados de menos conhecimento para os estados de mais conhecimento"; em Richard Rorty, apud Santos^{8:20}, a epistemologia é:

a filosofia das representações privilegiadas, a teoria do conhecimento saturada pelo desejo de encontrar os fundamentos a que nos possamos agarrar, quadros de referência para além dos quais não podemos ir, objetos que se impõem por si, representações que não podem ser negadas.

Com base nestas definições, Santos^{8:20} afirma que a epistemologia é "uma disciplina, tema, ou perspectiva de reflexão cujo estatuto é duvidoso, quer em função do seu objeto, quer em função do seu lugar específico nos saberes". Quanto ao objeto, ele diz que a discrepância é entre os que pretendem estudar, na epistemologia, a normatividade pura e os critérios formais da cientificidade e os que, ao invés, pretendem estudar nela a faticidade da prática à luz das condições em que ela tem lugar.

No que se refere ao lugar específico da epistemologia nos saberes teóricos, grosso modo, algumas posições ficam mais evidenciadas para Santos⁸: os que a colocam na esteira do positivismo tomando-a como ciência da ciência, os que, em contra-ponto ao positivismo e em fidelidade à história das idéias filosóficas, a inserem no âmbito da filosofia, ou pelo menos, em íntima ligação com esta, e outros que concebem a epistemologia como uma reflexão heterogênea, envolvendo a história e a sociologia da ciência, cujo estatuto teórico não discutem. Assim, Santos⁸ ilustra esta variedade de posições, alegando que isso muitas vezes reflete ambigüidade até para um mesmo autor, e cita como emblemático, o caso de Piaget. Ele afirma que Piaget depois de reconhecer que durante muito tempo a epistemologia foi um ramo, um ramo essencial, da filosofia, passou a ver que há uma tendência para a separação entre filosofia e epistemologia, alegando que esta última é muito mais interior à própria ciência, para o que tem contribuído o fato de cada vez, surgir um maior número de cientistas a se dedicar à reflexão epistemológica. Neste contexto, se fala de epistemologias científicas em duas acepções distintas. Para Piaget, apud Santos^{8 p. 21-22}, epistemologias científicas são todas aquelas que têm por objeto exclusivo o conhecimento científico, e entre elas inclui tanto a "epistemologia interior às ciências como a filosofia das ciências". Nessas últimas, a propósito, Piaget, apud Santos⁸ cita, entre outros nomes da epistemologia francesa, o de

Bachelard alegando que sua obra simboliza a união necessária da filosofia com as ciências.

A reflexão sobre os fundamentos, a validade e os limites do conhecimento científico transformou-se num dos ramos essenciais da filosofia, a partir do século XVII, e segundo Santos⁸, a época moderna pode ser definida pela emergência de uma nova concepção de ciência e de método, para a qual Locke e Descartes constituem a consciência filosófica desta nova situação. Desde então, a filosofia procura legitimar-se (defensivamente) perante a ciência, e com Kant a distinção entre a filosofia e a ciência, portanto, a epistemologia, passa a ter um lugar mais central do que nunca na reflexão filosófica. Para Gadamer, apud Santos⁸, os dois últimos séculos constituem uma densa sucessão de esforços para reconciliar a herança da metafísica com o espírito da ciência moderna. Reconciliação que é também confrontação, e para citar apenas dois casos de extremos, tem-se Hegel como expressão em favor da metafísica e o Círculo de Viena em favor da ciência. No contexto deste Círculo, a teoria da ciência é o único sentido legítimo da filosofia, no qual esta só se justifica enquanto justificação das ciências positivas. Em síntese, Santos⁸ afirma que o apogeu da dogmatização da ciência, a ciência como aparelho privilegiado da representação do mundo, se deu com o positivismo lógico. Porém, esta dogmatização da ciência é confrontada tanto pela proposta considerada fracassada de Husserl de fundar uma epistemologia transcendental, como pela declaração da morte da filosofia (da metafísica) de Schopenhauer e Nietzsche⁸.

Ainda sobre epistemologia, no contexto do pensamento de Santos⁸, vale mencionar que para o autor, o apogeu da dogmatização da ciência significa também o início do seu declínio, e isto não cessa de se ampliar e se aprofundar até nossos dias. À guisa de exemplificar essa situação ele destaca três principais vertentes: a do próprio Círculo de Viena, a da reflexão sobre a prática científica e a da reflexão filosófica. É no contexto deste movimento de desdogmatização da ciência que o autor insere sua concepção de ciência pós-moderna, e declara que de um ponto de vista sociológico, o discurso científico é hoje, em face do cidadão comum, um discurso anormal no seu todo, e por isso só será socialmente compreensível, se perante ele, adotarmos uma atitude hermenêutica. Portanto, submeter à epistemologia a uma reflexão hermenêutica significa atribuir-lhe o valor de um sinal que se analisa segundo a sua pragmática e não segundo a sua sintaxe ou semântica (como seria o caso da reflexão epistemológica sobre a epistemologia)⁸. No ensejo de sua análise sobre a agudização da crise do paradigma da ciência moderna, o autor acredita que esta ao transformar a natureza de um problema

epistemológico de um registro causal num registro final, acaba permitindo enfrentar, sem mistificações a avaliação das conseqüências sociais da ciência. Ao fazê-lo, deste modo, a reflexão epistemológica passa a incidir sobre os utilizadores (destinatários, sujeitos ou vítimas das conseqüências) do discurso científico. E dado que as conseqüências deixam de ser o que está para além da ciência para passar a ser o que está para além da ciência, o universo dos utilizadores, constituído tanto pelos cientistas como pelos cidadãos, e a reflexão epistemológica, destinam-se a aumentar a competência lingüística de ambos os grupos de utilizadores, a despeito das diferenças estruturais de comunicação entre eles. Assim concebida, a reflexão converte-se numa epistemologia pragmática, ou numa pragmática epistemológica. E é, neste sentido, que ela é acolhida no círculo hermenêutico: a hermenêutica como a pedagogia da construção de uma epistemologia pragmática⁸.

Ainda, segundo o autor, sendo esse o sentido da evolução do pensamento epistemológico, a verdade é que a reflexão hermenêutica incide numa epistemologia cuja consciência pragmática ainda está por desenvolver, daí que se tenha de procurar um equilíbrio entre uma hermenêutica de recuperação e uma hermenêutica de suspeição, aplicando ambas tanto ao conhecimento científico como à epistemologia que dele pretende dar conta. O princípio geral do programa hermenêutico é que, nas atuais circunstâncias, o objetivo existencial da ciência está fora dela. Esse objetivo é democratizar e aprofundar a sabedoria prática, a *phronesis* (prudência) aristotélica, o hábito de decidir bem. Este objetivo tem que ser interiorizado pela prática científica, e a reflexão hermenêutica visa contribuir para esta interiorização⁸.

A hermenêutica crítica, de acordo com Santos⁸, tem que começar por analisar a ciência que se faz para que seja compreensível e eficaz a crítica da ciência que se faz, do mesmo modo que uma teoria crítica tem de começar por analisar a sociedade que existe para que seja compreensível e eficaz a crítica da sociedade que existe.

Para Cupani⁰, a nossa época parece constituir a ciência como o paradigma do conhecimento válido, e essa pretensão é consagrada por certa epistemologia geralmente aceita como satisfatório pelos cientistas, especialmente no campo das ciências naturais, e conhecida como epistemologia positivista. Ele tenta, no entanto, em suas reflexões, mostrar que não é possível um conhecimento filosófico da realidade que seja diferente do conhecimento científico, apenas igualmente admissível. Complementa dizendo que as teorias filosóficas, quando elaboradas fora dos cânones científicos, carecem em geral, de valor cognitivo, representando, quando mais, antecipações rudimentares de futuras

formulações científicas e a filosofia, como atividade respeitável, devem limitar-se a ser reflexão sobre a mesma ciência ou análise da linguagem.

Por certo essas considerações de Cupani⁰ ajudam compreender melhor a relação entre filosofia e outros saberes sejam eles científicos, religiosos, políticos ou outros, sobretudo, por parecer que o exercício filosófico anterior à irrupção e ao desenvolvimento da ciência era muito diferente de hoje. Tinha mesmo que ser, afinal, o paradigma dos filósofos clássicos era o metafísico-teológico de natureza, dinâmica e racionalidade distintas e diferenciadas. A visão positivista da ciência, ainda forte e arraigada em nosso pensamento, tem sido questionada por diversas correntes epistemológicas, desde o século passado se estendendo aos nossos dias. Dentre essas correntes, apoiada no pensamento de Santos⁸ e de Cupani⁰, cito o entendimento de Bachelard sobre a objetividade-subjetividade na ciência de modo também a justificar a decisão de assumir “liberdade metodológica” em relação ao meu objeto de estudo, o Programa Saúde da Família. Para Bachelard rejeitar uma imagem empirista que envolve subjetividade acaba por gerar uma imagem idealista da ciência. Ainda pela leitura de Cupani⁰, é possível notar nas obras bachelardianas que o autor busca identificar, continuamente, o conhecimento científico com o conhecimento autêntico da realidade.

No ensejo do pensamento bachelardiano, em especial, no aspecto no qual ele afirma que “a ciência se opõe absolutamente à opinião”, Santos^{8:31} afirma que em ciência, nada é dado, tudo se constrói. Acrescentando, o autor alega o “senso comum”, o “conhecimento vulgar”, a “sociologia espontânea”, a “experiência imediata”, tudo isto são opiniões, formas de conhecimento falso com o qual é preciso romper para que se torne possível o conhecimento científico, racional e válido. Assim para o autor, a ciência se constrói contra o senso comum, e para isto dispõe de três atos epistemológicos fundamentais. A saber, são eles: a ruptura, a construção e a constatação.

O senso comum é um “conhecimento” que pensa o que existe tal como existe, e cuja função é reconciliar a consciência comum consigo mesma. É, pois, um pensamento necessariamente conservador e fixista. Para ele, a ciência para se constituir, tem que romper com essas evidências e com o código de leitura do real que elas constituem. Em síntese, a ciência recusando e contestando o mundo dos objetos do senso comum (ou da ideologia), tem que constituir um novo universo conceitual, ou seja, todo um corpo de novos objetos e de novas relações entre objetos, todo um sistema de novos conceitos e relações entre conceitos (Bachelard apud Santos)⁸.

Para uma ruptura epistemológica, em ciências sociais, dois princípios devem ser obedecidos, o da não consciência e o do primado das relações sociais, ambos mais fáceis de formular do que de cumprir. A dificuldade está na pertinácia dos obstáculos epistemológicos, os quais podem ser superados por meio de uma acurada e permanente vigilância epistemológica. Assim, para Santos⁸, o abandono dos conhecimentos do senso comum é um sacrifício difícil, porém necessário para se conhecer algo novo, do ponto de vista da ciência. Em outras palavras, ao se abandonar o que já se conhece, o que é anterior, o senso comum, se obtém ciência e esta quando retorna ao senso comum, percorre a mesma dinâmica do abandono. Neste movimento de ir-e-vir, de sucessivas, mas não lineares aproximações, este faz com que os objetos de estudo e de preocupação avancem na busca de soluções a partir da própria realidade onde estão inseridos.

De acordo com Santos⁸, a ruptura epistemológica em Bachelard interpreta com fidelidade o modelo de racionalidade que subjaz ao paradigma da ciência moderna. Isto é, a referida ruptura compreende a ciência que se constitui contra o senso comum e recusa as orientações para a vida prática que dele decorrem; um paradigma cuja forma de conhecimento procede pela transformação da relação do tu/eu em relação sujeito/objeto, uma relação feita de estranhamento mútuo e de subordinação total do objeto ao sujeito; um paradigma que pressupõe uma única forma de conhecimento válido, o conhecimento científico, cuja validade reside na objetividade que dela decorre a separação entre teoria e prática, entre ciência e ética; um paradigma que tende a reduzir o universo dos observáveis ao universo dos quantificáveis e o rigor matemático do conhecimento, do que resulta a desqualificação (cognitiva e social) das qualidades que dão sentido à prática ou, pelo menos, do que nelas não é redutível, por via da operacionalização, a quantidades; um paradigma que desconfia das aparências e das fachadas e procura a verdade nas costas dos objetos, assim, perdendo de vista a expressividade do face a face das pessoas e das coisas onde, no amor ou no ódio, se conquista a competência comunicativa; um paradigma que assenta na distinção entre o relevante e o irrelevante e que se arroga o direito de negligenciar (Bachelard) o que é irrelevante e, portanto, de não reconhecer nada do que não quer ou pode conhecer; um paradigma que avança pela especialização e pela profissionalização do conhecimento, com o que gera uma nova simbiose entre saber e poder, onde não cabem os leigos, que assim se vêem expropriados e desarmados dos poderes que elas conferem; um paradigma que se orienta pelos princípios da racionalidade formal e instrumental, irresponsabilizando-se da eventual irracionalidade substantiva ou final das orientações ou das aplicações técnicas

do conhecimento que produz; finalmente, um paradigma que produz um discurso que se pretende rigoroso, antiliterário, sem imagens nem metáforas, analogias, ou figuras de retórica, mas que, com isso, corre o risco de se tornar, mesmo quando falha na pretensão, um discurso desencantado, triste e sem imaginação, incomensurável com os discursos normais que circulam na sociedade.

Ainda, segundo Santos^{8:35}, embora "a epistemologia bachelardiana represente o máximo da consciência possível do paradigma da ciência moderna, ela não representa a consciência real da comunidade científica ou de qualquer uma comunidade científica num qualquer momento dado"; "representa, isso sim, o campo interior do qual os conhecimentos e as respostas podem variar sem que haja modificação essencial das estruturas e dos processos existentes" (Goldman apud Santos)^{8:35}.

A epistemologia bachelardiana é uma epistemologia de limites, dos limites dentre os quais o paradigma se origina, gera e resolve crises sem ele próprio entrar em crise. Enquanto tal crise não ocorre, tais limites têm o duplo efeito de organizar e confirmar o campo cognitivo que definem para dentro e de desorganizar e desclassificar o campo cognitivo que definem para fora. No momento, porém, em que a crise ocorre, ou melhor, em que o processo histórico de crise se inicia, os limites tornam-se contraditórios, pois as discussões paradigmáticas que então ocorrem tanto partem do que está dentro como do que está fora delas. De muros intransponíveis, transformam-se em portas de vaivém, e o mesmo sucede à epistemologia que os definiu. Assim, o processo histórico da crise final do paradigma da ciência moderna já se iniciou e se iniciou pela crise da epistemologia que melhor dá conta do paradigma: a epistemologia bachelardiana. Na atual fase da crise não se recomenda que essa epistemologia seja abandonada pura e simplesmente, ao contrário, já que ela é, em suma, fator de tradição sem o qual não é possível pensar a próxima revolução científica. As aquisições dessa epistemologia representam um progresso notável no sentido da racionalização do mundo, precisam sim, ser relativizadas no interior de uma racionalidade envolvente.

É nesses termos que Santos⁸ concebe o reencontro da ciência com o senso comum formulando-o do seguinte modo: uma vez feita a ruptura epistemológica, o ato epistemológico mais importante é a ruptura com a ruptura epistemológica. O senso comum, enquanto conceito filosófico, surge no séc. XVIII e representa o combate ideológico da burguesia emergente contra o irracionalismo do *ancien regimén*. Trata-se, pois, de um senso que se pretende natural, razoável, prudente, um senso que é burguês e que, por uma dupla implicação, se converte em senso médio e senso universal. A

valorização filosófica do senso comum esteve, pois ligado ao projeto político de ascensão ao poder da burguesia, pelo que não surpreende o fato de uma vez ganho o poder, o conceito filosófico de senso comum tenha sido correspondentemente desvalorizado significando um conhecimento superficial e ilusório. Ao contrário das ciências naturais que sempre recusaram, frontalmente, o senso comum sobre a natureza, as ciências sociais têm tido com ele uma relação muito complexa e ambígua.

À luz de tais considerações, o pensador em citação diz que é forçoso concluir que caminhamos para uma nova relação entre ciência e senso comum, uma relação em que qualquer deles é feito do outro e ambos fazem algo de novo. Como? Antes de responder a essa questão, cioso da saturação negativa que recobre o senso comum em atmosfera de ilusão, falsidade, superficialidade, enviesamento, entre outras, Santos^{8:40} numa perspectiva de desconstruir essa negatividade defini-o do seguinte modo:

o senso comum faz coincidir causa e intenção; subjaz-lhe uma visão do mundo assente na ação e no princípio da criatividade e das responsabilidades individuais. O senso comum é prático e pragmático; reproduz-se colado às trajetórias e às experiências de vida de um dado grupo social e nessa correspondência se afirma de confiança e dá segurança. O senso comum é transparente e evidente; desconfia da opacidade dos objetos tecnológicos e do esoterismo do conhecimento em nome do princípio da igualdade do acesso ao discurso, à competência cognitiva e à competência lingüística. O senso comum é superficial porque desdenha das estruturas que estão além da consciência, mas, por isso mesmo, é exímio em captar a profundidade horizontal das relações conscientes entre pessoas e coisas. O senso comum é indisciplinar e imetódico; não resulta de uma prática especificamente orientada para o produzir; reproduz-se espontaneamente no suceder quotidiano da vida. Por último, o senso comum é retórico e metafórico; não ensina, persuade.

Essa caracterização alternativa do senso comum feita por Santos⁸ busca ressaltar o seu aspecto positivo, a sua contribuição possível para um projeto de emancipação cultural e social, sobretudo, do ponto de vista teórico. Especialmente, no âmbito de uma configuração cognitiva, na qual tanto o senso comum como a ciência moderna se supere a si mesmos, para dar lugar a uma outra forma de conhecimento. Daí, a importância do conceito de dupla ruptura epistemológica: "uma vez feita a ruptura com o senso comum, o ato epistemológico mais importante é a ruptura com a ruptura epistemológica" (Santos)^{8:41}. Prossequindo acerca desta formulação Santos^{8:41} acrescenta que para compreender o sentido da dupla ruptura:

é preciso ter em mente a idéia de Bachelard de que os obstáculos epistemológicos se apresentam sempre aos pares e que por isso, se poderá falar de uma lei psicológica da polaridade dos erros. Tal como ocorre com os obstáculos epistemológicos, a dupla ruptura não significa

dizer que a segunda neutraliza a primeira e com isto se regressa ao status quo anterior, pois se deste modo ocorresse todo o trabalho epistemológico seria em vão. Porém, se dá, ao contrário: a dupla ruptura procede a um trabalho de transformação de ambos, do senso comum e da ciência. Enquanto a primeira ruptura é imprescindível para constituir a ciência, mas deixa o senso comum tal como estava antes dela, a segunda ruptura transforma o senso comum com base na ciência. Assim, com esta dupla transformação pretende-se um senso comum esclarecido e uma ciência prudente, ou melhor, uma nova configuração do saber que se aproxima da *phronesis* aristotélica, qual seja, um saber prático que dá sentido e orientação à existência e cria o hábito de decidir bem.

Em síntese, a dupla ruptura é o caminho para construir uma nova relação entre a ciência e o senso comum: uma hermenêutica da epistemologia. Desconstrói a ciência, inserindo-a numa totalidade que a transcende. Uma desconstrução que não é ingênua nem indiscriminada porque se orienta para garantir a emancipação e a criatividade da existência individual e social, valores que só a ciência pode realizar, mas não pode realizar enquanto ciência. A desconstrução hermenêutica, que se realiza na dupla ruptura epistemológica, está assim, sujeita a alguns *topoi* de orientação (SANTOS)⁸.

Pelo primeiro *topos*, progressivamente, se deve atenuar o que em Foucault se designa por desnivelamento dos discursos leigos e científicos. Os primeiros são discursos vulgares, sem eira nem beira, os discursos do senso comum; os segundo são os discursos anormais, agasalhados de muita roupa, os discursos eruditos. A dupla ruptura epistemológica, sem querer abarcar a totalidade destes discursos, pretende então que eles se falem, que se tornem comensuráveis e nessa medida, superem o desnivelamento que os separa.

O segundo *topos* propõe a superação da dicotomia contemplação/ação, dicotomia que subjaz à filosofia grega a qual tem dominado o pensamento ocidental, atingindo a sua máxima expressão no paradigma da ciência moderna. Assim, é neste *topos* que se expressa a máxima das contradições da dicotomia e dicotomias de máxima contradição entre teoria-ação e ação-teoria em nosso cotidiano. Seja no campo do senso comum ou no campo científico, razão pela qual neste *topos* nossa práxis necessita passar por uma reflexão crítica para que ela não seja tão só ativismo e nossa teoria, desprovida de sentido e significados. O terceiro e o último *topos* que orienta a dupla ruptura epistemológica é a exigência de um novo equilíbrio entre adaptação e criatividade, sobre a qual se pode afirmar que os feitos gloriosos da ciência e da tecnologia impactam e influenciam, sobremaneira, a capacidade adaptativa muito mais que a dimensão criativa. Em se tratando de *topos*, lugar comum, ponto de vista, pode-se tomar este último como

um útero, no qual tem sido geradas instituições que ensinam e ensinam as pessoas a exercer e cumprir melhor a primeira capacidade em detrimento da segunda. O terceiro e último *topos* que orienta a dupla ruptura epistemológica é a exigência de um novo equilíbrio entre adaptação e criatividade. Aqui, talvez seja possível afirmar que os feitos gloriosos da ciência e da tecnologia impactam e influenciam nossa capacidade adaptativa muito mais do que nossa dimensão criativa. Nesse útero, são geradas instituições que ensinam e ensinam as pessoas a exercer e cumprir melhor a primeira em detrimento da segunda. No dizer de Santos⁸:

constituíram ciências, desenvolveram tecnologias, criaram instituições para ensinar o homem a exercitar o seu poder adaptativo (da psicologia e da sociologia à psicanálise; das teorias da escolha racional às teorias da dissonância cognitiva; dos hospitais psiquiátricos e do Estado-Providência às Universidades)". Ele complementa afirmando que "enquanto a formação das preferências adaptativas se transformou num objeto de investigação importante,....a criatividade continua na lama da irracionalidade.

Portanto, um novo equilíbrio entre as dimensões adaptativa e criativa vai exigir uma *práxis* que as tensione e que as permita discernir sobre o todo em relação às partes, e entre essas e o todo, tal como dizia Pascal apud Morin^{20:182} "só posso compreender um todo se conheço, especificamente, as partes, e só posso compreender as partes se conhecer o todo".

Segundo Pena-Vega e Nascimento¹³, organizadores da obra "*O pensar complexo, Edgar Morin e a crise da modernidade*", no prefácio da mesma, Morin é um personagem de fronteira. Dizem eles que para uns, a inexistência de contornos bem definidos parece ser o traço maior de obra transdisciplinar e de sua vida, para outros, é a indisciplina, a incapacidade de se submeter aos cânones religiosos, políticos, intelectuais ou culturais, o que praticamente vem dar no mesmo. De toda forma, as rupturas, as surpresas, as mudanças bruscas, que formam um turbilhão de escritos e amores, são partes inerentes do pensar e viver de Morin. Ambos dizem ainda que Morin tanto escreve como respira, naturalmente, muito e em profusão. Segundo Morin apud Pena-Vega e Nascimento^{13:14}, "é na energia dos amores que encontra a formidável energia que o faz produzir, sem parar, livros, artigos, memórias, conferências...", e destacam ainda nesse mesmo trecho, a seguinte declaração que se encontra na obra *Os meus Demônios* frase: "o amor alimentava meus trabalhos, que alimentava meus amores".

Ainda para Pena-Vega e Nascimento¹³ o saber em Morin não tem apenas compromisso com a produção do conhecimento, mas também com a felicidade do

homem, com a justiça social. Nesse contexto a principal tese moriniana, anterior a qualquer outra de modo que se possa alcançar essa felicidade, e, sobretudo, justiça social é a reforma do pensamento. Morin^{13,16,17,20,23,24} sustenta e defende essa tese, de modo contumaz, apoiado no reconhecimento de uma inadequação cognitiva, cada vez maior, profunda e grave, pois de um lado, nossos conhecimentos são processados disjuntos, partidos, compartimentados entre disciplinas, e de outro, a realidade e os problemas, cada vez, são mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários. Nessa situação tornam-se invisíveis os conjuntos complexos, as inter-relações e retro-ações entre as partes e o todo, entre as entidades multidimensionais, e os problemas essenciais.

Em sua obra *Ciência com Consciência*, Morin²⁰ ao abordar a reforma do pensamento, embora sem evidenciar as suas conseqüências pedagógicas, parte da idéia de que nossa atividade cognitiva, nossa pesquisa de conhecimento, é, no fundo, uma procura de certeza. Seja esta em filosofia, seja em ciência; uma busca ainda, do fundamento absolutamente garantido, sobre o qual poderemos desenvolver o conhecimento e o pensamento. Para exemplificar essa afirmação, ele relembra que durante muito tempo o fundamento em filosofia era Deus, e até mesmo nas ciências, pois Newton ainda se referia a Deus em seus escritos, foi Laplace que excluiu Deus do cosmo. A parti da afirmação de Descartes “se duvido, penso”, expressão máxima de que da incerteza desponta a certeza, o eu surgiu, evidentemente, como evidência incontestável; da moral como imperativo categórico em Kant, e no final do século XIX com Nietzsche e ao longo do XX, a filosofia se deparou com uma crise de fundamentos. Sobretudo, a partir do pensamento da relatividade e simultaneidade de Einstein, quando este declarou que não se pode estabelecer a ordem temporal de acontecimentos no espaço à medida que a simultaneidade de acontecimentos distantes não pode ser verificada, podendo tão somente ser definida. Pode-se dizer que, na atualidade, não há fundamento único, último, e, seguro do conhecimento. Em ciências, o fundamento era a experiência, a observação e a razão, isto é, o procedimento empírico-racional. Empírico, quer dizer, a partir do momento em que observadores e ou pesquisadores bem diferentes entre si, seja de idéias, opiniões se colocam de acordo sobre provas de uma experiência ou de uma observação. E a partir do momento que os mesmos elaboravam uma teoria coerente, logicamente argumentada, chegava-se ao fundamento do conhecimento científico.

Para Morin²⁰, durante muito tempo, no domínio das ciências, pensava-se que o conhecimento, nessas condições, era o espelho da realidade e o espelho do mundo, a

despeito desta idéia ter sido bastante questionada em filosofia. Segundo o autor (op. cit., p. 195), o referido domínio, esteve sob a égide de três pilares, inabaláveis até o final do séc. XX: "a ordem (a regularidade, a constância), a separabilidade (como por exemplo, um objeto e um corpo) e o valor da prova absoluta (fornecida pela indução e pela dedução)", estes por sua vez, ajudados pelos "três princípios aristotélicos que estabelecem a unicidade da identidade e a recusa da contradição". Assim, a partir da primeira idéia poderosa que é a ordem, pode-se dizer que o universo é ordenado. Este obedece a um determinismo universal e se, às vezes, nos parece que nele há o acaso, é que não o conhecemos o suficiente, nosso conhecimento é ínfimo. Essa ordem, na concepção clássica da física, é uma ordem mecânica.

A segunda idéia poderosa, no campo do conhecimento, é o princípio da separação. Já no plano do pensamento filosófico, ou do pensamento geral, Descartes havia fundado os progressos do conhecimento científico na capacidade de separar as dificuldades umas das outras, resolvê-las sucessivamente, de maneira a resolver bem um problema. Este princípio de separação estava de algum modo confirmado, no desenvolvimento das ciências, pela separação das disciplinas umas em relação às outras. Era inteiramente legítimo circunscrever um domínio disciplinar para fazer progredir o conhecimento sem levar em conta as interferências. De resto, a própria idéia de experimentação significa separar. Tiro um corpo do seu meio natural, separo-o, coloco-o num meio artificial que controlo e sobre o qual faço variar certo número de determinações que me permitem conhecê-lo. Isso, por outro lado, significa que o observador está inteiramente separado de sua observação, a partir do momento em que essa é verificada e confirmada da maneira que a descrevo. Naturalmente, a ciência é separada da filosofia; esta é especulação no ar, abstrata, enquanto a ciência está inteiramente no campo das certezas do mundo empírico. Podemos mesmo dizer que a cultura científica deve ser separada da cultura humanística ou literária. É claro que o cientista, de noite em sua casa, pode pegar o violão ou escutar um disco, mas são duas atividades absolutamente não comunicantes (Morin in Pena-Veja e Nascimento)¹³.

A partir do século passado ocorreu algo realmente revolucionário no campo da ordem e da certeza com o surgimento da desordem e da incerteza. A desordem que traz o incerto porque não se tem mais um algoritmo, não tem mais um princípio determinista que permita conhecer as conseqüências dos fenômenos. E como surgiu então, a desordem? Quando Boltzman autenticou, no fim do século XIX, o fenômeno calorífico como sendo um fenômeno de agitação ao acaso das moléculas. Nesse momento, ele

enunciou o segundo princípio da termodinâmica, afirmando que no “tempo a entropia tende a crescer”. O que equivale dizer que há perda da capacidade da energia de se transformar em trabalho, relação traduzida também por uma tendência à desintegração do que é ordenado ou integrado. Viver é um fenômeno calorífico. Portanto, segundo Boltzman, apud Morin²⁰, nosso universo é inseparável da desordem. Porém, não há apenas desordem no universo já que por meio dessa agitação foram detectados quatro princípios de organização – o da gravitação, o das interações intranucleares fortes, o das interações fracas e o das interações eletromagnéticas. Enfim, o universo sempre nos aparece como um coquetel espantoso de ordem e desordem. Em nível microfísico, apareceu o fenômeno chamado indeterminação. A ciência, rainha da ordem, tornou-se uma ciência que busca dialogar a ordem com a desordem, e isso é evidentemente um fenômeno que acaba assumindo um papel de renovação epistemológica que se inicia com Bachelard e Popper. O autor lançando mão da compreensão bachelardiana que a isso chama surrealismo, diz que o conhecimento não depende apenas do racionalismo clássico, e cita a crítica severa popperiana de que a indução não leva à certeza absoluta, quando aponta a seguinte problemática: a desordem e a incerteza emergiram do reino da ordem.

Quanto ao segundo problema, o da separabilidade, o da separação, Morin¹³ afirma que o início do século passado é também o início das ciências da dialógica ordem e desordem, enquanto a segunda metade é a do surgimento do que podemos chamar de ciências sistêmicas. Sobretudo a ecologia, que a partir dos anos 35 tem seu núcleo firmado na noção de ecossistema, ou seja, na interação entre seres vivos, vegetais e animais. O meio geofísico forma espontaneamente um ecossistema, um fenômeno organizado e esse têm, por sua vez, é claro, certo número de propriedades que não se encontram nos elementos concebidos isoladamente.

Nos anos 80 a ecologia desenvolveu-se não apenas como ciência dos ecossistemas locais, mas da biosfera em geral, onde mais interfere a ação das sociedades e das civilizações humanas. Podem-se citar também as ciências da terra, que constituíram sua aliança sistêmica, porque meteorologia, vulcanologia, geologia eram ciências independentes e não-comunicantes, até o momento em que graças à descoberta das placas tectônicas, foi possível conceber a Terra como um sistema complexo, que se auto-organizando ele próprio com o acaso e as incríveis flutuações. É preciso pensar que isso também faz parte de uma desordem aparente, porque a hipótese atualmente em voga é de que, em sua origem, a Terra era uma lixeira cósmica espontânea – isto é,

detritos cósmicos se juntam, se agregam, e, então, todo um longo processo ocorre: o que é mais denso vai para o centro, formam-se a calota, os continentes e isso dá razão ao que Heráclito apud Morin (Pena-Vega e Nascimento)^{13:25} dizia: “nada é mais belo que o resultados de um monte de lixo colocado ao acaso”. Assim, as ciências da Terra não são mais separáveis.

Na seqüência, Morin in Pena-Vega e Nascimento¹³ afirma que há muita resistência a essa idéia nos outros domínios científicos, mas apesar disso, gritos de alarmes se fazem ecoar. Maurice Allais, Prêmio Nobel de Economia, declarou que “em economia tudo depende de tudo e tudo age sobre tudo” ou seja, não apenas tudo que é econômico, mas também tudo que é sociológico e não econômico. Já Von Hayeck, grande teórico do liberalismo econômico, diz: “ninguém pode ser um grande economista sendo somente um economista”. Ele até acrescenta que um economista que não é senão economista torna-se nocivo e pode constituir um perigo verdadeiro (Morin)^{13:25}.

Outro problema a ser também mencionado, segundo o pensamento de Morin¹³ é o da não separabilidade, ou seja, para compreender uma informação, fato ou fenômeno é preciso contextualizá-la, globalizá-la, procedimentos absolutamente normais que se processam no campo do espírito, assim como, contextualizar, é também o problema da ecologia. Nenhum ser vivo pode viver fora do seu ecossistema, do seu meio ambiente, o que quer dizer que não podemos compreender alguma coisa de autônomo, senão compreendendo aquilo do qual é dependente. Tudo isso, determina também uma revolução no pensamento, pois, o conhecimento ideal implicava fechar inteiramente um objeto e pesquisá-lo exaustivamente.

No que se refere à terceira idéia poderosa, o valor da prova absoluta fornecida pela indução e pela dedução e pelos três princípios aristotélicos, Morin in Pena-Vega e Nascimento¹³ chama à atenção sobre o método afirmando que a indução embora seja confiável em muitos casos, esta não deve ser tomada como prova absoluta, assim como a dedução que parecia algo realmente absoluto, implacável, pois está sujeita a ter derrapagens. Para exemplificar a fragilidade da prova absoluta pela dedução, ele cita Russel lançando mão do velho e famoso paradoxo cretense que ao pretender que todos os cretenses fossem mentirosos chegou a um paradoxo sobre a classe que engloba todas as classes. Para ele, tudo foi inserido no coração da mais rigorosa ciência - a teoria matemática - com o teorema de Godel, que faz intervir uma incerteza, isto é, uma contradição, na possibilidade lógica que um sistema tem de se conhecer e se explicar por seus próprios meios. Além disso, a idéia foi também expressa num plano inteiramente

diferente do semântico pelo lógico Tarski ao afirmar que: “nenhum sistema dispõe de meios suficientes para explicar a si próprio”. Portanto, é possível constatar que há uma série de problemas nos três pilares que formam o corpo das certezas, a ordem, a separabilidade e a razão. Em síntese, estes pilares encontram-se abalados.

Para agravar a situação, Morin in Pena-Vega e Nascimento¹³ lembra que a Física e a Microfísica chegaram nos anos 20 a um paradoxo profundo. O mesmo elemento, a partícula, podia comportar-se de modo contraditório, segundo experimento, tanto como uma onda como um corpúsculo. Através desse paradoxo espantoso, reencontramos também o paradoxo do indivíduo e da espécie. Se virmos apenas os indivíduos, não identificamos a espécie que encarna a continuidade. Mas se paramos de ver os indivíduos e olhamos para um espaço mais vasto de tempo, não há mais indivíduos, só espécies. Certos sociólogos pensam até que os indivíduos não existem, são apenas marionetes e fantoches da sociedade, e esta sim, a única realidade. Em contrapartida, para alguns psicólogos, a sociedade deixa de existir, pois consegue enxergar apenas os indivíduos.

Caminhamos hoje em direção a um tipo de pesquisa de razão aberta, e não mais de razão fechada nos princípios da lógica clássica, e por isso, é preciso penetrar neste universo novo. O problema que se coloca, atualmente, não é o de substituir a certeza pela incerteza, a separação pela inseparabilidade, ou ainda, a lógica clássica por uma outra. Trata-se de saber como fazer para dialogar entre certeza e incerteza, separação e inseparabilidade. Para chegar a isso, Morin in Pena-Vega e Nascimento^{13:27} lançou mão da afirmação de Laborit quando ele diz: “é preciso começar por utilizar a teoria dos sistemas, a cibernética e a teoria da informação”, já que as três teorias formam uma trindade na qual uma repercute sobre a outra, tal como a Trindade divina.

A informação nasce do nosso diálogo com o mundo, e nele sempre surgem acontecimentos que a teoria não tinha previsto. A ligação entre teoria da informação e cibernética é muito fecunda. A informação torna-se, portanto, parte inseparável da organização. A virtude da cibernética fundada por Norbert Winer foi trazer a espiral, já que até então todos estavam habituados a uma causalidade linear de causa-e-efeito, a qual impossibilitava pensar num contexto de retroação. Naturalmente que pensadores interessados nos fenômenos complexos, como Marx, por exemplo, embora sem conceber a palavra, dizia que havia certo efeito de retorno das superestruturas nas infra-estruturas, um pequeno efeito evidentemente. Morin¹⁶⁻¹⁸ afirma ainda que já encontrávamos, desde então, em certos mecanismos ou fenômenos de retroação, mas essa palavra não existia, e o seu nascimento assim, como o do conceito tem, em sua opinião, uma enorme

importância. O pensamento em espiral é essencial, uma vez que a sociedade nasce das interações entre indivíduos com a cultura e com o saber, ela retroage sobre eles e os produzem para torná-los humanos. O pensamento espiral, uma contribuição da teoria da cibernética, é um pensamento capaz de aproximar as dimensões científica e humanística, encontro absolutamente necessário para superação do estágio, no qual nos encontramos como sociedade.

Morin^{16,17,23} prossegue e reafirma que o sistema, o todo, é mais do que a soma das partes. Isto é, no nível do todo organizado há emergências e qualidades que não existem no nível das partes quando são isoladas. Essas emergências, por sua vez, podem retroagir sobre as partes: a cultura é uma emergência social que retroage sobre os indivíduos e, lhes dá a linguagem e o saber, e, por isso, os transforma. Não apenas o todo é a soma das partes. O todo é menos que a soma das partes, porque tudo que é organizado tem obrigações, e tudo que é obrigação inibe ou proíbe possibilidades que não podem ser exprimidas. Além do mais, percebemos que tudo o que tem uma realidade para nós é, de certa maneira, sistema. Assim, o objeto da ciência é o sistema. E é isso que a ecologia-ciência descobriu, espontaneamente, no fim dos anos 30, e que, em sua opinião, vamos descobrir cada vez mais nas ciências que não fizeram esta revolução: a biologia, a sociologia, e, é claro, a economia.

Para Morin^{16,17,23}, a questão é saber como a partir da desordem, a partir de alguns princípios da desordem, nascem as organizações. No que concerne à vida, já que as células, as moléculas e os indivíduos morrem, retornam a uma idéia de Heráclito: “viver de morte, morrer de vida”. Sem cessar produzimos uma regeneração, isto é, o rejuvenescimento. E, então, por que morremos? Não é pelo uso, como uma carroça velha, mas a força de rejuvenescer. E isso é o que nos mata. Morremos de rejuvenescer e desse modo, ele chega ao ponto crucial conforme já mencionou: o problema não é a substituição da certeza pela incerteza. O conhecimento navega em um mar de incertezas, por entre arquipélagos de certezas, e deve detectar o que ele chama de dialógica da certeza-incerteza, da separação-inseparabilidade. É preciso juntar os princípios da separação e da não-separação. Problema-chave para a reforma do pensamento.

Outro aspecto que merece ser analisado, no contexto do pensamento de Morin^{16,20,23}, é o da racionalidade aberta, um jogo duplo cuja regra é manter as regras da lógica clássica, incluir os três princípios aristotélicos, mas sendo capaz, em alguns casos, de transgredi-los e retornar. Diante desta consideração, o autor está dizendo que não se deve abrir mão da lógica clássica, ao contrário, deve-se integrá-la em um jogo complexo.

A mesma coisa ele diz do complexo e do simples, já que a ordem é sempre simples, o inseparável é simples e os princípios aristotélicos são simples. A complexidade, o pensamento complexo, não é a pesquisa da confusão total impulsionada pela voluptuosidade de se perder na confusão. A complexidade é a união da simplicidade com a complexidade. A grande questão, portanto, é combinar o simples e o complexo. Quando a simplicidade não funciona mais é preciso passar ao elo, à espiral, a outros princípios do pensamento. Assim, tem-se a revolução que diz respeito a um grande número de ciência que substitui a incerteza pelo jogo do certo e do incerto, do separável e do inseparável. É o princípio das três teorias ou a trindade, teoria dos sistemas, da cibernética e da informação, a qual não foi reconhecida porque se formou fora do meio disciplinar clássico das ciências, fora do meio filosófico e humanista.

Para se chegar à reforma do pensamento Morin^{16:56,23:87} “diz que há muitos caminhos dos quais muitos deles confluem e é preciso fazê-los confluir”. Ele chama à atenção mencionando as duas revoluções científicas: a primeira que estabeleceu a irrupção da desordem, do acaso e do incerto, e a segunda que tenta de alguma forma, constituir as ciências sistêmicas onde só havia disciplinas fechadas. Além das três teorias supra mencionadas, ele menciona que existe também as reflexões epistemológicas que partem de Bachelard, de Popper, e prosseguem via Holton, Kuhn. Lamenta dizendo que infelizmente, essas reflexões se constituíram a partir da primeira grande revolução e não foram contemporâneas da segunda teoria, a sistêmica e diante disso, nos convida a ter vivas em nossa mente as consequências epistemológicas desta transformação em curso nas ciências. Destaca por último, as reflexões de alguns filósofos sobre as ciências, nesse século, citando: Husserl, em suas conferências e na sua obra monumental sobre a crise da ciência européia, e Lakatos, no início dos anos 30, quando para ele a ciência era européia (não havia se mundializado), mas já denunciava os pontos de estrangulamento que ainda existem no conhecimento científico hoje.

Ainda na esteira da construção teórica moriniana^{16,17}, a reforma da estrutura do pensamento é de natureza paradigmática, porque diz respeito aos princípios fundamentais que devem governar todos os nossos discursos e teorias. Ele nos lembra que no ser humano, por exemplo, existe um aspecto biológico, encarnado pelo cérebro, e um aspecto cultural, ligado ao espírito, e naturalmente, estes dois aspectos encontram-se ainda de modo tão separados que os estudos sobre o cérebro ocorrem nos departamentos biológicos e sobre o espírito, nos departamentos psicológicos, sem laços entre eles. Assim, quanto mais se separa, mais se reduz. No que se refere à natureza

paradigmática, o autor alega que esta é uma palavra empregada em muitos sentidos e muitas vezes banalizada. Por isso, ele procura empregá-la a partir do sentido que a tomou na lingüística estrutural, qual seja: o nível paradigmático. Aquele no qual se opera a seleção das palavras em relação ao nível sintagmático. Palavra que em grego, quer dizer “exemplo”, exemplificação com significado de modelo, de estrutura de pensamento que controla todos os pensamentos que daí se originam (Pena-Vega e Nascimento)¹³.

Dito de outro modo, o nível paradigmático é o núcleo forte que comanda todas as idéias, todos os conhecimentos que se produzem sob seu império. E, de alguma forma, o paradigma até hoje dominante que começa ficar um pouco combalido é um paradigma da disjunção e de redução. Conhecemos separando ou desunindo, a ciência, a filosofia, a cultura literária, a cultura científica, as disciplinas, a vida, a matéria, o homem. Desunimos, separamos o inseparável, sem lembrar que o homem tem um espírito, espírito este que está ligado ao cérebro.

No âmbito desta construção teórica, Morin^{13:33,20:231-2,23:38} reconhece que 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, razão pela qual a expressão complexidade que deriva do termo *complexus* que significa “o que é tecido junto”, “aquilo que dá feição a uma tapeçaria” é tão importante para ele. Segundo o mesmo autor, o pensamento complexo é o que se esforça para unir, não na confusão, mas operando diferenciações, algo que para o autor é vital, principalmente na vida cotidiana onde espontaneamente tentamos contextualizar. Prosseguindo, ele enfatiza que é absolutamente necessário, na atualidade, um pensamento capaz de unir e diferenciar, alegando ainda que isso é uma aventura muito difícil, mas se não o fizermos nossa inteligência será cega, incapaz de contextualizar.

Concluindo suas considerações no capítulo “por uma reforma do pensamento” da obra citada, Morin²⁰ sugere que a referida reforma deveria iniciar pela escola primária (fundamental) por meio de pequenas classes, uma vez que nesse nível e com os sujeitos que o constituem, nos beneficiamos da maneira natural e espontaneamente complexa do espírito da criança para desenvolver o sentido das relações entre os problemas e dados. Lembra-nos que sempre nos depararmos com a seguinte questão de fundo: reformar as instituições sem reformar os espíritos, é uma ação que não serve para nada, como tantas vezes ocorreu nas reformas do ensino de tempos passados. Finalizando estas considerações aporíticas, ele então indaga: como reformar os espíritos se não reformarmos as instituições? Como romper esse círculo vicioso? (Pena-Vega e

Nascimento)¹³. Para Morin¹⁶⁻¹⁸, a saída é recorrer à espiral e ao olhar hologramático. Um olhar, por meio do qual, "a imagem física cujas qualidades de relevo, de cor e de presença são devidas ao fato de cada um dos seus pontos incluírem quase todas as informações do conjunto que ele representa" em um dado momento.

Segundo Morin¹⁶, a missão primordial do ensino implica muito mais em aprender religar do que aprender a separar, o que, aliás, ocorre de maneira corrente e sistemática até o presente momento com o apoio da escola. Para ele é preciso aprender a religar e problematizar simultaneamente, alegando que se fosse professor ele tentaria essa religação a partir do ser humano, mostrando-o em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais, a partir dos quais se poderiam acessar as disciplinas, mantendo nelas a marca humana e, assim, atingir a unidade complexa do homem.

Para nos lançarmos ao desafio da construção do pensamento complexo é preciso compreender a diversidade que este contém, pensar e atuar sobre os princípios da coerência e da compreensão. Em outras palavras, Morin¹⁶⁻¹⁸ declara que a religação é uma tarefa vital porque se funda na possibilidade de regenerar a cultura pela religação de duas culturas separadas, a da ciência e a das humanidades. Também com isto, está dizendo que aprender a religar saberes, e a problematizar a realidade são atos fundamentais e imprescindíveis na construção de um novo paradigma. Para construir o novo paradigma da união/junção/adição/religação ancorado na idéia da complexidade tal como propõe o autor em citação, torna-se necessário, sobretudo, aprender a religar saberes de múltiplas naturezas – científica, humanística, cultural, religiosa, popular, entre outras. Em outras palavras, o desafio da religação, que pressupõe um olhar ampliado, alargado e profundo sobre o homem, a natureza e todas as relações que destes decorrem e a estes acorrem será ainda mais exitoso se ocorrer, tanto no campo da academia como no dos serviços.

Santos ao proferir a conferência "*Do Pós-Moderno ao Pós-Colonial. E para além de Um e Outro*"^{vi}, inicia a mesma a partir da conclusão a qual chegou, em meados da década de 1890. Segundo ele, a ciência em geral, inclusive as ciências sociais se pautavam por um paradigma epistemológico e um modelo de racionalidade que davam sinais de exaustão, sinais tão evidentes que se podia falar de crise paradigmática. Nesse contexto, o paradigma em questão, cuja melhor formulação tinha sido o positivismo, em

^{vi} Conferência de Abertura do VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, realizado em Coimbra, Portugal, no período compreendido entre 16 e 18 de setembro de 2004. Disponível no site www.ces.uc.pt/misc/Do_pos-moderno_ao_pos-colonial.pdf.

suas várias vertentes, se assenta nas seguintes idéias fundamentais: distinção entre sujeito e objeto, entre natureza e sociedade ou cultura; redução da complexidade do mundo à leis simples suscetíveis de formulação matemática; presença de uma concepção da realidade dominada pelo mecanicismo determinista e da verdade como representação transparente da realidade; uma separação absoluta entre conhecimento científico (considerado o único válido e rigoroso) e outras formas de conhecimentos como o senso comum ou estudos humanísticos; privilegiamento da causalidade funcional, hostil à investigação das “causas últimas”, consideradas metafísicas, e centrada na manipulação e na transformação da realidade estudada pela ciência.

Sua argumentação contra este paradigma, ainda que houvesse como pano de fundo os estudos culturais e sociais da ciência, se baseava na reflexão dos próprios cientistas, sobretudo, os físicos, por meio da qual lhe parecia claro o paradigma dominante refletindo, cada vez menos, a prática científica dos estudiosos. Esta inadequação se, por um lado, dava credibilidade à crítica das conseqüências sociais negativas da ciência moderna, por outro, permitia o surgimento de alternativas epistemológicas, um paradigma emergente. Este, por sua vez por falta de uma melhor designação, ele o chamou de ciência pós-moderna e como o próprio nome já indica de defesa da primazia do conhecimento científico, mas de uma ciência assente numa racionalidade mais ampla, na superação da dicotomia natureza/sociedade, na complexidade da relação sujeito/objeto, na concepção construtivista da verdade, na aproximação das ciências naturais às ciências sociais, e destas aos estudos humanísticos. Numa nova relação entre a ciência ética, esta firmada na substituição da aplicação técnica da ciência pela aplicação edificante da ciência. E, finalmente, numa nova articulação, mais equilibrada, entre conhecimento científico e outras formas de conhecimento com o objetivo de transformar a ciência num novo senso comum, para o que ele propôs o conceito de dupla ruptura epistemológica, idéia que já foi abordada no início deste capítulo. Nos anos seguintes, esta proposta epistemológica de Santos⁹, se desenvolveu, e se consolidou, ainda mais, com as contribuições feministas e dos estudos culturais e sociais da ciência.

Prosseguindo sua fala, o autor destaca que no início da década de 1990 a acumulação das crises do capitalismo e do socialismo dos países do Leste europeu o levou a ampliar o conceito de pós-moderno e pós-modernidade passando a designá-lo além de novo paradigma epistemológico, também de novo paradigma social e político. Tratava-se agora de pensar a transformação social para além do capitalismo e das

alternativas teóricas e práticas ao capitalismo produzidas pela modernidade ocidental. Ele reconhece que a transição epistemológica e a transição social e política haviam sido concebidas como autônomas sujeitas à lógicas, dinâmicas e ritmos distintos, mas complementares.

No entanto, ele lembra que desde o início, chamava à atenção para o fato da designação pós-moderno ser inadequada, porque além de definir o novo paradigma pela negativa, também pressupunha uma seqüência temporal por meio da idéia de que o novo paradigma só podia emergir depois que o paradigma da ciência moderna tivesse seguido todo seu curso. Prosseguindo dez, que se por um lado, isso estava longe de acontecer, por outro, a pós-modernidade podia ser facilmente entendida mais como um privilégio das sociedades centrais, visto que o desenvolvimento científico-social não é homogêneo no mundo.

Ao transitar do campo epistemológico para o campo social e político, tornou-se evidente para Santos^{8,9} que o conceito de pós-modernidade que ele propunha tinha pouco a ver com o que transitava tanto na Europa como nos EUA. Este último incluía na sua recusa da modernidade, esta sempre pensada como modernidade ocidental, a recusa total dos seus modos de racionalidade, os seus valores e as grandes narrativas que os transformavam em faróis de emancipação social. Nesta acepção, o pós-modernismo incluía, na crítica da modernidade, a própria idéia do pensamento crítico que ela tinha inaugurado, e por essa via, a crítica da modernidade redundava paradoxalmente na celebração da sociedade que ela tinha conformado. Para o autor, sua idéia de pós-modernidade é o contrário disso, uma vez que sua proposta de radicalizar a crítica à modernidade ocidental, deve se dá por uma nova teoria, a qual ao contrário da teoria crítica moderna, não converta a idéia da transformação emancipatória da sociedade numa nova forma de opressão social. Os valores modernos da liberdade, da igualdade e da fraternidade são tão fundamentais quanto a crítica das violências que se cometeram em nome delas e da pouca realização concreta que as mesmas têm tido nas sociedades capitalistas.

Contrapondo-se ao pós-modernismo celebratório, Santos⁹ designou sua concepção de pós-modernismo de oposição. Para isso, se baseou na idéia de que vivemos em sociedades cujos problemas são precisamente decorrentes da não realização dos valores da liberdade, da igualdade e da solidariedade para os quais não dispomos de soluções modernas. Daí, a necessidade de reinventar a emancipação social. Daí também, porque sua crítica não o levou a perfilhar o relativismo epistemológico ou cultural. Daí

ainda que na reconstrução teórica proposta, ele parte de idéias e concepções, que mesmo sendo modernas, foram marginalizadas pelas concepções dominantes da modernidade. Aqui, especificamente, ele se refere ao princípio da comunidade no pilar da regulação social moderna, e ao princípio da racionalidade estético-expressiva no pilar da emancipação social moderna.

A partir de meados de 1990 passou a ficar claro para ele que a tal reconstrução só poderia ser completada a partir das experiências das vítimas, dos grupos sociais que tinham sofrido com o exclusivismo epistemológico da ciência moderna e com a redução das possibilidades emancipatórias da modernidade ocidental às tornadas possíveis pelo capitalismo moderno. Uma redução que transformou a emancipação social no duplo, e não no contrário, da regulação social. Com base nisso, ele começou a apelar para que o Sul fosse tomado como referencial desse aprendizado, entendendo o Sul como uma metáfora do sofrimento humano causado pelo capitalismo. O Sul, significando, precisamente, o objetivo de reinventar a emancipação social indo mais além da teoria crítica produzida no Norte, e da práxis social e política que ela subscrevera.

No referido pronunciamento, Santos¹¹ afirma que nos últimos anos, ele está convencido de que aprender com o Sul é uma exigência. No entanto, para isto ser levado a sério, serão necessárias algumas reformulações na sua teorização. Destaca entre elas, sua observação sobre a idéia de que a pós-modernidade aponta demasiado para a descrição que a modernidade ocidental fez de si mesma, alegando que, nessa medida, ela pode ocultar a descrição que dela fizeram os que sofreram a violência, a qual lhes foi imposta. Uma violência matricial cujo nome é colonialismo, o qual nunca foi incluído na autorepresentação da modernidade ocidental, uma vez que o mesmo foi concebido como missão civilizadora dentro do marco historicista ocidental, nos termos do qual o desenvolvimento europeu apontava o caminho ao resto do mundo. Um historicismo que envolve tanto a teoria política liberal como o marxismo.

Sob declaração de que vivemos um tempo intelectual complexo que se pode, desta forma, caracterizá-lo paradoxal à medida que a cultura, e especificamente a cultura política ocidental é hoje tão indispensável quanto inadequada para compreender e transformar o mundo, Santos^{9,11} levanta a seguinte questão: uma crítica radical desta cultura deverá envolver tanto o caráter radical da indispensabilidade da mesma, quanto o caráter radical de sua inadequação? Em última análise, ele ainda se propõe questionar se esta crítica pode ser feita a partir das próprias vítimas ou se pressupõe a exterioridade

das mesmas, daquelas que só foram parte da modernidade pela violência, exclusão e discriminação que esta lhes impôs.

A questão da exterioridade levanta muitos problemas. Aqueles que defendem esta posição, tal como Enrique Dussel, preferem falar de transmodernidade para designar a alternativa oferecida pelas vítimas à modernidade ocidental enquanto resistência⁰. A idéia de exterioridade à modernidade ocidental é central na formulação do pós-colonialismo, no entanto, ele defende que a contraposição absoluta entre o pós-moderno e pós-colonial é um erro. Mas, por outro lado, o pós-moderno está longe de satisfazer as preocupações e as sensibilidades trazidas pelo pós-colonialismo. O qual, ele entende como um conjunto de correntes teóricas e analíticas, com forte implantação nos estudos culturais presentes em todas as ciências sociais que dão primazia teórica e política às relações desiguais entre o Norte e o Sul na explicação ou compreensão do mundo contemporâneo. Esta perspectiva pós-colonial ganha força pois parte da idéia de que das margens ou das periferias, as estruturas de poder e de saber são mais visíveis. Daí, o interesse desta perspectiva pela geopolítica do conhecimento, ou seja, problematizar quem produz o conhecimento, em que contexto o produz e para quem o produz (Santos)^{9,11}.

Dentre as concepções dominantes que trabalham a partir do pós-moderno, Santos⁹ cita Rorty, Lyotard, Baudrillard, Vattimo, Jameson, alegando que as principais características são: crítica do universalismo e das grandes narrativas sobre a unilinearidade da história traduzida em conceitos como progresso, desenvolvimento ou modernização que funcionam como totalidades hierárquicas; renúncia a projetos coletivos de transformação social, sendo a emancipação social considerada um mito sem consistência; celebração, por vezes, melancólica, do fim da utopia, do ceticismo na política e da paródia na estética; concepção da crítica como desconstrução; relativismo ou sincretismo cultural; ênfase na fragmentação, nas margens ou periferias, na heterogeneidade e na pluralidade (das diferenças, dos agentes, das subjetividades); epistemologia construtivista, não-fundacionalista e anti-essencialista.

Segundo Santos¹¹, ainda que essa caracterização esteja incompleta, ela permite identificar as principais diferenças em relação à concepção de pós-modernismo de oposição que ele defende. Na forma de proposições, ele aponta: 1) pluralidade de projetos coletivos articulados de modo não hierárquico por procedimentos de tradução que se substituem à formulação de uma teoria geral de transformação social em vez de renúncia a projetos coletivos; 2) utopias realistas, plurais e críticas em vez de celebração do fim da utopia; 3) reinvenção da emancipação social em vez de renunciá-la; 4) otimismo

trágico em vez de melancolia; 5) pluralidade e construção de uma ética a partir de baixo em vez de relativismo; 6) teoria crítica pós-moderna profundamente auto-reflexiva em vez de desconstrução, sobretudo, imune à obsessão de desconstruir a própria resistência que ela funda; 7) criação de subjetividades transgressivas pela passagem da ação conformista à ação rebelde em vez do fim da política; 8) mestiçagem ou hibridação com a consciência das relações de poder que nela intervêm, ou seja, com a investigação de quem híbrida quem, o quê, em quais contextos e com quais objetivos, no lugar do sincretismo acrítico.

Entre as concepções dominantes do pós-modernismo e do pós-moderno de oposição que o autor defende, são pontos comuns: a crítica do universalismo e da unilinearidade da história, das totalidades hierárquicas e das metanarrativas; a ênfase na pluralidade, na heterogeneidade, nas margens ou periferias; epistemologia construtivista, ainda que não niilista ou relativista.

Para Santos^{9,11}, a relação entre as concepções dominantes do pós-modernismo e o pós-colonialismo é complexa, de algum modo, ambígua e sem dúvida, a crítica do universalismo e do historicismo põe em causa o Ocidente como centro do mundo e, nessa medida, abre possibilidades para a concepção de modernidades alternativas e, portanto, para a afirmação e reconhecimento da diferença, nomeadamente da diferença histórica. Por outro lado, a idéia da exaustão da modernidade ocidental facilita a revelação do caráter invasivo e destrutivo da sua imposição no mundo moderno, uma revelação cara ao pós-colonialismo. Estas duas características têm sido salientadas, em especial, por algumas variedades do pós-modernismo que tem surgido na América Latina. Em síntese, Santos ao concluir este pensamento comenta que embora as concepções pós-modernas e pós-estruturalistas tenham contribuído para a emergência do pós-colonialismo, elas não são suficientes para responder às aspirações éticas e políticas que subjazem a este último. E ancorado nisso, questiona se é possível dizer o mesmo da concepção de pós-modernismo de oposição que ele defende. A esse questionamento, ele mesmo responde não, porém, faz uma ressalva declarando que esta negativa não a exime da necessidade de reformulações. Acrescenta que a concepção pós-moderna que perfilha está vinculada à concepção de modernidade ocidental, da qual ele parte, reconhecendo que nela reside alguma ambivalência em relação ao pós-colonialismo.

Para o autor, a modernidade ocidental é um paradigma sócio-cultural que se constitui a partir do século XVI e se consolidou entre finais do século XVIII e meados do século XIX. Em sua observação e análise acuradas sobre a modernidade, ele distingue dois pilares que a perpassam em tensão dialética - o pilar da regulação social e o pilar da

emancipação social - ao longo de sua trajetória, ressalva, no entanto, que a maneira como ele concebe tais pilares é adequada às realidades européias, sobretudo a dos países mais avançados. Para exemplificar essa concepção, ele afirma que a regulação social ancorada nos três princípios – o do Estado, o do mercado e o da comunidade – não dá conta da des (regulação) colonial onde o Estado é estrangeiro, o mercado inclui pessoas entre as mercadorias (escravos) e as comunidades são arrasadas em nome do capitalismo e da missão civilizadora, e substituídas por uma minúscula sociedade civil racializada, criada pelo Estado, e constituída por colonos, pelos seus descendentes e por minúsculas minorias de assimilados.

Quanto à emancipação social, Santos¹¹ a concebe como o processo histórico da crescente racionalização da vida social, das instituições, da política, da cultura e do conhecimento com um sentido e uma direção unilineares precisos, condensados no conceito de progresso. Vale ainda destacar que ele considera a tensão como constitutiva das duas grandes tradições teóricas da modernidade: o liberalismo político e o marxismo, com diferenças significativas entre elas. Enquanto o liberalismo político confina as possibilidades de emancipação ao horizonte capitalista, o marxismo concebe-a num horizonte pós-capitalista, porém ambos concebem o colonialismo no quadro historicista de um código temporal, o qual coloca os povos coloniais na “sala de espera” da história no aguardo que, a seu tempo, lhes trará os benefícios da civilização.

Segundo o referido autor, é no plano epistemológico que o colonialismo assume maior centralidade na concepção pós-moderna de oposição, a qual defende, e alega que as duas formas de conhecimento caucionadas pela modernidade ocidental, o conhecimento-regulação e o conhecimento-emancipação, são testemunhas disso. Ao formular esse pensamento, Santos⁹ afirma que o conhecimento-regulação é a forma de conhecimento que se constrói ao longo de uma trajetória entre a ignorância, concebida como o caos, e o saber concebido como ordem. Enquanto o conhecimento-emancipação se constrói ao longo de uma trajetória entre a ignorância concebida como colonialismo e o saber concebido como solidariedade. Acrescenta mais atributos à ignorância colonialista, ao afirmar que a mesma consiste na recusa do reconhecimento do outro como igual e na sua conversão em objeto, e que a mesma assume historicamente três formatos distintos: o selvagem, a natureza e o Oriente. A progressiva sobreposição da lógica do desenvolvimento da modernidade ocidental e da lógica do desenvolvimento do capitalismo levou à total supremacia do conhecimento-regulação que recodificou em seus próprios termos o conhecimento-emancipação. A forma de ignorância no conhecimento-

emancipação, o colonialismo, foi recodificado como forma de saber no conhecimento-regulação, ou seja, o colonialismo como ordem. É este, portanto, o traço do processo histórico: a ciência moderna consolida a sua primazia epistemológica progressivamente ao serviço do desenvolvimento capitalista.

Ao formular essa idéia, Santos^{9,11} acrescenta que no pós-moderno de oposição as subjetividades capazes de levá-las à transição paradigmática, no domínio social e político, seriam construídas a partir de três metáforas, a saber: a fronteira, o barroco e o Sul. Todas com a conotação de margem ou periferia, de fronteira; o barroco como um *ethos* subalterno da modernidade ocidental e o Sul, entendido como metáfora do sentimento humano causado pela modernidade capitalista. Através da metáfora do Sul, ele coloca as relações Norte/Sul no centro da reinvenção da emancipação social e demarca-se explicitamente do pensamento pós-moderno e pós-estruturalista dominante, nomeadamente Foucault apud Santos¹¹, por não tematizar a subordinação imperial do Sul ao Norte. Ao contrário disso, ele propõe como orientação epistemológica, política e cultural, a desfamiliarização com o Norte imperial e aprendizagem com o Sul¹¹. Adverte que o próprio Sul é um produto do império, e por isso, a aprendizagem com o Sul exige igualmente a desfamiliarização em relação ao Sul imperial, ou seja, em relação a tudo o que no Sul é o resultado da relação colonial capitalista. Assim, só se aprende com o Sul, na medida em que se concebe este como resistência à dominação do Norte, e se busca nele, o que não foi totalmente desfigurado ou destruído por essa dominação.

Santos^{9,11} afirma que, em contraposição às correntes dominantes do pensamento pós-moderno e pós-estruturalista, o pós-moderno de oposição que ele defende, concebe a superação da modernidade ocidental a partir de uma perspectiva pós-colonial e pós-imperial, a qual se posiciona nas margens ou periferias mais extremas da modernidade ocidental para daí lançar um novo olhar crítico sobre esta. Evidentemente este se posicionar nas margens, não significa do lado de fora delas, ao contrário, dentro das mesmas. A transição pós-moderna é concebida pelo autor como um trabalho de escavação nas ruínas da modernidade ocidental em busca de elementos ou tradições suprimidas ou marginalizadas, representações particularmente incompletas porque menos colonizadas pelo cânone hegemônico da modernidade que nos possa guiar na construção de novos paradigmas de emancipação social.

Entre as referidas representações e tradições, no pilar da regulação Santos⁹ identifica o princípio da comunidade, e no pilar da emancipação, a racionalidade estético-expressiva. Com base nessas representações e tradições ele constrói a idéia de transição

paradigmática, reconhece que só há transições *pósf-factum*, pois enquanto se transita, o sentido é ambíguo, se não mesmo, opaco. A despeito disso, ele assegura que vale a pena falar de transição para salientar a necessidade de experimentar e interpelar o sentido das transformações, por mais fugidio que ele seja. Sobretudo, porque as ruínas geram um impulso da reconstrução e permite-nos imaginar reconstruções muito distintas, mesmo que os materiais para elas sejam as ruínas e a imaginação.

Santos¹¹ afirma que o pós-colonialismo que defende decorre organicamente do pós-modernismo de oposição, e convida-nos ir além do pós-modernismo e do pós-colonialismo. Alega que esta abrangência e complexidade são o lastro histórico, cultural e político donde emerge a globalização contra-hegemônica como a alternativa construída pelo Sul em sua extrema diversidade. Os desafios da globalização contra-hegemônica obrigam-nos a ir além do pós-moderno e do pós-colonial na compreensão transformadora do mundo. Dentre tais desafios, ele destaca como primeiro, o pensar a emancipação social sem uma teoria social da emancipação social, e ao contrário do pós-moderno celebratório, sua defesa é de que a emancipação social seja a exigência ética e política mais premente do que nunca, no mundo contemporâneo. Ao contrário de algum pós-colonialismo, o termo não deve ser descartado por ser moderno e ocidental. O que precisa sim, diz ele, é ser reconceitualizado para integrar as propostas emancipatórias de transformação social formuladas pelos diferentes movimentos e organizações que compõem a globalização contra-hegemônica e que têm muito pouco a ver, em termos de objetivos, estratégias, sujeitos e formas de atuação com aquelas que construíram historicamente os padrões ocidentais de emancipação social.

Como ainda não se viveu essa experiência de imaginar credivelmente a emancipação social sem o recurso de uma teoria geral da emancipação social, que demandaria no mínimo, é necessário um trabalho prévio para criação de um consenso sobre a desnecessidade ou impossibilidade de uma teoria geral. Um consenso que se traduza num certo universalismo negativo capaz de produzir a idéia de que nenhuma luta, objetivo ou agente social da humanidade, tem a receita para a emancipação social da humanidade. Em substituição à teoria geral de emancipação social, Santos propõe⁹ um procedimento de tradução entre os diferentes projetos parciais de emancipação social sem que nenhum possa subordinar o outro em geral ou absorver qualquer outro.

O segundo desafio consiste em determinar em que medida a cultura e a filosofia política eurocêntrica são hoje indispensáveis para reinventar a emancipação social. E na medida em que o são, será necessário saber se tal indispensabilidade pode ir de par com

a constatação da sua inadequação e, portanto, com a busca de articulação com culturas e filosofias políticas não ocidentais. O que em síntese, significa dizer que isso é saber, em que medida alguns elementos da cultura européia são hoje patrimônio cultural e político mundial.

O terceiro desafio consiste em saber maximizar a interculturalidade sem subscrever o relativismo cultural e epistemológico, que em outras palavras quer dizer, construir uma posição ética e política sem fundá-la em nenhum princípio absoluto, seja ele a natureza humana ou o progresso, já que foi em nome deles que, historicamente, muitas aspirações emancipatórias se traduziram em violências e atrocidades, sobretudo, no Sul. É no campo desse desafio que a verificação da inadequação ou incompletude dos conceitos da cultura política ocidental deve servir de impulso à busca de conceitos alternativos oriundos de outras culturas e à promoção de diálogos entre eles. Diálogos designados por Santos^{9,11} como hermenêutica diatópica e que poderão conduzir a universalismos regionais ou setoriais construídos de baixo para cima, ou seja, as esferas públicas globais contra-hegemônicas a que também ele as chama de cosmopolitismo.

Por fim, o autor¹¹ descreve o último desafio indagando se é possível dar sentido às lutas sociais sem dar sentido à história e pensar emancipação social fora dos conceitos progresso, desenvolvimento, e modernização? A isso, ele responde que o pós-colonialismo tem feito uma crítica radical ao historicismo, sobretudo, sob o aspecto de que toda realidade social é determinada historicamente e deve ser analisada e avaliada em função do lugar e do período que ocupa num processo de desenvolvimento histórico concebido como unívoco e unidirecional. Ao prosseguir essa idéia afirma que o historicismo é hoje criticado tanto pelas correntes pós-modernas como pós-coloniais e se, por um lado, ele impede pensar que os países mais desenvolvidos, longe de mostrarem o caminho do desenvolvimento aos menos desenvolvidos, bloqueiam-no ou só permitem a estes países trilhá-lo em condições que reproduzem seu próprio subdesenvolvimento. Na concepção dos estágios de desenvolvimento fica sempre por explicar o fato dos países mais desenvolvidos terem iniciado seus processos de desenvolvimento sem necessidade de se confrontarem com outros países já então mais desenvolvidos que eles. Para além de desacreditar a idéia de modelos alternativos de desenvolvimento ou mesmo de alternativas ao desenvolvimento, o historicismo torna impossível pensar que os países menos desenvolvidos sejam mais desenvolvidos em algumas características específicas, as quais sempre são interpretadas em função do estágio geral de desenvolvimento em que a sociedade se encontra.

Ao retomar as considerações de Santos^{8,9,11} sobre a ciência moderna, destaco sua posição sobre a constituição das ciências sociais ter ocorrida em duas vertentes: uma mais diretamente vinculada à epistemologia e à metodologia positivistas das ciências naturais, e outra, de vocação antipositivista, baseada numa tradição filosófica complexa, fenomenológica, interacionista, mito-simbólica, hermenêutica, existencialista, pragmática. Essa última, reivindica para si, a especificidade do estudo da sociedade, tendo, porém, estabelecido para isso uma concepção mecanicista da natureza. Segundo o autor, a pujança da segunda vertente, nas duas últimas décadas, indica ser ela própria o modelo de ciências sociais, a qual numa época de revolução científica, transporta a marca pós-moderna do paradigma emergente.

Em síntese, à medida que as ciências naturais se aproximam das sociais, ambas aproximam-se das humanidades e a revalorização dos estudos humanísticos, por sua vez, acompanha a revalorização da racionalidade estético-expressiva das artes e da literatura, as quais, juntamente com o princípio da comunidade, formam uma representação inacabada da modernidade. "A dimensão estética da ciência na transição paradigmática ao reclamar para si uma proximidade com a criação literária ou artística, faz com que o discurso científico também se aproxime do discurso artístico e literário" (Santos)^{9:94}.

Essa compreensão do autor fica ainda mais evidenciada no texto a seguir:

a ciência moderna teve que lutar com um inimigo poderoso: os monopólios de interpretação fossem eles, a religião, o Estado, a família ou o partido. Uma luta travada com enorme êxito e cujos resultados positivos vão ser indispensáveis para criar um conhecimento emancipatório pós-moderno. O fim dos monopólios da interpretação é um bem absoluto da humanidade. No entanto, como a ciência moderna colonizou outras formas de racionalidade, destruindo assim o equilíbrio dinâmico entre regulação e emancipação em detrimento desta, o êxito da luta contra os monopólios da interpretação acabou dando lugar a um novo inimigo tão temível quanto o anterior, o qual a ciência moderna não podia senão ignorar: a renúncia à interpretação, renúncia paradigmaticamente patente no utopismo automático da tecnologia e também na ideologia e na prática consumista (SANTOS)^{9:95}.

No ensejo de concluir este capítulo, vale destacar que essas últimas considerações de Santos^{9,11} acerca de pós-moderno e pós-colonial, reforçam minha percepção da necessidade de leitura e reflexão epistemológica para melhor compreendermos a tríade contexto, processo e produção, seja essa última, de natureza científica, política ou social. Sobretudo, quando essa reflexão é de caráter hermenêutico tecido com elementos de suspeição e de recuperação, capazes de produzir maiores e

melhores condições para formulações e implementações de políticas públicas, porque encerra em si, a possibilidade de identificarmos e reconhecermos o papel e a contribuição dos sujeitos históricos nelas envolvidos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS: SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO CONTEXTO SOCIAL

Em 2006 a Estratégia Saúde da Família completou uma década de sua implementação como proposta de reconversão do modelo assistencial, na esfera da Atenção Básica, no contexto do SUS.

Ao recorrermos à produção acadêmico-científica sobre a Estratégia Saúde da Família é possível inseri-la, grosso modo, em duas categorias de análise têmporo-conceituais. No primeiro quinquênio, a mencionada produção esteve mais voltada à dimensão histórica do processo de implementação, e o no segundo, ainda que de maneira incipiente, parece voltar-se à avaliação de resultados da experiência. Estes, por sua vez, mais afeitos a aspectos organizativo-administrativos.

Do ponto de vista de uma análise de natureza programática, especialmente, dirigida a verificação de impactos da Estratégia sobre a realidade social, em caráter censitário, apenas foi possível identificar, pelo exercício de revisão de literatura, o estudo⁶⁷ realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com uma Universidade norte-americana.

A investigação A Prática de médico e enfermeiros de Equipes de Saúde da Família, um estudo avaliativo em municípios do Estado do Rio de Janeiro¹, realizada entre 200 e 2003, embora não fosse genuinamente voltada para análise de impacto, ajudou em grande medida, no exercício da leitura sobre a essencialidade da Estratégia no enfrentamento das desigualdades sociais.

Talvez, até se possa é dizer que a investigação era precária para esse fim, porém, isso em parte, se justifica pelo desenho investigativo que estava dirigido a outros aspectos, e em outra parte, porque inexistia uma série histórica de informações sobre indicadores de saúde, a partir do trabalho das Equipes de Saúde da Família. Mas, ainda assim, os resultados alcançados, permitiram uma leitura importante sobre essa dimensão avaliativa de impacto. Inclusive, a constatação de que não ocorreram mudanças em indicadores passíveis de alteração a partir das intervenções próprias do Programa, ajuda

referendar a força geradora de transformação do perfil sanitário da realidade onde a Estratégia está inserida.

À luz de uma leitura epistemológica, ancorada no pensamento de Boaventura Sousa Santos⁷⁻¹¹ e de Edgar Morin¹²⁻²⁴, é possível também afirmar que o Pólo de Capacitação em Saúde da Família, no exercício de sua missão programática de qualificação (formação graduada, pós graduada e educação permanente) dos atores estratégicos (técnicos, gestores e alunos) que implementam o SUS, também oferece importantes contribuições ao desafio superior do Ministério da Saúde e da sociedade brasileira, de enfrentar as desigualdades no campo da saúde, obstáculo estrutural ao desenvolvimento humano e social.

4. RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados alcançados com o estudo A Prática de médico e enfermeiros de Equipes de Saúde da Família, um estudo avaliativo em municípios do Estado do Rio de Janeiro¹, ainda que os mesmos suportem outras leituras, é possível sugerir análises que os complementam, com vistas a contribuir tanto ao aperfeiçoamento das ações de qualificação das Equipes de Saúde da Família como ao desenvolvimento de critérios, medidas e instrumentos de avaliação sobre a Estratégia Saúde da Família.

Embora a presente produção não tenha caráter metodológico, acredito ser pertinente e imprescindível recomendar a utilização dos indicadores e instrumentos próprios elaborados para realização da mencionada pesquisa. Os mesmos, sem dúvida, representam constituem uma preciosidade para estudiosos e interessados em realizar avaliações em saúde na área da Estratégia, como também de modo geral.

5. REFERÊNCIAS

1. 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).
2. Peres EM.; Dal Poz MR.; Grande NR. Visita Domiciliar, espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. Revista Enfermagem UERJ. v.14, p.208-13, abril/junho 2006. Rio de Janeiro.
3. 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. In: Journal Human Resources for Health. MS ID: 6494469901062561.
4. Peres E.M. *Rio de Janeiro's Training Center in Family Health: Impact Evaluation of its Educative Interventions upon Primary Health Care Services Delivery*. In Managing a Sucessful TUFH Field Project Mini Symposium. May 2001, Rockford. Edited by Jack Bryant, Charles Boelen and Buz Salafsky: World Health Organization, Genova; 2001: 25-26.
5. Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro (RJ): Editora Paz e Terra; 1988.
6. Freire. Pedagogia da autonomia - saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro (RJ): Editora Paz e Terra; 1996.
7. PROFAE
8. Santos BS. Introdução a uma ciência pós-moderna. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1989.
9. 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.
10. Santos BS. Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo (SP): Cortez; 2003.
11. Santos BS. Conhecimento Prudente para uma Vida Decente: "Um Discurso sobre as Ciências" Revisitado. São Paulo (SP): Cortez, 2004.
12. Morin E. Para sairmos do século XX. Tradução de Vera Azambugi Harvey. Rio de Janeiro (RJ): Editora Nova Fronteira; 1986.
13. 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.
14. Morin E. O Método III: O conhecimento do conhecimento. 2.ed. Tradução de Juremir Machado da Silva. Porto Alegre (RS): Sulina, 1999. 288 p.
15. Morin E. Saberes Locais e Saberes Locais: o olhar transdisciplinar Participação de Marcos Terena. Rio de Janeiro; Editora Garamond, 2001.
16. Morin E. A religação dos saberes: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2002a.
17. Morin E. Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios necessários. Almeida MC, Carvalho EA (organizadores). São Paulo (SP): Editora Cortez; 2002.
18. Morin E. O Método II: A vida da vida. 2.ed. Tradução de Marina Lobo. Porto Alegre (RS): Sulina, 2002c. 528 p.
19. Morin E. O Método IV: As idéias, habitat, vida, costumes, organização. 2.ed. Tradução de Juremir Machado da Silva. Porto Alegre (RS): Sulina, 2002d. 320 p.
20. Morin E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro (RJ): Editora Bertrand Brasil; 2003.

21. Morin E. O Método I: A natureza da natureza. 2.ed. Tradução de Ilana Heineberg. Porto Alegre (RS): Sulina, 2003b. 480 p.
22. Morin E. O Método V: A humanidade da humanidade. 2.ed. Tradução de Juremir Machado da Silva. Porto Alegre (RS): Sulina, 2003c. 312 p.
23. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução de Eloá Jacobina. Rio de Janeiro (RJ): Editora Bertrand Brasil; 2004.
24. 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.
25. Morin E. O Método VI: Ética. Tradução de Juremir Machado da Silva. Porto Alegre (RS): Sulina, 2005. 222 p.
26. 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, 180p.
27. OPS/OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud em la transformación dos Sistemas Nacionales de Salud: la administración estratégica. Washington, D.C., p.160, 1992.
28. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988.
29. BRASIL. *Lei 8.080, 19.09.1990*.
30. 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.
31. Declaração de Alma Ata . In: 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.
32. 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.
33. Almeida C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. In: Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro (RJ). Ano XXIV, V 24, N° 54, janeiro/abril 2000.
34. 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; p.3-5.
35. 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; p.15-24.
36. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília (DF), 1996.
37. Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI. In: Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 21-25 de junho de 1997; Jacarta, República da Indonésia.
38. Gentile M. Promoção da Saúde. In: Promoção da Saúde, Ano 1, agosto/outubro de 1999. Ministério da Saúde. Brasília (DF). P.9-11.
39. 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, 15 (Sup.): 177-185 1999.
40. 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. p.15-38.
41. Mansur MC. O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências década de 1990. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Cruz. Rio de Janeiro, 2001. Tese de Mestrado, 119p.
42. Marques RM, Mendes A. A dimensão do financiamento da Atenção Básica e do PSF no contexto da Saúde – SUS. In: Sousa MF, organizadora. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo (SP): Hucitec, 2002, 217 p.

43. Ministério da Saúde (Br). Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 01/96. Brasília (DF); 1996.
44. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. A prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS. Série histórica do CNS, 1. Brasília (DF); 2000.
45. Arouca S. Implementação da reforma s através do SUDS. Rio de Janeiro (RJ). In: Revista Saúde em Debate. V.22; 49-54, outubro de 1988.
46. 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. In: Revista Divulgação em Saúde para Debate. Os caminhos do PSF no Brasil, as cidades escrevendo suas histórias. Nº 21, dezembro de 2000. Rio de Janeiro (RJ).
47. Feuerwerker LCM. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. In: Revista Divulgação em Saúde para Debate. O movimento de mudança da formação de profissionais de saúde no Brasil. Nº 22, dezembro de 2000. Rio de Janeiro (RJ), p.18-35.
48. Feuerwerker LCM, Kalil ME, Baduy R. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem: as lições aprendidas pela Rede UNIDA. In: Revista Divulgação em Saúde para Debate. O movimento de mudança da formação de profissionais de saúde no Brasil. Nº 22, dezembro de 2000. Rio de Janeiro (RJ), p.49-62.
49. Almeida MJ. Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança. Londrina (Pr.) Ed. UEL; Rio de Janeiro (RJ): ABEM; 1999, 196p.
50. Teixeira CF, Paim JS. Políticas de Formação de Recursos Humanos em Saúde: Conjuntura Atual e Perspectivas. Divulgação em Saúde para Debate. Nº12, 1996. p.19-23.
51. 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. Nº 21, dezembro de 2000. Rio de Janeiro (RJ).
52. Sousa MF. A Enfermagem construindo sua prática: mais que uma conquista no Programa Saúde da Família (PSF). Revista Brasileira de Enfermagem. Saúde da Família. V.53, Nº especial. Brasília (DF): dezembro 2000. 173p.
53. Ministério da Saúde (Br). Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil. Brasília (DF): SUS; 2002.
54. Kliksberg B. Desigualdade na América Latina, o debate adiado. 2.ed. Tradução de Sandra Trabucco Valenzuela. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2001.
55. Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v 08, nº 2. Rio de Janeiro (RJ), 2003.
56. Starfield B. Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO/Ministério da Saúde. Brasília. 2002. 726p.
57. Campos GWS. Reforma da Reforma – repensando a saúde. São Paulo (SP): Hucitec. 1997.
58. Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo (SP): Hucitec 2ª. ed. 1999.
59. Levcovitz E, Garrido NG. Daúde da Família: a procura de um modelo anunciado. Cadernos Saúde da Família, ano I, nº 1, p.3-8. Brasília (DF): 1996.
60. Cordeiro H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. Cadernos Saúde da Família, ano I, nº 1, p.10-15. Brasília (DF): 1996.
61. Sobrinho EJMA, Chiesa AM, Sousa MF. PSF: um sonho possível. In: Sousa MF, organizadora. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo (SP): Hucitec, 2002, 217 p.
62. Sobrinho EJMA, Sousa MF. O PSF nos grandes municípios: São Paulo, um investimento à parte. In: Sousa MF, organizadora. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo (SP): Hucitec, 2002, 217 p.
63. Ministério da Saúde (Br). Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Avaliação Qualitativa do PACS. Brasília (DF), 1994a.
64. Ministério da Saúde (Br). Saúde dentro de casa – Programa Saúde da Família. Brasília (DF). 1994b.

65. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade: Saúde da Família, uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília.1997a
66. Ministério da Saúde (Br). Saúde no Brasil. Brasília (DF), 1997b.
67. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: Saúde da Família no Brasil, uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília (DF) 2006.
68. Ministério da Saúde (Br). Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília (DF): SUS; 2001.
69. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília (DF); 1998. 98p.
70. Ministério da Saúde (Br). Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 2000.
71. Carvalho AI, Ribeiro JM Modelos de Atenção à Saúde. In: Carvalho, A.I.; Goulart FA. Gestão em Saúde (Unidade II: Planejamento da atenção à saúde). Rio de Janeiro/Brasília: FIOCRUZ/UnB; 1998.
72. Souza HM. Análise das Práticas Assistenciais na Área de Saúde da Mulher nas Equipes do Programa de Saúde da Família: um Estudo de Caso em Estado Selecionado, in: Pierantoni CR.; Vianna CM. Gestão de Sistemas de Saúde, IMS/UERJ, Ed SEGRECAR, Rio de Janeiro, 2003. p. 201.
73. 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, v. 8, n. 2, p. 11- 48, 1998.
74. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Revista Ciências&Saúde coletiva v.6 n.2. Rio de Janeiro (RJ): 2001.
75. Souza HM, Gil CRR, Cerveira MAC, Torres ZF. A implantação de uma nova mentalidade. Revista Brasileira Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. Ano II, p.10-3, dezembro de 2002. Brasília (DF).
76. Ministério da Saúde (Br). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf/equipes/quantos_agentes.htm>. Acesso em: outubro 2006.
77. Machado MH. Programa Saúde da família, algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: Sousa MF, organizadora. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo (SP): Hucitec, 2002, 217 p.
78. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis J-L, Pineault R. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: Hartz Z M A (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.29-48.
79. Patton MQ. Utilization-Focused Evaluation: the New-Century Text, 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1997.
80. Cohen E, Franco R. Avaliação de projetos sociais. Petrópolis: Vozes, 1984.
81. Hartz ZMA. Avaliação dos Programas de Saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. Ciência & Saúde Coletiva, v. 4, n. 2, p. 341-354, 1999.
82. Silva RR, Brandão D. Os quatro elementos da avaliação. São Paulo: Instituto Fonte, 2003.
83. Penna Firme T. Avaliação em Rede. In: RITZ – Rede de Informações para o Terceiro Setor. Seção Tema do Mês - Setembro de 2003. Disponível em: <http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_tmset2003.cfm>. Acesso em: 16 set. 2003.
84. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1992-1999.
85. FIRJAN. Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. Desigualdade social: a visão empresarial. Rio de Janeiro, 2002.
86. Peregrino FO, Luz TP, KORNIS GE. et al. (orgs.). Estabelecendo prioridades em políticas públicas através de indicadores de desenvolvimento humano: longevidade, educação, renda, infância, habitação. Rio de Janeiro: Litteris, 2001. 150 p.
87. Paim JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde, cap. 20. 5a. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999a. p. 473-87.

88. Barros RP, Foguel MN. Focalização dos gastos públicos sociais e erradicação da pobreza: Desigualdade e Pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.
89. 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.
90. CEPAL - Comissão Econômica para América Latina y Caribe. Panorama Social de América Latina 2001-2002. Publicação das Nações Unidas com sede em Nova York, EUA. Impressa em Santiago do Chile. 2002.
91. Castoriadis C. Para si e subjetividade. In: PENA-VEJA, A.; NASCIMENTO, E.P. (orgs.). O pensar complexo - Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro (RJ): Editora Garamond, 1999. 204 p.
92. Giles TR. O que é filosofia. São Paulo: EPU, 1984. 52p.
93. Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 1999.
94. Russ J. Pensamento ético contemporâneo. Tradução de Marcondes Cesar. São Paulo: Editora Paulus; 1999.
95. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 30a ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra, 2004.
96. Russel B. História do Pensamento Ocidental: A aventura das idéias dos pré-Socráticos a Wittgenstein. Tradução de Laura Alves e Aurélio Rebello. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002. 463p.
97. Regner AC. Uma nova racionalidade para a ciência? In: BOAVENTURA, S.S. (org.). Conhecimento Prudente para uma Vida Decente: "Um Discurso sobre as Ciências" Revisitado. São Paulo (SP): Cortez; 2004.
98. Luz M. Estudo Comparativo das Medicinas Ocidental, Contemporânea, Homeopática, Tradicional Chinesa e Ayurvédica em Programas Públicos de Saúde: VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, IMS, 1996. Série Estudos em Saúde Coletiva, no 140.
99. Abbagnano N. Dicionário de filosofia. Tradução de Alfredo Bosi. São Paulo: Mestre Jou, 1970. 976p. saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Getúlio Vargas, 1993.
100. CUPANI, A. A crítica do Positivismo e o futuro da filosofia. Florianópolis (SC): UFSC, 1985. 128p.
101. Dussel E. Ética da Libertação: na idade da globalização e da exclusão. 2.ed. Tradução de Ephraim Ferreira Alves, Jaime A. Clasen, Lúcia M. E. Orth. Petrópolis, 2002.