



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Eliane Martins de Souza Guimarães

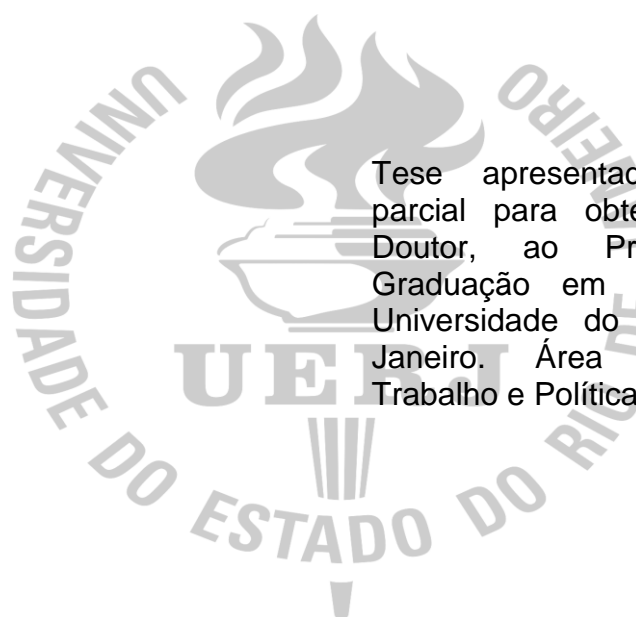
**A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família:
desvelando contradições e construindo mediações críticas**

Rio de Janeiro

2016

Eliane Martins de Souza Guimarães

**A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família:
desvelando contradições e construindo mediações críticas**



Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Maria de Vasconcelos.

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CCSA

G963 Guimarães, Eliane Martins de Souza.
A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família: desvelando contradições e construindo mediações críticas / Eliane Martins de Souza Guimarães. – 2016.
343 f.

Orientadora: Ana Maria de Vasconcelos.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social.
Bibliografia.

1. Política de saúde – Brasil – Teses. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 3. Família – Saúde e higiene-Brasil – Teses. 4. Reforma Sanitária – Teses. I. Vasconcelos, Ana Maria de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 614(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Eliane Martins de Souza Guimarães

**A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família:
desvelando contradições e construindo mediações críticas**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Aprovada em 31 de outubro de 2016.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Ana Maria de Vasconcelos (Orientadora)
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Prof.^a Dra. Maria Inês de Souza Bravo
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Prof.^a Dra. Mônica de Castro Maia Senna
Universidade Federal Fluminense - UFF

Prof.^a Dra. Rita de Cássia Cavalcante Lima
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Rio de Janeiro

2016

*Aos mestres,
por me ajudarem a passar ao outro lado do rio!*

AGRADECIMENTOS

Vivemos em uma sociedade em que o acesso à educação superior, pública, gratuita e de qualidade, ainda é um privilégio. Para alcançar uma realização como esta, muitas são as barreiras que ainda precisam ser superadas!

Em tempos em que o discurso da meritocracia tem colocado o empenho pessoal acima das condições e oportunidades, chegar ao final deste percurso é um ato de resistência!

Por isso, não há como deixar de expressar minha profunda gratidão aos muitos que compartilharam deste sonho e me deram sustento material, emocional, espiritual e intelectual.

Sou grata a Deus, por me permitir ser uma pessoa de coração livre e poder desfrutar de seu amor e cuidado!

Agradeço a fortaleza das mulheres de minha família, minha avó Glória (*in memoriam*), minha tia Dulce e minha mãe Sirlei, pela inspiração para a luta cotidiana!

Aos familiares, tios e tias, primos e primas, meus irmãos Glaucia e Lucas, que mesmo com a distância, estiveram sempre por perto.

À família que a vida me presenteou: Flávia, Wanderley (Heitor e Heloisa), Juliana, Wellington, Doris, Sebastião (*in memoriam*), Lucas, Laila, Gilma, Geraldo, Fernanda e Ana Clara. Vocês são fundamentais na minha caminhada!

Aos que já me acolheram em suas casas, por tantos lugares que já passei: Cleide e Lúcia, família Jacyntho, Piu e Rubia, Elisabeth e Walter, Noêmia e André. Agradeço pela casa, comida, carinho, cuidado!

À família Guimarães, pela acolhida na família e incentivo!

Ao Fabio, por viver este sonho comigo!

Aos mestres, professores que deixaram suas marcas em minha vida, em todos os momentos de formação. À banca examinadora, pela generosidade e partilha!

À querida orientadora Ana Vasconcelos, pela parceria, paciência e profunda afetividade na condução deste processo!

Ao setor de Reumatologia da PPC/ HUPE/ UERJ, pela possibilidade de seguir em frente!

Aos colegas de trabalho e estudo, que em vários momentos se tornaram família! Uma lembrança especial *in memoriam* de Josi Ramos, colega de turma de doutorado, vítima de brutal violência.

Ao Departamento de Serviço Social da UFF pela concessão do afastamento, sem o qual não seria possível a conclusão deste trabalho!

Aos usuários e alunos, com quem sempre aprendo. Vocês me inspiram a permanecer na luta!

Al Otro Lado Del Río

*Clavo mi remo en el agua
Llevo tu remo en el mío
Creo que he visto una luz
al otro lado del río*

*El día le irá pudiendo
poco a poco al frío
Creo que he visto una luz
al otro lado del río*

*Sobre todo creo que
no todo está perdido
Tanta lágrima, tanta lágrima
y yo, soy un vaso vacío*

*Oigo una voz que me llama casi un suspiro
Rema, rema, rema-a Rema, rema, rema-a*

*En esta orilla del mundo
lo que no es presa es baldío
Creo que he visto una luz
al otro lado del río*

*Yo muy serio voy remando muy adentro sonrío
Creo que he visto una luz al otro lado del río*

Jorge Drexler, 2004

RESUMO

GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. *A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família: desvelando contradições e construindo mediações críticas*. 2016. 343 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A presente tese tem como objetivo analisar a abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família no contexto da disputa hegemônica entre projetos de sociedade e saúde no Brasil. Apontada pelo Ministério da Saúde como estratégia para mudança do modelo assistencial, a implantação da Saúde da Família, em um cenário de políticas focalizadas, passa a exigir a formulação de recursos instrumentais para abordagem e intervenção junto às famílias e à comunidade. A pesquisa foi orientada pela hipótese de que a abordagem familiar e comunitária retoma perspectivas conservadoras. Para a problematização da temática, tomamos como referencial o método crítico-dialético. A apreensão do objeto de pesquisa foi realizada a partir de pesquisa bibliográfica, com uma análise sócio histórica, a partir de referências da Teoria Social, da Saúde Pública e Coletiva e do Serviço Social, que tratam dos temas capitalismo, saúde, família, comunidade. Objetivamos compreender como se organizou a política de saúde diante das demandas do capitalismo e como se configurou o atendimento à família e à comunidade em diferentes momentos históricos. Num segundo momento, analisamos o material didático de cursos de especialização em Saúde da Família, disponibilizado pelos espaços de formação da UNA-SUS, por meio eletrônico, publicado entre 2009 e 2016, ofertados pelas seguintes universidades: UERJ, UNIFESP, UFMG, UFMA, UFMS, UFSC. A análise do material foi realizada a partir do reconhecimento do conteúdo, sistematização dos dados e análise dos resultados através dos eixos: concepção saúde e doença, política de saúde, processo de trabalho, educação em saúde, família, comunidade e instrumentos de abordagem. Na construção histórica da política de saúde, a família e a comunidade têm sido espaços para a reprodução de lógicas de controle e ajustamento social, por meio de práticas higienistas, campanhistas, desenvolvimentistas, mas também mobilizadoras da luta pela saúde como direito. Na disputa hegemônica entre projetos na saúde, a Saúde da Família expressa o transformismo de grupos da Reforma Sanitária, reafirma o movimento de racionalização do SUS e evidencia a tendência de valorização do enfoque psíquico em detrimento do social. Como pode-se observar no conteúdo dos cursos, a abordagem familiar e comunitária é construída a partir de referências sistêmicas, funcionalistas, fenomenológicas e pós-modernas, que desde a década de 1970 são questionadas no âmbito do Serviço Social brasileiro. No contexto da contrarreforma reafirmam a lógica da subjetivação da vida social, do empoderamento, da transferência de responsabilidades, da responsabilização pela proteção social por meio do cuidado, da individualização e consequente culpabilização pelas condições de vida e de saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família. Abordagem familiar e comunitária. Reforma Sanitária. Sistema Único de Saúde. Contrarreforma.

ABSTRACT

GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. *The Family and community approach in Family Health: uncovering contradictions and building critical mediations*. 2016. 343 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

This thesis aims to analyze the family and community approach to Family Health in the context of hegemonic dispute between society and health projects in Brazil. Appointed by the Ministry of Health as a strategy to change the care model, the implementation of the Family Health, in a scenario of targeted policies, now requires the formulation of instrumental resources to approach and intervene with the families and the community. The research was guided by the hypothesis that the family approach and community recovery conservative perspectives. To problematize the theme, we take as reference the critical-dialectical method. The apprehension of the research object was made from bibliographical research, with a historic partner analysis from the review of references of Social Theory, Public Health and Collective and Social Service, which deal with themes such as capitalism, health, family, community. We aim to understand how health policy is organized facing the demands of capitalism and how to set up the assistance to the family and the community at different historical moments. In a second stage, we analyze the teaching material of specialized courses in Family Health, provided by the spaces of formation of the UNA-SUS, by electronic means, published between 2009 and 2016, offered by the following universities: UERJ, UNIFESP, UFMG, UFMA, UFMS, UFSC. The analysis of the material was carried out from the recognition of content, data systematization and analysis of results through the axes: conception about health and disease, health policy, work process, health education, family, community and approach instruments. In the historic construction of health policy, the family and the community have been spaces for reproduction of control logics and social adjustment through hygienists practices, campaigners, developmentalists, but also mobilizing the struggle for health as a right. In the hegemonic dispute between projects in the health, the Family Health expressed the transformism of the Health Reform groups, reaffirms SUS rationalization movement and shows the upward trend of the mental approach to the detriment of the social. As can be seen in the content of courses, family and community approach is built from systemic references, functionalist, phenomenological and postmodern, which since the 1970s are questioned under the Brazilian Social Service. In the context of counter-reform it reaffirms the logic of subjectivity of social life, empowerment, transfer of responsibilities, accountability for social protection through care, individualization and consequent culpability by living conditions and health.

Keywords: Family Health. Family and Community. Sistema Único de Saúde. Approach Health Reform.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Caracterização de Instituições e Cursos analisados.....	32
Quadro 2 – Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Instituições e proposta curricular.....	34
Quadro 3 – Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Caracterização geral das perspectivas de abordagem.....	35
Quadro 4 – Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Concepções do Processo saúde doença.....	198
Quadro 5 - Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Processo de trabalho.....	211
Quadro 6 - Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Perspectiva dos cursos com relação a família.....	241
Quadro 7 - Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Instrumentos de abordagem familiar.....	262
Quadro 8 - Estágios do ciclo de vida. A união no casamento: a nova família (jul/2011) UFMG.....	264
Quadro 9 - Comparação dos estágios de ciclo de vida entre famílias “profissionais”/Universitárias e famílias de “baixa renda.....	266
Quadro 10 - Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Processo de trabalho. Perspectivas da abordagem comunitária.....	277
Quadro 11 - Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Perspectiva de Educação em Saúde.....	289

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ARES	Acervo de Recursos Educacionais em Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
BNH	Banco Nacional de Habitação
CAPES	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EaD	Ensino a Distância
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FUNABEM	Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor
HUs	Hospitais Universitários
IABAS	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OSCIPS	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais

OSs	Organizações Sociais
PAB	Piso da Atenção Básica
PACs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PrevSaúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SESI	Serviço Nacional da Indústria
SESC	Serviço Social do Comércio
SESDC	Secretaria de Saúde e Defesa Civil
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SPDM	Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFMS	Universidade Federal do Mato-Grosso do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

UNESP Universidade Estadual Paulista
UNIFAL Universidade Federal de Alfenas
UNIFESP Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	PARA A APREENSÃO CRÍTICA DO TRABALHO EM SAÚDE	38
1.1	As determinações do capitalismo na totalidade da vida social	40
1.2	A política de saúde como estratégia de enfrentamento da questão Social	52
1.3	A direção social do trabalho nos serviços de saúde	60
2	O MOVIMENTO DE DISPUTA HEGEMONICA NA POLÍTICA DE SAÚDE ...77	
2.1	A saúde pelo controle do social	79
2.2	A hegemonia pelo controle da doença	85
2.3	As contradições do projeto de contra-hegemonia pela saúde ampliada ..97	
2.4	A proposta de Atenção Primária no contexto neoliberal	107
2.5	A disputa hegemônica nos sistemas de saúde	123
3	A SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL ENTRE A REFORMAS	138
3.1	As particularidades da política de saúde no Brasil	139
3.2	O projeto de Reforma Sanitária brasileira e a disputa hegemônica	152
3.3	O Sistema Único de Saúde e a Contrarreforma	166
3.4	A Saúde da Família: entre a reforma e a contrarreforma	184
4	A ABORDAGEM FAMILIAR E COMUNITÁRIA NA SAÚDE DA FAMÍLIA ..209	
4.1	As contradições da disputa hegemônica no processo de trabalho	210
4.1.1	<u>As particularidades do processo de trabalho na Saúde da Família</u>	229
4.2	As relações familiares como objeto de intervenção na Saúde da Família	240
4.2.1	<u>Os instrumentos de abordagem familiar</u>	261
4.3	As relações comunitárias como estratégia de abordagem social	276
4.3.1	<u>As estratégias de educação em saúde</u>	288
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	302
	REFERÊNCIAS	318

INTRODUÇÃO

Das inquietações cotidianas às problematizações acadêmicas

A presente tese de doutorado apresenta uma análise da abordagem familiar e comunitária nos serviços de saúde – com foco na Saúde da Família¹ - situada na disputa hegemônica entre projetos de saúde e sociedade. A problematização da temática propõe desvelar suas contradições para construir mediações críticas.

As reflexões que aqui apresentamos são fruto de nossa vivência profissional, como trabalhadora na área da saúde, e pessoal, como usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). A temática da saúde tem se feito presente em todo o nosso processo de formação acadêmica perpassando a graduação, especialização, o mestrado e agora o doutorado.

Foi ainda na graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista (UNESP/Franca, 2001-2004), como bolsista que estudava o acesso ao tratamento de pacientes diabéticos, que reconheci que o direito à saúde e à vida não poderia ser privilégio e sim, um direito universal, garantido a todos! Mas foi como residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família realizado pela Casa de Saúde Santa Marcelina em São Paulo (2005-2007) que tais questionamentos foram ampliados. A experiência de construir um trabalho multiprofissional diante das demandas sociais de saúde na comunidade, no território, no cotidiano, na casa dos sujeitos, nos confrontou com nossos princípios éticos. Nesse espaço de formação, a aproximação com as metodologias de abordagem familiar e comunitária nos provocou em relação às suas bases teórico-metodológicas

¹ Considerando as diferentes nomenclaturas já utilizadas para o serviço – Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs), Programa Saúde da Família (PSF), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Médico de Família, Clínica da Família e outras denominações locais) - além do debate entre o uso dos termos Atenção Básica e Atenção Primária, neste trabalho, optamos por utilizar o termo Saúde da Família para caracterizar este serviço. A construção do SUS em um cenário de contradições elegeu a Atenção Básica como estratégia para a reorganização do modelo assistencial da saúde, voltado para a atenção integral através da promoção e da prevenção, como serviço de porta de entrada para o SUS. Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), a Saúde da Família propõe um modelo de atenção com ênfase no contexto familiar e comunitário para facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e a extensão da cobertura na tentativa de garantir a qualidade da assistência de forma humanizada. No entanto, diversos estudos apontam que tal mudança de modelo ainda não foi alcançada, sendo este debate realizado ao longo deste trabalho.

e nos desafiou a criar intervenções pautadas no reconhecimento das contradições da política de saúde e do papel dos profissionais na intervenção social.

Com esses questionamentos que nos levaram à continuidade dos estudos, a dúvida entre seguir pela Saúde Pública ou pelo Serviço Social surgiu, e a escolha se deu justamente por acreditarmos que o acúmulo crítico construído pelo Serviço Social poderia em muito contribuir para a ampliação do debate sobre a temática. Nessa direção, a dissertação de mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGSS/UERJ-2008-2010), que analisou as experiências de inserção dos assistentes sociais na Saúde da Família, reconheceu que as demandas sociais da saúde levaram a ampliação do campo de trabalho para os assistentes sociais, ao mesmo tempo em que trouxeram o desafio de tornarem claras as contradições em relação à análise da política de saúde, seu processo de trabalho e os instrumentos de abordagem.

Somam-se a estas vivências acadêmicas as inquietações do exercício profissional como assistente social atuando no judiciário, na assistência social e na saúde. Foi a decisão profissional de atuar com um pé no atendimento direto aos usuários e outro na academia, que nos permitiu construir os questionamentos que fazem parte da tese que aqui apresentamos.

No decorrer desse percurso de experiências e problematizações sobre a Saúde da Família, nos deparamos com os elementos centrais da proposta de atenção básica no país: a família e a comunidade. Daí nossa pergunta inicial: como a família e a comunidade têm sido abordadas nos serviços de saúde? Para esta questão, encontramos alguns apontamentos destacados nas poucas publicações sobre o tema que nos ajudaram a reconhecer a necessidade de ampliação de possíveis respostas por meio desta pesquisa.

Uma das demandas imediatas apresentadas aos assistentes sociais quando se inserem na Saúde da Família é o trato das expressões da questão social² no cotidiano dos serviços. Sim, este é o nosso objeto de trabalho. No entanto, é preciso reconhecer que a ampliação da Saúde da Família com implantação prioritária em áreas periféricas e com caráter focalizado, colocou os profissionais de saúde em

² Consideramos a questão social como “resultado do processo de acumulação capitalista que representa o conjunto de desigualdades e lutas sociais entre burguesia e proletariado que revelam a sociedade de classes”, conforme aponta Iamamoto (2007, p.27). Um debate detalhado sobre a questão social e a saúde será realizado no primeiro capítulo deste trabalho.

contato direto com situações que antes, eram vistas como demandas exclusivas de assistentes sociais. Diferente do atendimento hospitalar ou até mesmo da Unidade Básica de Saúde, o processo de trabalho na Saúde da Família traz como exigência aproximação com a realidade local³ e o vínculo com os sujeitos. Seja no consultório, na visita domiciliar, nas reuniões de grupo, nas ações comunitárias, no atendimento na Saúde da Família as demandas de saúde se apresentam de forma concreta e revelam as precárias condições de vida e trabalho dos sujeitos. Os profissionais de saúde entram em contato com a história, a casa, a família, a comunidade de forma muito próxima e convivem diariamente com todos os limites do acesso aos direitos naquele território, o que nos faz questionar: **como e em quais condições os profissionais de saúde apreendem essa realidade e enfrentam estas demandas?**

Apesar da centralidade da questão social na saúde, a tese defendida por Wiese (2010, p. 278), em um estudo sobre as demandas sociais na saúde na perspectiva das equipes de Saúde da Família, aponta que “o social ainda é restrito no âmbito das práticas profissionais” e “ainda são um desafio à construção de práticas vinculadas em sua perspectiva de direito”. Destaca que o modelo biomédico ainda é determinante e que o “social é entendido pelos profissionais como algo marginal que se reflete nas práticas com ações focais e fragmentadas”. Portanto, ao reconhecer as dificuldades em se considerar a dimensão social da questão da saúde, conseqüentemente são evidenciados os limites na formulação de intervenções na esfera familiar e comunitária, o que nos leva a considerar outro elemento que se apresenta como problemático: **o processo de formação profissional na área da saúde.**

As lacunas do processo de formação de trabalhadores da saúde, em especial a formação voltada para o SUS, apresentam-se como importante limite à proposta de trabalho voltada para a família e a comunidade e são apontadas por diversos autores. Vasconcelos e Baltar (2014, p. 250), abordando a formação nos Hospitais

³ O atendimento nas Unidades de Saúde da Família é realizado tendo como referência a área de abrangência. As áreas são divididas em micro áreas e atendidas por uma equipe mínima, composta por profissional médico de família, de enfermagem, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando ampliada conta ainda com dentista, auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. São adotados instrumentos como visita domiciliar, grupos educativos e consultas como estratégias de assistência à saúde. As atividades são realizadas com a priorização de grupos como hipertensos, diabéticos, idosos, recém-nascidos, combate à tuberculose e hanseníase, saúde da mulher, entre outros (Brasil, 2006). Mais detalhes sobre o processo de implantação deste modelo no Brasil e no mundo serão trabalhados no segundo capítulo.

Universitários (HUs), observam “que os aspectos socializantes e emancipatórios da Reforma Sanitária e do SUS não estão sendo apropriados”. Com isso a maioria dos profissionais “[...] não se reconhece como sujeitos do SUS, o que impacta diretamente o cotidiano da prática na saúde, a formação, a assistência e a pesquisa”.

Pereira (2008, p. 411), ao analisar a relação trabalho, educação e saúde, indica que a noção de capital humano tem sido articulada à empregabilidade para “garantir a escolaridade/ formação profissional, com base na competência, eficiência adaptativa e competitiva”, reafirmando a educação dos trabalhadores da saúde para o capital.

No processo de implementação da Saúde da Família, a formação foi direcionada por polos de capacitação, formação e educação permanente, que por meio dos cursos introdutórios promoveu capacitações junto às equipes. As novas demandas para a área levaram à ampliação das residências e cursos de especialização. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde em 2003 intensificou o movimento de formulação de uma política de educação permanente, que foi aprovada em 2004⁴. Em 2006, a educação permanente passou a ser parte integrante do Pacto pela Saúde, na tentativa de fortalecimento da formação voltada para o SUS. As iniciativas de formação voltadas para a Saúde da Família têm sido produzidas em um contexto complexo em que coexistem interesses públicos, corporativos e de mercado (TEIXEIRA, VILASBÔAS, 2010).

Para a atuação em territórios marcados pela desigualdade e pobreza, é preciso que os profissionais de saúde possam compreender as disputas ali existentes, tanto entre projetos societários como entre modelos assistenciais. As lacunas do processo de formação em saúde evidenciam a necessidade de investimento no processo de formação e capacitação e construção de estratégias para aproximação com a realidade social, em uma perspectiva crítica.

A ampliação da Atenção Básica no país, trouxe a necessidade de recrutamento de um grande número de profissionais de saúde para atuar nestes serviços. Diante dos limites do processo de formação em saúde e buscando

⁴ A Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A Portaria nº 1.996/GM/MS/ 2007 dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

responder ao “como fazer”, foram construídas estratégias por meio de cursos de formação e a elaboração de instrumentos de análise e intervenção direcionada para a família e a comunidade. Sobre a abordagem adotada pelos profissionais na assistência direcionada para atender as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde, Ribeiro (2004) aponta que:

Mesmo o PSF tendo um caráter excessivamente prescritivo, não se encontram, em documentos oficiais, orientações sobre como conduzir a ação profissional frente às questões levantadas sobre dinâmica familiar, ou como aplicar a Teoria de Sistemas, adotada pelo PSF, mantendo a evidência de que a família é predominantemente uma referência na atenção básica de saúde. Mas a falta de consenso produz dificuldades de entendimento, de planejamento, no cuidado, na orientação para a formação profissional, além de frustrações pelas expectativas não atendidas. O que decorre é que "a metamorfose dos papéis e objetivos assistenciais adere-se à indefinição de questões conceituais, principalmente, sobre família e intimidade, às disfunções presentes no conjunto assistencial do Sistema de Saúde, às fragmentações das ações de saúde junto à família decorrentes do modelo multidisciplinar adotado no processo de trabalho da ESF (RIBEIRO, 2004, p. 664).

Observamos que a priorização da família e da comunidade não veio acompanhada dos recursos necessários para sua análise e para a intervenção. Considerando que não há neutralidade na atuação profissional, é preciso reconhecer que as estratégias construídas por meio de instrumentos de abordagem revelam uma direção teórico-metodológica adotada como fonte de análise da realidade social e suas formas de intervenção, o que coloca a questão: **em que direção estão sendo construídas tais abordagens?**

Como exemplo, destacamos alguns instrumentos que são apresentados nos cursos de formação e especializações e difundidos no âmbito da Saúde da Família. Mesmo não sendo utilizados no cotidiano dos serviços - muitas vezes pela alta demanda de atendimento - a leitura da realidade sugerida pelo instrumental permanece como referência para os profissionais e sinaliza uma direção teórica metodológica na construção da abordagem profissional.

Ditterich et al. (2009, p. 515) destacam que o uso das ferramentas como o Genograma ou Heredograma Familiar, o Ciclo de vida das famílias, o modelo F.I.R.O. e o modelo P.R.A.C.T.I.C.E, têm como propósito central a compreensão de sujeitos integrados ao seu contexto e dinâmica familiar, sendo possível observar o convívio e a interação entre os membros da família. Dessa forma, para além do cuidado coletivo, mesmo a atenção clínica individual “pode ser estruturada em bases mais amplas, com maior resolutividade nas intervenções sobre o processo saúde-

doença-cuidado”. Segundo os autores o uso das ferramentas é essencial como dispositivo no âmbito das tecnologias para o trabalho de cuidado das equipes de saúde, pois favorece a aproximação dos trabalhadores aos problemas das pessoas na comunidade, “possibilitando a coleta de evidências narrativas e a elaboração de estratégias robustas de manejo de ações e serviços em saúde” (DITTERICH et al., 2009, p. 515).

Já Machado et al. (2005, p.151) destacam que “nas consultas clínicas, muitas doenças não podem ser explicadas pela ciência e quando aliado o enfoque biológico ao familiar, aumentam-se os recursos diagnósticos e terapêuticos”. Os autores apontam a necessidade do uso do genograma como recurso para identificar as origens psicossociais do processo saúde-doença.

Buscando responder a uma demanda da atuação profissional, essas ferramentas têm ampliado o seu reconhecimento no âmbito da Saúde da Família. Podemos citar o exemplo da Terapia Comunitária como uma prática recomendada e difundida pelo Ministério da Saúde. Essa prática atua no incentivo à corresponsabilidade na busca de novas alternativas existenciais e promove mudanças fundamentadas em três atitudes básicas: acolhimento respeitoso, formação de vínculos e empoderamento.

No entanto, mesmo diante dessas indicações, sobre o uso dos instrumentos na abordagem familiar e comunitária, Muniz (2012) aponta que o conhecimento sobre outras ferramentas de abordagem familiar é bastante restrito, predominando o acompanhamento de caráter individual.

A partir dessas questões, é possível afirmar que a aproximação dos serviços de saúde ao cotidiano das famílias tem levado à construção de estratégias que se configuram em um espaço contraditório que tanto pode contribuir para a responsabilização integral das famílias pela sua condição de saúde/pobreza, como pode ser espaço de mobilizações coletivas e práticas emancipatórias.

Apreendendo a relação saúde, questão social e centralidade na família, Carneiro, Vasconcelos e Silveira (2007, p. 7) afirmam que:

Estando as equipes do SF situadas primordialmente nas áreas de “vulnerabilidade social”, as famílias com as quais trabalham são as mais atingidas pelas contradições e injustiças da sociedade capitalista, o que muitas vezes acaba por comprometer o papel esperado da família enquanto espaço de proteção. No entanto, de modo geral, tais elementos não são levados em consideração pelos (as) profissionais que trabalham com famílias: pautados (as) na ideologia da família “estruturada” esperam

sempre, que as famílias cumpram suas funções, como se elas fossem imunes às contradições da vida social que nela repercutem. Esses fatores, aliados à ausência de uma formação específica para um trabalho com famílias, acabam por desaguar em posturas conservadoras, por vezes moralistas, nas abordagens profissionais.

As condições em que abordagem familiar e comunitária é construída na Saúde da Família devem, portanto, ser analisadas em suas contradições. Há uma tendência de afirmação destas abordagens como sendo de caráter crítico e progressista. Apesar de significar um avanço diante da perspectiva biomédica, curativa e hospitalar, o investimento no atendimento à família e comunidade em si não torna a proposta progressista. É preciso ter a clareza de que mesmo o atendimento ampliado pode ser influenciado por diferentes perspectivas ético-políticas e teórico-metodológicas. As estratégias de abordagem familiar e comunitária que buscam a responsabilização dos indivíduos quando deslocadas das implicações da realidade social nas condições objetivas de vida configuram-se como estratégias de ajustamento e controle social já conhecidas no âmbito das políticas sociais.

Assim, o debate sobre a abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família, traz como exigência a crítica sobre a centralidade da família nas políticas sociais. É possível identificar uma série de programas focalizados no atendimento direto às famílias em diversas áreas. Este fenômeno não acontece desarticulado do contexto político e representa uma das repercussões diretas do neoliberalismo nos sistemas de proteção social.

Mioto (2009, p. 130) destaca que tal centralidade “vincula-se ao declínio da sociedade salarial e à crise do Welfare State”, que fizeram com que “a família fosse 're-descoberta', tanto como instância de proteção, como também quanto possibilidade de recuperação e sustentação de uma sociedade solidária”. A proposta neoliberal “implicou na adoção de uma ‘solução familiar’ para a proteção social” em um “processo de familiarização”. Para a autora, o processo de supervalorização da família especialmente no âmbito das políticas públicas acontece com a expansão de um perfil compensatório e residual, especialmente com os programas de transferência de renda, o desenvolvimento do voluntariado e surgimento de novas profissões no interior das políticas sociais, com reativação de práticas disciplinadoras, especialmente em relação às famílias mais pobres.

Nessa direção, a autora ainda aponta duas diferentes tendências na organização dos serviços e nas práticas profissionais: as tendências familista e protetiva. Na perspectiva familista, são fortalecidas as concepções estereotipadas de família e dos papéis familiares, com respostas residuais e concentração da atenção sobre aquelas que se encontram em situações limite, em que os profissionais “colocam em movimento práticas educativas de responsabilização e disciplinamento das famílias como uma necessidade para o processo de construção do cuidado”, reiterando práticas pedagógicas voltadas para a normalização das famílias (MIOTO, 2010, p. 60). Nessa perspectiva, o trabalho direcionado à família, busca a solução de suas dificuldades nela mesma, desvinculada do contexto social em que está inserida e da implicação desse contexto na produção de suas dificuldades, não se desvinculando do seu caráter individual e pontual. A autora considera que “a tendência protetiva considera que os problemas de proteção social não estão restritos às famílias e suas soluções extrapolam as possibilidades individuais”, o que torna necessário acesso à renda, acesso aos serviços de caráter universal e de qualidade, com desenvolvimento de ações na avaliação e proposição de políticas públicas, na organização e articulação de serviços e no atendimento às famílias em sua singularidade (MIOTO, 2010, p. 61).

Em conjunto com a questão da família, a comunidade também ganha centralidade no contexto da política social, onde os serviços públicos básicos passam a combinar diversas intervenções, tendo o território como estratégia para aproximação à realidade local, organização dos serviços, mas também a responsabilização pela proteção social. É nesse espaço que, segundo Carvalho (2010), a família processa relações necessárias à socialização dos indivíduos e “a construção do seu sentido de pertença e iniciação ao mundo público depende de comunidades, necessárias à completude do sentido do ser social, sua percepção e apreensão de humanidade”. Para a autora, o espaço comunitário, em seu potencial de proteção social, tem sido também um dos grandes pilares das políticas sociais, com o recurso do território onde “são estabelecidos vínculos de pertencimento e onde se expressam suas fragilidades, onde se estabelecem expectativas e valores, onde o acesso ou não acesso aos serviços públicos acontece” (CARVALHO, 2010, p. 76).

No campo da saúde, em especial da Saúde da Família, a proposta é de superação da perspectiva biomédica e do modelo centrado na saúde individual e

curativa. Sarti (2010, p. 93), aponta que a "família e comunidade confundem-se nesse paradigma de atenção à saúde" onde o "enfoque familiar legitima e reforça o enfoque comunitário".

No entanto, essa representação de comunidade “remete à idealização de um mundo harmônico, sem conflitos, e à idealização da própria ação profissional” e assim abre caminho para “ações de cunho caritativo, mecanismos de caridade, fundadas no sentimento de compaixão, reproduzindo desigualdades, colocando os profissionais no lugar do bem, como provedores da ajuda a quem necessita” (SARTI, 2009, p. 100).

Em um grande estudo realizado sobre a Atenção Primária em Saúde (APS) em quatro centros urbanos, Santos et al. (2012) destacaram que o envolvimento dos profissionais com as atividades na comunidade se restringe às práticas convencionais e identificam, ainda, contradições entre formação e práticas sugerindo uma revisão das políticas de educação permanente.

Temos então elementos que apontam a necessidade de aprofundamento do debate sobre a temática. Ao considerar as repercussões da questão social na saúde, as dificuldades frente as demandas postas no cotidiano dos serviços e as lacunas do processo de formação que restringem a análise das disputas no sistema de saúde, fica evidente que a construção de estratégias de abordagem familiar e comunitária é cercada por contradições que precisam ser desveladas. Não se trata de reconhecer a necessidade de valorização do espaço familiar e comunitário na saúde, mas sim, compreender qual a direção que esta assume diante do caráter contraditório das políticas sociais.

Diante dos vários caminhos que a análise da abordagem familiar e comunitária poderia tomar, nossa opção está em apreendê-la para além de uma ferramenta de trabalho, mas como expressão de um conjunto de determinações. Para isso, tomamos como princípio a relação entre teoria e prática no processo de trabalho, considerando que suas dimensões estão intrinsecamente articuladas, em uma relação de unidade na diversidade, expressando uma visão de homem e mundo que aponta uma direção social e ética para as práticas profissionais (SANTOS, 2011). Nessa direção, consideramos as dimensões teórico-metodológica (matrizes teóricas que expressam diferentes formas de compreensão da sociedade e da intervenção profissional na saúde); ético-políticas: (que expressa a visão de homem e mundo e aponta uma direção social e ética para o trabalho no contexto de

disputa de projetos societários no campo da saúde), técnico-operativa (instrumentos, técnicas e formas de organização do trabalho que expressam visões ético-políticas inspirados por referências teóricas).

Assim, o significado que a abordagem familiar e comunitária toma no conjunto de contradições das políticas sociais aponta a necessidade de vinculação dessa intervenção ao cenário de disputa hegemônica que se configura na política de saúde. É nesse movimento que a abordagem familiar e comunitária adquire sentido, não sendo esta uma prática neutra no contexto das relações sociais. Para isso, consideramos como ponto de partida a afirmação de que **a abordagem familiar e comunitária está situada na disputa hegemônica entre projetos de saúde**⁵.

Para Paim (2012, 468), o conceito de hegemonia pode ser empregado para qualificar os modelos de atenção à saúde no que diz respeito “à direção política e cultural exercida por um dado projeto de uma classe ou de um segmento social e acionada para obtenção de consenso ativo da população”. Assim, o “modelo médico e o modelo sanitarista podem ser identificados como aqueles predominantes no sistema de saúde brasileiros”.

A disputa entre projetos societários antagônicos (o da democracia restrita, com diminuição dos direitos sociais e políticos e outro de democracia de massas, com ampla participação social), segundo Bravo e Matos (2006) se expressam na saúde através do Projeto de Reforma Sanitária (com defesa da democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, equidade, integralidade, tendo como premissa a defesa da saúde como direitos de todos e dever do Estado) e o Projeto Privatista (articulado ao mercado, tendência de racionalização de oferta, focalização e privatização), bem como o Projeto do SUS Flexível, com o discurso de implantação de um SUS possível (BRAVO, 2016).

Nesse contexto, Soares (2010, p. 57) destaca que a racionalidade instrumental burguesa reatualiza-se no processo de contrarreforma do Estado a

⁵ Considerando o debate em torno do uso dos termos e sua imprecisão na vinculação com o caráter de classe que a política social assume, neste trabalho optamos por usar o termo projeto, para caracterizar o movimento de disputa de projetos societários e suas expressões na política de saúde. Paim (2012, 468) aponta o debate existente entre o uso dos termos modelo assistencial e modelo de atenção, que pode ressaltar a dimensão técnica das práticas de saúde, a forma de organização de serviços, ou a conjunção de ambas as concepções. Ao vincular esse debate à teoria do processo de trabalho, o autor afirma que “um modelo de atenção pode ser entendido como uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde”. O autor também identifica movimentos ideológicos que influenciaram na elaboração de modelos e no desenvolvimento histórico das políticas e práticas de saúde.

partir dos princípios do ideário neoliberal, particularizando-se na política de saúde. A contrarreforma do Estado constituiu uma nova racionalidade hegemônica no sistema no qual “os princípios e fundamentos legais do SUS são refuncionalizados”, e adquirem “conteúdos distintos da racionalidade hegemônica no projeto de reforma sanitária”. Em um movimento de transformismo das lideranças sanitárias, “as mudanças no sistema são apresentadas como continuidade da reforma sanitária e a contrarreforma realiza-se de maneira implícita, por dentro do próprio sistema”.

Como repercussão desse processo, Castro (2015, p. 191), ao analisar a Humanização na saúde, aponta que a redução e desresponsabilização do Estado frente às políticas e serviços sociais faz com que “a família e sociedade civil sejam redescobertos como instância de proteção e como possibilidade de recomposição de uma sociedade ‘solidária’”. Os sujeitos são chamados para a responsabilização da provisão das condições objetivas e subjetivas de sua vida, e “ao dar centralidade aos sujeitos e aos aspectos subjetivos conduz a uma transfiguração dos problemas sociais em problemas pessoais (privados), repercutindo em uma tendência de psicologizar a vida social”.

A atuação dos assistentes sociais em políticas e intervenções voltadas para a família e comunidade ao longo de sua trajetória histórica, nos coloca o desafio de contribuir para o debate a partir do acúmulo crítico construído pela categoria, ampliando esta análise para a atuação de outros profissionais de saúde. Nesse sentido, optamos por não debater exclusivamente o Serviço Social e sim as demandas postas ao conjunto de profissionais da área da saúde, em especial na Saúde da Família, articulando assim o debate teórico-prático construído nas políticas de enfrentamento às expressões da questão social⁶.

⁶ O Serviço Social ao longo de sua construção histórica teve sua prática marcada por uma ação conservadora, com influências do pensamento social da igreja, do pensamento positivista, funcionalista e da fenomenologia, que fundamentaram uma ação voltada para o ajustamento, controle e ajuda psicossocial de seus usuários. A partir das décadas de 1970-80, a categoria se aproxima do materialismo histórico dialético, construindo um acúmulo nesta perspectiva, fazendo com que hoje e direcione seu projeto profissional posicionando-se em defesa da classe trabalhadora. Nessa perspectiva busca-se construir uma atuação profissional que supere o conservadorismo, a partir da defesa dos direitos sociais. No entanto, o conservadorismo ainda se faz presente nas instâncias da formação e trabalho profissional representando um desafio para a categoria. No cenário atual, a profissão também passa a ser influenciada por perspectivas neoconservadoras (YASBECK, 2009).

Os caminhos percorridos pela pesquisa

Considerando o movimento de disputa hegemônica entre projetos na política de saúde e suas expressões na Saúde da Família, tomamos como ponto de partida algumas indagações: como se configuram os diferentes projetos de saúde e da Reforma Sanitária no debate sobre a Saúde da Família no Brasil? Qual o papel estratégico da abordagem familiar e comunitária para o modelo de saúde proposto pela Saúde da Família? Qual a fundamentação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do trabalho voltado para a família e a comunidade? Quais as direções assumidas pelos espaços de formação e capacitação? Como são trabalhados os instrumentais de abordagem familiar e comunitária pelos trabalhadores da saúde? Como podem ser construídas mediações críticas na abordagem familiar e comunitária?

Nossa hipótese inicial considera que a Saúde da Família no Brasil está situada neste movimento de disputa hegemônica entre projetos de saúde que se configura entre as reformas do sistema de saúde, o que contribui para os diferentes caminhos que o modelo irá percorrer. Tal movimento determina diretamente as estratégias construídas em relação a abordagem familiar e comunitária que, apesar do caráter progressista defendido por alguns grupos, também é permeada por perspectivas e práticas conservadoras, que são construídas e referenciadas por discussões presentes no interior da saúde pública/coletiva.

Diante dos questionamentos acima, este estudo tem como **objetivo geral** analisar a abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família no contexto da disputa hegemônica entre projetos de saúde.

O estudo tem ainda como **objetivos específicos**: reconhecer as concepções do processo saúde-doença e dos modelos na saúde; analisar a construção histórica da política de saúde voltada para a família e comunidade; conhecer as particularidades do processo de trabalho na mediação das abordagens junto a família e a comunidade; debater as concepções e a centralidade da família e da comunidade na proposta de Saúde da Família no Brasil; identificar a perspectiva teórica e ética da abordagem familiar e comunitária utilizada nos espaços de formação; reconhecer as atividades e os instrumentais utilizados na abordagem familiar e comunitária.

Para esta análise, tomamos como referencial o método crítico-dialético⁷. Ao assumir tal método, estamos reafirmando uma perspectiva de compreensão de realidade, de sociedade e de mundo que tem percorrido todo nosso processo de formação e atuação profissional, e que permite reconhecer o movimento entre as particularidades do cotidiano, a vida em sociedade e as contradições do sistema capitalista. Nossa opção se dá pelas possibilidades de apreensão da vida social a partir desta análise, estabelecendo mediações entre o singular, particular e universal, entre o cotidiano, suas múltiplas determinações, buscando construir as mediações necessárias para compreender a abordagem familiar e comunitária nos serviços de saúde, pois nas palavras de Marx (2011, p. 55) “[...] também no método teórico o sujeito, a sociedade, tem de estar continuamente presente como pressuposto da representação”. Ao tomarmos como referencial a teoria social de Marx, recorreremos às categorias trabalho, classes sociais, totalidade, historicidade e dialética para articular o movimento societário à questão estudada. No processo de construção desta pesquisa, buscamos empreender o movimento de conhecimento da realidade em que:

O objetivo do pesquisador, indo além da aparência fenomênica, imediata e empírica - [...] é apreender a essência (ou seja: a estrutura dinâmica) do objeto. Numa palavra: o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturado a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou (NETTO, 2009, p. 674).

Trata-se, portanto, de considerar a abordagem familiar e comunitária no seio da sociedade capitalista, dos sistemas de proteção social e da política de saúde no Brasil, que trazem requisições e implicações diretas à intervenção nos serviços de saúde. Tais mediações nos auxiliam a desvelar contradições, passo essencial para formulação de propostas críticas. Compartilhamos da afirmação de Behring (2008) na utilização desta perspectiva destacando que:

⁷ O posicionamento de reconhecimento do materialismo histórico dialético como método de pesquisa se faz necessário devido às recentes posições de agências de financiamento de pesquisa que tem apontado tal método como não científico. Especificamente nos referimos ao parecer da CAPES em relação ao Projeto "Crise do Capital e Fundo Público: Implicações para o Trabalho, os Direitos e as Políticas Sociais", apresentado ao Edital Procad 071/2013, em que foi afirmado que o projeto não teria mérito técnico-científico porque fundamentado no método dialético-materialista histórico, o qual o parecerista não considera científico.

Este ângulo analítico implica um raciocínio metodológico geral, qual seja o de que não se pode analisar as mudanças recentes do Estado brasileiro de uma perspectiva unilateral, monocausal, a exemplo de um superdimensionamento das determinações da economia mundial ignorando a particularidade histórica brasileira, sob pena de empobrecer a discussão [...] articulando um conjunto de mediações e determinações políticas, econômicas, culturais e sociais – nacionais e internacionais – que, ao se relacionarem e interagirem na totalidade concreta, a sociedade burguesa e sua expressão particular no Brasil [...] (BEHRING, 2008, p. 24).

Recorremos também às categorias analíticas de Gramsci para o debate sobre as políticas sociais, em especial a política de saúde, utilizando as categorias Estado ampliado, hegemonia, transformismo e revolução passiva. Nessa direção, articulamos o debate sobre cultura, intelectual orgânico e hegemonia em Gramsci, que nos fornecem suporte para compreender o papel educativo do trabalho profissional no contexto das políticas sociais.

Nesse movimento, buscamos construir uma estratégia metodológica que nos aproximasse das respostas aos questionamentos apresentados. Inicialmente, a proposta era de realização de uma grande pesquisa de campo junto aos profissionais que atuam na Saúde da Família do Rio de Janeiro e nos espaços de educação permanente. À medida em que fomos nos aproximando desses espaços, observamos que as problematizações em relação a elaboração de instrumentos e estratégias da abordagem familiar e comunitária já estavam devidamente apontadas nos poucos trabalhos publicados. No entanto, nosso interesse em ampliar a discussão e captar as perspectivas que direcionam tais abordagens poderia ser limitado, considerando o delicado espaço a que hoje estão vinculados os serviços de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. Foi preciso reconhecer que mesmo com uma grande pesquisa de campo com entrevistas pessoais, os dados poderiam ser comprometidos, especialmente pela fragilidade dos vínculos a que estes profissionais estão submetidos e pela dificuldade de acesso aos sujeitos, dados e documentos no âmbito das Organizações Sociais (OSs)⁸.

⁸ Na cidade do Rio de Janeiro a política de atenção básica no modelo de Saúde da Família é denominado de Clínicas da Família e são gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde: Viva Rio, SPDM, IABAS e Fibra. Uma das maiores críticas ao modelo de gestão é a falta de transparência, o que já vem sendo comprovado por diversos pesquisadores em relação à dificuldade de acesso aos dados de qualquer natureza. A este ponto soma-se a dificuldade de acesso aos trabalhadores de saúde, considerando que os mesmos possuem um vínculo precário de contratação, o que restringe a participação dos mesmos em entrevistas que busquem uma análise crítica da política implantada. Neste caso, a participação por meio de uma pesquisa qualitativa traz um alto risco para o sujeito participante. Considerando que o sistema de saúde é dividido áreas programáticas e cada OS gerencia uma região da cidade, o acesso aos dados torna-se ainda mais restrito, pois depende de

Neste contexto, há pouco mais de um ano, tivemos contato com diversas publicações sobre a temática que passaram a ser disponibilizadas pelo Ministério de Saúde na página da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)⁹, por meio do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES)¹⁰, que tem como objetivo coletivizar materiais didáticos de formação em saúde. Até este momento, não havia no material pesquisado sistematizações mais específicas sobre o processo de formação na Saúde da Família. A partir deste portal, foi possível acessar cursos, apostilas, vídeos, exercícios e uma série de recursos utilizados na formação voltada para a atenção básica e capturar de forma objetiva, nosso objeto de estudo: **as perspectivas teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas da abordagem familiar e comunitária.**

Diante dessas novas possibilidades, buscamos construir um caminho para a apreensão desta realidade de forma coerente ao método proposto para análise. Apesar das pesquisas na área da saúde apresentarem hoje diversos recursos metodológicos¹¹, reconhecemos que, de alguma forma, estes estabeleciam um limite diante do tipo de material e da proposta de análise construída.

negociação com cada gestão. Por esses motivos, avaliamos a inviabilidade da pesquisa qualitativa junto aos profissionais e sujeitos da rede de atendimento.

⁹ O Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2010 para atender as necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS, conta com uma Rede colaborativa de instituições de ensino superior. Tem como objetivo a educação permanente, visando a resolução de problemas presentes no dia a dia dos profissionais de saúde que atuam no SUS, com enfoque prático e dinâmico, utilizando casos clínicos comuns. Os cursos são inteiramente gratuitos e a modalidade de educação a distância foi escolhida para facilitar o acesso dos profissionais de saúde aos cursos, que possuem diversos níveis de capacitação acadêmica e podem ser acessados facilmente.

¹⁰ O Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) é o repositório digital da UNA-SUS onde são armazenados e ficam disponíveis para consulta os recursos educacionais utilizados pelas instituições que compõem a Rede em suas ofertas de cursos. É um acervo público, com materiais em diversos formatos, alimentado de forma colaborativa e de acesso livre pela internet. Tem como objetivo beneficiar os profissionais do SUS oferecendo oportunidades de aprendizado anteriormente restritas a alunos matriculados nos cursos de pós-graduação apoiados pelo Ministério da Saúde. É um mecanismo nacional para possibilitar o registro e compartilhamento dessas experiências. O propósito deste acervo é preservar e tornar público os conteúdos educacionais voltados para os trabalhadores da saúde. Seu conteúdo é mantido por diversas instituições, que cooperam com base em diretrizes comuns, fomentam o acesso aberto e garantem a qualidade do que é disponibilizado (Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/page/sobre-o-ares>).

¹¹ Skalinski e Praxedes (2003) abordam a epidemiologia social. Já Soares, Campos e Yonekura (2013), apontam a revisão sistemática, a meta-etnografia e a meta-agregação. Souza, Silva e Carvalho (2010, p. 103) apresentam a Revisão Integrativa que a partir da Prática Baseada em Evidências “proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática”. Apesar de estas metodologias proporcionarem uma sistematização de dados qualitativos e bibliográficos, pressupõem a análise de pesquisas já publicadas, o que estabelece um limitador para nossa pesquisa, já que o material em análise não se trata necessariamente de pesquisas e sim, de textos de diferentes autores, de diferentes formações e perspectivas teóricas, que compõem um curso de especialização.

Considerando que o objetivo do estudo não é avaliar os cursos e as instituições nem estabelecer um comparativo entre elas, mas sim identificar as principais tendências de discussão que permeiam os cursos de formação para formular uma análise ampliada, a pesquisa foi realizada na perspectiva exploratória e qualitativa, buscando reconhecer as manifestações e expressões sobre o tema proposto em uma perspectiva de totalidade.

A aproximação ao objeto de pesquisa foi realizada a partir de pesquisa bibliográfica, em dois momentos, que se articulam na construção da análise. A reconstrução teórica do objeto de estudo buscou reunir elementos para a fundamentação da nossa análise, com uma pesquisa histórica a partir da revisão de referências da Teoria Social, da Saúde Pública e Coletiva e do Serviço Social que tratam dos temas capitalismo, saúde, família, comunidade. Nesta análise buscamos compreender como se organizou a política de saúde diante das demandas do capitalismo e como se configurou o atendimento à família e comunidade em diferentes momentos históricos. A opção pela recuperação histórica se deu na medida em que reconhecemos que estes debates muitas vezes encontram-se fragmentados por áreas de estudo e a articulação entre as análises constitui um importante recurso para a compreensão das contradições do momento.

Em um segundo momento, uma análise bibliográfica foi realizada a partir do material didático disponibilizado pelos espaços de formação da UNA- SUS, por meio eletrônico. A análise deste material foi realizada em quatro momentos:

1- Delimitação da Amostra: inicialmente identificamos as instituições que ofertavam o curso de Especialização em Saúde da Família (totalizando doze cursos), em seguida verificamos quais materiais estavam disponibilizados por meio eletrônico, já que nem todos os programas aderiram à plataforma ARES ou estavam publicados. Avaliamos também o tipo de material, já que em alguns casos era necessário um recurso específico para abertura do arquivo (plataforma moodle). Selecionamos os cursos que possibilitaram a análise do conjunto das disciplinas e o acesso ao material didático do curso completo ou dos eixos de interesse da pesquisa¹². Os materiais selecionados foram acessados na plataforma ARES ou diretamente no site dos cursos, em formato de PDF, organizados em cadernos ou

¹² O curso elaborado pela UMA-SUS UERJ tem grande parte de seu material organizado em slides. Do material divulgado no ARES, também foram encontrados materiais em formato de aulas e slides, e textos de referências. Como não foi encontrado o ano de referência do material, indicamos a data de busca realizada no ARES (2015).

slides, em formato de artigo ou aula, sendo comum o recurso de estudos de caso. A partir destes critérios, foram selecionadas seis instituições ofertantes dos cursos: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Universidade Federal do Mato-Grosso do Sul (UFMS), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), totalizando seis cursos. Tomamos como parâmetro as publicações entre 2009 e 2016 (período de constituição da UNA-SUS).

2- Reconhecimento do conteúdo: nesse momento verificamos a organização pedagógica dos cursos (objetivos, metodologias, disciplinas), reconhecendo o lugar do debate sobre a família e comunidade no conjunto das disciplinas. Realizamos a leitura e fichamento de cada texto, buscando identificar os temas presentes na discussão dos seguintes eixos:

- ✓ Conceção de saúde: as diferentes concepções do processo saúde e doença, suas determinações sócio-históricas, a influência nos modelos assistenciais e sistemas de saúde.
- ✓ Política de saúde: a relação entre questão social e saúde, a construção histórica da política de saúde; a construção das propostas de atenção primária; Reforma Sanitária, Neoliberalismo, SUS, Atenção Básica e Saúde da Família.
- ✓ Processo de trabalho: os elementos do processo de trabalho, finalidades e objetivos; o trabalho nos serviços de saúde, as particularidades do processo de trabalho na Saúde da Família, estratégias de abordagem.
- ✓ Educação em saúde: as concepções e modelos de práticas educativas.
- ✓ Família: o papel da família nas políticas sociais; diferentes concepções e configurações; a centralidade da família na atenção básica; estratégias de abordagem.
- ✓ Comunidade/território: o papel da comunidade e do território na organização do sistema; diferentes concepções; a participação social; estratégias de abordagem.
- ✓ Instrumentos de abordagem: diferentes concepções teóricas; técnicas e instrumentos de abordagem familiar e comunitária.

3- Sistematização dos dados: buscamos identificar temas comuns e diferenças em cada eixo, com identificação de temas e subtemas e articulação de conceitos chave.

4- Análise dos resultados: a partir das temáticas apontadas na sistematização dos dados, empreendemos o movimento de síntese, como o reconhecimento das principais tendências de abordagem que expressam as disputas no interior do sistema de saúde.

Assim, retomamos as premissas de análise a partir do referencial crítico dialético no qual o pesquisador apreende o objeto de estudo “a partir de uma base concreta da realidade social, analisa as partes que compõem este objeto por meio de uma abstração, descobrindo suas variantes, conexões, determinantes, procede a síntese, ainda por meio de abstração e, por último, coloca novamente na realidade social o objeto estudado” (SOARES, CAMPOS E YONEKURA, 2013, p. 28).

Optamos por apresentar a análise dos dados no decorrer de todos os capítulos, articulando as sínteses formuladas ao referencial teórico, nos reportando também às citações dos textos analisados, que nos permitiu reconhecer a direção assumida por tais intervenções diante do movimento da política de saúde. Para melhor compreensão do caminho percorrido na aproximação com a realidade estudada, apresentamos o cenário em que se inserem estes programas de formação no âmbito da Saúde da Família. Considerando a abrangência nacional que a Saúde da Família assume hoje e, em consequência, a pluralidade dos cursos de formação, para análise do conteúdo dos programas de formação e capacitação foram abordados os cursos de Especialização em Saúde da Família oferecidos pela UNASUS, ofertadas por universidades que já possuíam experiência no processo de educação continuada de equipes nos municípios e contam com parcerias interinstitucionais. Tal referência nos permitiu reconhecer como a abordagem familiar e comunitária é trabalhada em cursos reconhecidos pelo MS que estão articulados às universidades públicas com experiência na área, representando as particularidades de diferentes regiões do país. Como estratégia para o alcance de um maior número de profissionais de saúde, todos os cursos são oferecidos na modalidade de ensino à distância (EaD), sendo que alguns preveem encontros para avaliação. Sendo assim, a área de alcance do curso vai além da localização da unidade de ensino e representam as regiões nordeste, sul, sudeste e centro-oeste, o que coloca a possibilidade de reconhecimento das particularidades regionais/ locais

Quadro 1 – Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Caracterização de Instituições e Cursos analisados

INSTITUIÇÃO	CURSO	PROFISSÕES	REGIÃO
UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro) Parcerias (COSEMS/RJ, SESDC, F Faculdades de Ciências Médicas, Enfermagem e Odontologia)	Especialização em Saúde da Família (Semi-presencial) Carga Horária: 480 horas	Medicina, Enfermagem, Odontologia	Rio de Janeiro e Espírito Santo
UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo)	Especialização Saúde da Família Modalidade a Distância Carga horária: 480 horas	Médicos	São Paulo / Paraíba
UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais) Programa Ágora Faculdade de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Educação, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional Suporte das universidades federais de Alfenas (UNIFAL), do Triângulo Mineiro (UFTM) e de Alagoas (UFAL)	Especialização em Saúde da Família Modalidade: a distância Carga horária: 360 horas Encontros presenciais	Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões- dentistas e membros de NASF	Minas Gerais / Alagoas
UFMS / Fiocruz (Universidade Federal do Mato Grosso do Sul FIOCRUZ – Unidade Cerrado do Pantanal)	Curso de Especialização em Atenção Básica de Saúde da Família. Carga horária: 390 horas Modalidade: a distância	Equipe Saúde da Família	Mato Grosso do Sul, Paraná, e duas cidades de São Paulo.
UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina)	1 - Especialização Saúde da Família 2- Especialização Atenção Básica Carga horária total: 510 horas Teórica: 420 horas Prática e TCC: 90 horas Modalidade: a distância	1 Médicos, enfermeiros, dentistas 2 NASF, Equipe Saúde da Família	Santa Catarina
UFMA (Universidade Federal do Maranhão)	1 - Especialização Saúde da Família Carga Horária: 450 horas - A distância Encontros presenciais de avaliação 2 - Especialização Atenção Básica Carga Horária: 450 horas A distância	1 – Médicos (PROVAB) 2- Mais médicos	Polos no Maranhão

Fonte: GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. *A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família: desvelando contradições e construindo mediações críticas*. 2016. 343 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

O reconhecimento da dinâmica dos cursos por meio de sua organização pedagógica¹³ revela as particularidades desse processo de formação. Como recomendação da política de Educação Permanente, os conteúdos buscam problematizar questões do cotidiano de trabalho. Nesse sentido, há indicação do uso de metodologias ativas e dialógica com ações e atividades relacionadas ao território de trabalho. Na leitura dos conteúdos, percebemos que o uso de recursos de estudos de caso (casos complexos) e atividades práticas são estratégias recorrentes. No entanto, nossa análise voltou-se para o conjunto do conteúdo escrito, já que nem todos os recursos didáticos foram disponibilizados.

Na organização das disciplinas, os módulos iniciais apresentam disciplinas conceituais que abordam temas como concepção saúde/doença, modelos assistenciais, política de saúde, processo de trabalho, gestão; e os módulos assistenciais abordam demandas de saúde por etapas de vida (criança, adolescente, mulher, homem, idoso). Alguns temas sociais são abordados de forma articulada ao conteúdo ou como eletivas.

Ao analisar o lugar que a abordagem familiar e comunitária ocupa na organização do currículo do curso, reconhecemos que este tema é abordado em disciplinas específicas e transversais em quatro dos seis cursos. Nos cursos da UFMA e UFSC, não há disciplinas específicas sobre família e comunidade e instrumentos de abordagem. Nestes cursos, o tema é abordado de forma transversal nas disciplinas assistenciais que tratam as especificidades da saúde em cada período de vida.

Uma particularidade dos cursos da UFSC, UFMS e Unifesp é que estes já direcionam a análise do processo de trabalho considerando a equipe ampliada e as especificidades do NASF.

A construção pedagógica dos cursos indica a demanda pelo trato da abordagem familiar e comunitária nos cursos de especialização em Saúde da Família. Seja como disciplina obrigatória ou eletiva, é um conteúdo presente na proposta de formação e responde diretamente as demandas do cotidiano de trabalho. Cabe agora compreender qual a direção que as propostas de abordagem assumem no cenário de disputas entre projetos na política de saúde.

¹³ As informações sobre os objetivos do curso, dinâmicas e organização do conteúdo e disciplinas foram encontradas nos sites das Unidades de Formação e nos módulos introdutórios dos cursos.

Quadro 2 – Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Instituições e proposta curricular.

INSTITUIÇÃO	DISCIPLINAS
UERJ	Disciplinas obrigatórias (conteúdo geral e específico), obrigatórias transversais, disciplinas eletivas, encontros presenciais e elaboração de trabalho de conclusão de curso. Os conteúdos disciplinares foram construídos com base em situações e casos reais, vivenciados por profissionais de Equipes de Saúde da Família, tendo como referência os Casos Complexos elaborados pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Separa as etapas por ciclo de vida para abordar as questões de saúde (Criança, Mulher, Adolescente, Homem e Idoso). A abordagem familiar e comunitária e seus instrumentos é tratada em módulos específicos.
UNIFESP	Foram ofertados 6 cursos do PAB com algumas variações no currículo nos últimos cursos. Optamos por analisar o curso PAB 5, com uma mediação entre os currículos. As disciplinas são abrangentes, transitam entre temas conceituais (política, planejamento, processo de trabalho), mas articulam temas sociais como participação, família, bioética, violência. A abordagem familiar e comunitária e seus instrumentos são tratados em módulos específicos e também de forma transversal.
UFMG	Na Unidade Didática I aborda o Planejamento e Metodologia / Análise situacional com Priorização de problema e Projeto de TCC. Unidade Didática II: módulo com tema aproximado do problema priorizado. A unidade I faz o debate sobre modelos de saúde, processo de trabalho, planejamento e educação em saúde. Nas disciplinas optativas são oferecidas disciplinas que abordam a família, comunidade, educação e as demandas por ciclo de vida.
UFMS	Organizado em quatro eixos, com fundamentos da política de saúde e processo de trabalho; os princípios gerais da ESF; a Família e Educação em Saúde; e Promoção da Saúde e Intersetorialidade na Abordagem Familiar. A abordagem familiar e comunitária é tratada em módulos específicos e se reporta a análise da família e instrumentos do curso da UFMG.
UFSC	O curso Saúde da Família : organizado em três eixos: I - Reconhecendo a realidade: disciplinas obrigatórias, conceituais, saúde e sociedade, epidemiologia, processo de trabalho e planejamento; II Assistência e Processo de Trabalho aborda assistência à saúde da criança, mulher, idoso e adulto, III disciplinas optativas com discussão sobre violência, educação, grupos. No curso de Atenção Básica as disciplinas optativas são reduzidas. Mantido o eixo Reconhecendo a Realidade com temas conceituais (saúde e sociedade, e epidemiologia). Acrescenta módulo de Gestão, planejamento e processo de trabalho. A assistência na Atenção básica é tratada por etapas do ciclo de vida (saúde da criança, adulto, mulher, idoso). Apresenta disciplinas obrigatórias para equipes do NASF (PTS, PST, Clínica Ampliada), onde o tema da Família e Comunidade é abordado de forma transversal.
UFMA	Apresenta um único currículo para os dois cursos. O eixo 1 apresenta disciplinas de análise da saúde e sociedade, epidemiologia e processo de trabalho e o eixo 2 destaca etapas do ciclo de vida para abordar as questões de saúde (saúde (Criança, Mulher, Adolescente, Homem e Idoso). Eletivas sobre Nutrição, Saúde Mental e DST. As disciplinas não apontam um módulo específico sobre a abordagem familiar e seus instrumentos, mas aborda as especificidades da saúde em cada período de vida e a destaca de forma articulada a partir das políticas de proteção.

Fonte: GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. *A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família: desvelando contradições e construindo mediações críticas*. 2016. 343 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Quadro 3 – Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Caracterização geral das perspectivas de abordagem.

INSTITUIÇÃO	PROCESSO SAÚDE DOENÇA	POLÍTICA DE SAÚDE	PROCESSO DE TRABALHO	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	FAMÍLIA	COMUNIDADE TERRITORIO	INSTRUMENTOS ABORDAGEM
UERJ	Complexidade e integralidade biopsicossocial (Donato, 2015, aula 1)	Aborda o histórico da política de saúde (Anderson, 2009)	Integralidade Biopsicossocial (Donato, 2015) Abordagem Centrada na pessoa (Anderson e Favoreto, 2015)	Construção Compartilhada do Conhecimento (Acioli, 2015)	Abordagem Sistêmica / Funcional (Anderson, 2015)	Integralidade Biopsicossocial Terapia Comunitária (Hinds, Cárdenas, 2015)	Genograma / Circulo familiar e Ecomapa (Anderson, 2015)
UFMG	Determinantes Psicossociais (Faria et al., 2009, p. 39)	Modelos assistenciais (Faria, et al., 2010, p. 28)	Análise dos elementos do Processo de Trabalho (Faria et al., 2009, p. 21)	Práxis pedagógica Tecnologias (Vasconcelos, Grillo, Soares, 2009, p. 7)	Foco das políticas / Função protetiva Funcional /Sistêmica Ciclo de Vida (Chapadeiro et al., 2011)	“Espaço Social” FARIA et al. 2010, p. 34) Empoderamento Projeto Social (Oliveira, Campos, 2009, p. 16)	Ciclo de vida, Genograma, Ecomapa, FIRO, PRACTICE e APGAR Familiar (Chapadeiro et al., 2011, p. 40)
UFMS	Determinantes Sociais (Correia et al., 2010, et al. p. 122)	Dimensão Socio-histórica Formação social Reforma Sanitária Neoliberalismo (Santos; Batiston, 2010, p. 30),	Processo de Trabalho (Referência UFMG) Produção do Cuidado (Correia et al. 2010, p. 98)	Promoção da Saúde (De Carli et al., p. 29) Metodologia Problematizadora (De Carli et al., 2011, 51)	Histórica / Ciclo de Vida / Sistêmica / (UFMG p. 102) Clínica Ampliada (Correia et al., 2010 p. 152)	Território como espaço social (Correia, et al, p. 152) Promoção da Saúde (De Carli et al., 2010, p. 24)	Genograma/ Ecomapa / Estágio Ciclos de Vida / FIRO /PRATICE/ APGAR (Correia et al. 2010, p. 166)

Fonte: GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. *A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família: desvelando contradições e construindo mediações críticas*. 2016. 343 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ UERJ. Rio de Janeiro, 2016

Cont. Quadro 3 – Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS).
Caracterização geral das perspectivas de abordagem.

INSTITUIÇÃO	PROCESSO SAÚDE DOENÇA	POLÍTICA DE SAÚDE	PROCESSO DE TRABALHO	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	FAMÍLIA	COMUNIDADE TERRITORIO	INSTRUMENTOS ABORDAGEM
UFSC	Promoção da Saúde (Verdi, Da Ros, Souza, 2012, p. 20-23)	Dimensão Sócio-histórica Formação social Reforma Sanitária (Verdi, Da Ros, Souza, 2012, p. 27-38)	Produção do cuidado / Micropolítica do Trabalho (Lacerda, Moretti- Pires, 2012, p. 79-82)	Educação Popular Participação Comunitária Metodologia Problematizadora (Verdi, Büchele, Tognoli, 2010, p. 25-35)	Aborda as demandas da saúde por grupos Clínica Ampliada Vulnerabilidades (Delziovo; Pedebôs; Moretti- Pires, p. 2012).	PST Produção Social da Saúde (Verdi, Freitas, Souza, 2012, p. 12-14)	Clínica Ampliada (Delziovo; Pedebôs; Moretti- Pires, p. 2012). PTS Genograma/ Ecomapa (Miranda, Coelho, Moré, 2012, p. 22-26)
UNIFESP	Saúde no plano subindividual, individual e coletivo (Vianna, 2014, p. 5)	Promoção da Saúde Atenção à Saúde (Demarzo, Zilbovicius, Gonçalves, 2014, p. 7-12). SUS (Reis, Araújo, Cecílio, 2014)	Vigilância em Saúde (Figueiredo, 2014, p. 2)	Sócio Cultural Práxis Metodologia Problematizadora Grupos (Machado, Wanderley, 2014)	Vulnerabilidade e Risco Psicossocial Abordagem Sistêmica (Schlithler, Ceron, Gonçalves, p. 3-12) Ação terapêutica (Gonçalves, Fiore, 2014, p. 3-8)	Participação Social e Cindadania (Brêtas, 2014, p. 3-8)	Escala de Coelho / Genograma / Ecomapa/ Clínica ampliada / PTS / (Schlithler, Ceron, Gonçalves, 2014, p. 3-12)
UFMA	Saúde como bem comum / Direito Social (Garcia, 2014a, p. 9-11)	Modelos de Atenção à Saúde Em defesa do SUS (Garcia e Pinho, 2014b, p. 6-12)	Planejamento e (Costa e Pinho, 2014a)	Cultura (Garcia, 2014a, p. 13)	Não aborda especificamente Aborda as demandas em etapas do ciclo de vida.	Planejamento e Participação (Costa e Pinho, 2014b, p. 8)	Não propõe uma abordagem específica para a família Aborda as demandas em etapas do ciclo de vida

Fonte: GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. *A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família: desvelando contradições e construindo mediações críticas*. 2016. 343 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ UERJ. Rio de Janeiro, 2016

As reflexões construídas são apresentadas em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta as premissas que sustentam nossa perspectiva de estudo buscando situar a política de saúde nas contradições capitalistas, em que esta assume um papel contraditório frente às classes sociais. No debate sobre o processo de trabalho em saúde, recorreremos à análise do trabalho em Marx e o situamos no processo de produção e reprodução das relações sociais capitalistas e o trabalho no setor de serviços. Recorreremos às categorias analíticas de Gramsci para analisar as políticas sociais, em especial a política de saúde. Também abordamos as contradições do trabalho em saúde diante dos rebatimentos do capital financeiro na apreensão da questão social e da retomada de vertentes conservadoras na constituição das políticas sociais.

No segundo capítulo abordamos o movimento de disputa hegemônica na política de saúde, a partir de uma análise da construção histórica das políticas de saúde onde reconhecemos as concepções de saúde e os modelos assistenciais. Destacamos o momento em que as ações de saúde são realizadas pelo controle do social, a construção da hegemonia pelo controle da doença, as particularidades da política de saúde no Brasil, as contradições do projeto de contra-hegemonia pela saúde ampliada e as configurações dos sistemas de saúde. A partir dessa perspectiva sócio-histórica, analisamos como a família e a comunidade foram abordadas nas políticas sociais e nos serviços de saúde.

O terceiro capítulo situa a Saúde da Família no Brasil “entre reformas”, com a análise da Reforma Sanitária brasileira, a contrarreforma do Estado e seus rebatimentos no Sistema Único de Saúde. Nessa direção, realiza a análise da disputa hegemônica entre os projetos privatista e o projeto democrático, apontando a configuração de diferentes grupos no interior da Reforma Sanitária.

O quarto capítulo analisa as particularidades do processo de trabalho, a abordagem familiar e comunitária e a educação em saúde na Saúde da Família com destaque a apreensão de sua concepção, papel nas políticas sociais, fundamentação teórica, direção ética política. A partir das análises realizadas, apontamos possibilidades através de uma proposta de intervenção crítica, em que a familiar e a comunidade possam ocupar o lugar de sujeito na apropriação e defesa do direito à saúde.

1 PARA A APREENSÃO CRÍTICA DO TRABALHO EM SAÚDE

“Dona Alba, 62 anos, mora no bairro Aracruz e semanalmente é visitada por Márcia Cristina, agente comunitária de saúde de uma das equipes da Unidade de Saúde da Família do bairro. Na última quarta-feira, a ACS foi chamada às presas pela neta Marisa de 08 anos, pois sua avó estava muito doente – vomitando sem parar. Ao chegar ao domicílio encontrou D. Alba na cama, falando pouco, irritada e meio confusa, com taquicardia, ressecamento labial e hipotensão. Alba ao ver Márcia Cristina (ACS) chegando balbuciou... --- “Que bom que você veio!”

Pelo pouco que conseguiram coletar da história, ela havia apresentado 3 ou 4 episódios de vômitos (o último ontem à noite) que iniciaram no dia anterior após o almoço. Sentia-se fraca e com sede e ficou na cama por não se aguentar mais ficar de pé (náuseas e tonturas). Nada parava no estômago...

Alba tem três filhos: Isabel (26 anos) desaparecida e mãe de Marisa (08 anos) e Célia (03 anos); André (24 anos) e Lúcia (19 anos) que é mãe de Jonathan (01 mês). Todos morando no mesmo domicílio.

As condições sanitárias e ambientais da moradia são precárias, com esgoto percorrendo o piso que é coberto por tábuas. Pouca ventilação no ambiente, sem luz elétrica com acúmulo de lixo no interior da casa e no quintal.

Alba possui ensino fundamental incompleto, trabalha com reciclagem de resíduos e faxina. Sua filha mais velha, Isabel, foi assassinada por traficantes e por isso, não tem como obter a Declaração de Óbito (D.O.). O pai das crianças é envolvido com o tráfico de drogas, ausente e não ajuda no sustento.

André é deficiente físico, auditivo e usuário de maconha, trabalha informalmente em supermercados, empacotando compras. Apresenta saúde mental debilitada e cria problemas com vizinhança.

Lúcia é usuária de crack, tem diagnóstico positivo para sífilis e fala que há pouco tempo apareceram em sua casa pessoas oferecendo crack, mas por causa do filho, negou a oferta falando sobre as novas perspectivas que Jonathan trouxe para sua vida. A alimentação do bebê é feita à base especial, NAN AR, por ter refluxo, ainda faz uso de Domperidona e da vitamina Protovit que no momento, não estão sendo administrativos, por falta de recursos financeiros”.

A realidade de Dona Alba¹⁴ e de sua família, apesar de parecer extrema, é a realidade vivida por grande parte das famílias atendidas pela Saúde da Família. É diante de demandas como esta que milhares de profissionais de saúde exercem suas atividades. Como podemos compreender a condição de saúde da família de Dona Alba? Trata-se de uma situação que revela a condição de toda uma família, de toda uma comunidade, de toda uma classe social.

Trata-se, portanto, de apreender as situações apresentadas no cotidiano dos serviços de saúde para além das demandas imediatas. Parece óbvio afirmar que diante desta situação, a saúde possui uma dimensão social que reflete diversas

¹⁴ Este é um “estudo de realidade” que tem autor desconhecido. Tive contato com ele em uma oficina do Seminário de Serviço Social na Saúde promovido pelo CRESS/RJ, realizado na UERJ em 2013. Desde então, tem me acompanhado nas atividades docentes onde utilizo para debater questão social, política social, processo de trabalho, instrumentos.

expressões da questão social. Contudo, apesar do reconhecimento da relação entre saúde em sua dimensão social, é preciso reconhecer que esta pode ser apreendida sob diferentes perspectivas.

A abordagem familiar e comunitária é uma das requisições do trabalho na Saúde da Família. A apreensão dessa atividade no conjunto do trabalho em saúde¹⁵ é o passo essencial para a apreensão crítica da direção social que esta assume no contexto de disputa hegemônica entre diferentes projetos de saúde.

A proposição de cursos de formação voltados para a Saúde da Família busca justamente promover mudanças no processo de trabalho e reordená-lo a um determinado projeto de saúde, no qual a abordagem familiar e comunitária ocupa um papel estratégico.

Tomamos como ponto de partida o reconhecimento da direção social não somente da política de saúde, mas também do trabalho nos serviços de saúde. O fazer profissional na área da saúde não é um fim em si mesmo. Trata-se de uma ação que possui finalidade, que passa por escolhas de alternativas e se concretiza sob a direção de diferentes formas de apreensão do movimento societário.

Entendendo que esta compreensão é fundamental para a análise da abordagem familiar e comunitária nos serviços de saúde, este capítulo apresenta as premissas teóricas que orientam nosso estudo: o reconhecimento das determinações do modo de produção capitalista na totalidade da vida social; a

¹⁵ Considerando que nosso objeto de estudo trata sobre a dimensão prática do trabalho em saúde, torna-se necessário a aproximação ao debate sobre o processo de trabalho em saúde. Peduzzi e Shraiber (2009), na discussão deste tema, destacam-se as análises de Donnangelo (1975/1976) sobre o trabalho médico e sua relação com a sociedade, e Mendes Gonçalves (1979, 1992), que formulou o conceito de processo de trabalho em saúde, que diz respeito à ação cotidiana em saúde. Em suas formulações iniciais o autor buscou referência da sociabilidade e historicidade do trabalho em saúde, suas articulações na estrutura social, a articulação do estudo do 'processo de trabalho em saúde' com abordagens teóricas. Um último aspecto a ser desenvolvido por Mendes Gonçalves e que terá muitas repercussões no campo da saúde, refere-se aos aspectos dinâmicos e relacionais do 'processo de trabalho em saúde', tendo como referência Canguilhem (1982), Heller (1991) e a escola de Frankfurt (Habermas, 1994, 2001). É introduzida a análise da micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde e a tipologia das tecnologias em saúde (leve, leve-dura e dura) por Emerson Elias Merhy (Merhy, 1997, 2002; Merhy & Chakhour, 1997), a partir das contribuições de Mendes Gonçalves e de autores como Cornelius Castoriades, Felix Guatarri e Gilles Delleuze, da escola de análise institucional. Considerando as particularidades do debate sobre trabalho em saúde e do seu uso pelos cursos analisados, neste trabalho, ao nos referirmos ao termo trabalho em saúde, trabalho nos serviços de saúde, trabalho coletivo em saúde ou processo de trabalho em saúde, buscamos estabelecer a articulação entre o trabalho em sua dimensão ontológica, suas determinações pelo modo de produção capitalista, o trabalho coletivo e as especificidades dos serviços de saúde, e as particularidades do processo de trabalho. Esta análise, no entanto, será abordada no decorrer de toda tese.

política de saúde como uma das estratégias de enfrentamento da questão social e o caráter educativo do trabalho nos serviços de saúde.

Para essa discussão, recorreremos às categorias de análise de sobre o processo de trabalho em Marx, e o movimento de disputa hegemônica em Gramsci, e demais autores que nos ajudam a reconhecer as determinações do capitalismo no trabalho e nos serviços de saúde.

Os elementos que permeiam o processo de trabalho na área da saúde revelam sua dimensão ética, política, teórico e prática e contestam a tese da neutralidade das ações profissionais, reafirmando o caráter educativo do trabalho em saúde.

1.1 **As determinações do capitalismo na totalidade da vida social**

É a partir do reconhecimento das determinações do capitalismo, não somente sobre o trabalho, mas também sobre todas as esferas da vida social – na práxis humana -, que iremos debater as particularidades do processo de trabalho na política de saúde, já que este não é um trabalho que se realiza como produção material, pois se realiza na esfera dos serviços.

Não se trata aqui de uma equivalência entre o trabalho industrial de produção ao trabalho nos serviços, mas da necessidade de se ampliar o campo de dominação do capital no âmbito do trabalho, que diante de suas novas configurações determina também novas necessidades, que levam a captura de diversas outras atividades, pela mesma lógica de exploração.

Este é, portanto, um debate que exige, antes de tudo, a compreensão do trabalho em um exercício de apreensão da realidade social para além de seu imediato. Para isso, torna-se necessário estabelecer as mediações para capturar o movimento dialético entre as demandas que se apresentam no cotidiano dos trabalhadores de saúde e suas determinações societárias¹⁶.

A centralidade do debate sobre o trabalho, expressa na obra de Marx, aponta que as repercussões do modo de produção capitalista se dão para além da

¹⁶ No campo da saúde, é recorrente a afirmação dos “limites do marxismo” para intervenção cotidiana de trabalho, tanto que esta é uma das maiores críticas na esfera da Reforma Sanitária. Nesse sentido, torna-se importante a retomada de elementos da análise de Marx para uma reflexão que vá além da esfera econômica e possibilite mediações críticas entre as demandas particulares do processo de trabalho em saúde, as relações sociais e as determinações societárias.

produção material e constitui-se um modo de vida. Assim, a discussão sobre o processo de trabalho em Marx afirma o trabalho como elemento fundante do homem como ser social, meio pelo qual desenvolve suas potencialidades e sociabilidade, sendo o trabalho uma atividade exclusivamente humana em que “[...] o homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre qual atua, por meio de um instrumental de trabalho” (MARX, 2011, p. 214).

Há, portanto, uma relação de transformação mútua no processo de trabalho, em que o homem estabelece uma relação com a natureza, em uma ação transformadora. Ao mesmo tempo em que modifica a natureza, o homem também se modifica, em uma relação dialética. Ao defrontar-se com a natureza “põe em movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeça e mãos – a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana”. Ao atuar sobre a natureza externa e modificando-a, “ao mesmo tempo modifica sua própria natureza” (MARX, 2011, p. 211).

Nesta relação, o trabalho aparece como resultado que já existia antes idealmente. A capacidade de projetar e objetivar algo (teleologia) expressa um ato para além do instintivo, diferenciando o homem dos animais¹⁷, pois “ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira” (MARX, 2011, p. 212). Assim, para o autor:

O processo de trabalho é atividade humana dirigida com o fim de criar valores-de-uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é condição necessária do intercâmbio material entre o homem e a natureza; é condição natural eterna da vida humana, sem depender, portanto, de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais (MARX, 2011, p. 218).

Com isso, na realização do processo de trabalho são postas em movimento as mediações necessárias para sua objetivação. O processo de trabalho tem como componentes: a matéria prima, que é o seu objeto de trabalho; os meios de trabalho que são os instrumentos utilizados; e a força de trabalho, que movimenta a atividade adequada a um fim. Por objeto de trabalho, entende-se que a terra, a água, os elementos da natureza, são objetos universais do trabalho humano, pois existem independentemente da sua ação. Quando o objeto de trabalho é filtrado por um

¹⁷ Marx (2011, p. 211) aponta como exemplo que “executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colmeia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho se lhe parece um resultado que já existia antes idealmente na imagem do trabalhador”.

trabalho anterior, é chamado de matéria prima, assim “toda matéria prima é objeto de trabalho, mas nem todo objeto de trabalho é matéria prima” (MARX, 2011, p. 212).

Entre o homem e o objeto de trabalho está o meio de trabalho, o instrumento pelo qual o objeto será modificado, que permite ao homem aplicar-se a seu objeto e serve para conduzir a atividade. O homem “utiliza propriedades mecânicas, físicas, químicas para fazê-las atuarem como forças sobre outras coisas, de acordo com sua finalidade” Na relação com a natureza, a terra também se apresenta como “celeiro primitivo dos meios de trabalho”, como na agricultura (MARX, 2011, p. 213).

É neste movimento de resposta a carências e necessidades por meio de uma atitude criadora que também pode ser compreendida a dialética da vida social, pois a relação do homem para Marx (2002, p. 109) não se esgota no trabalho, já que “[...] toda vida social é essencialmente prática. Todos os mistérios que conduzem ao misticismo encontram sua solução racional na práxis humana e na compreensão desta práxis”¹⁸. Este movimento do processo de trabalho vai além do trabalho material, se concretizando em outras esferas da vida social.

Essas afirmações iniciais destacam alguns pontos importantes para a análise do trabalho em saúde: o reconhecimento da potencialidade transformadora do homem, sujeito social que articula o trabalho por meio de um processo de reconhecimento de necessidades, a definição de finalidades e a escolha de alternativas para o uso das melhores ferramentas para alcançar seus objetivos. O movimento dialético na relação entre o homem e a natureza revela um método de compreensão da realidade social, em sua dinâmica transformadora; um movimento que se realiza em todas as esferas da vida social e da objetivação humana.

Estes elementos articulam o trabalho à realidade social e nos simples atos do cotidiano, são estabelecidas diversas mediações que nos ajudam na articulação

¹⁸ A elaboração de Marx sobre a práxis segundo Netto (1994) inicia-se entre 1844-46 e pode ser encontrada nos Manuscritos Econômicos e Filosóficos de Paris, no primeiro capítulo da Ideologia Alemã e nas Teses sobre Feuerbach (Marx e Engels) e coroa-se com os Grundrisse. Segundo Netto (1994) a práxis é reconstruída por Marx como atividade objetivo-criadora do ser social- e o trabalho é uma forma ontológico primária. É a práxis que expressa a especificidade do ser social. Seu desenvolvimento e complexidade crescente é o indicador do desenvolvimento e da complexidade crescente do ser social. Sobre a práxis, Netto e Braz (2009, p. 44) apontam que: “A práxis envolve o trabalho, que, na verdade, é o seu modelo – mas inclui muito mais que ele: inclui todas as objetivações humanas.[...] A categoria da práxis permite apreender a riqueza do ser social desenvolvido: verifica-se, na e pela práxis, como para além das suas objetivações materiais e ideais da ciência, da filosofia, da arte, construindo um mundo de produtos, obras e valores [...] Na sua amplitude, a categoria práxis revela o homem como ser criativo e autoprodutivo: ser da práxis, o homem é produto e criação de sua auto-atividade, ele é o que (se) fez e (se) faz”.

entre o singular e o universal por meio de suas particularidades. Nessa direção, nossa reflexão toma como ponto de partida o reconhecimento dos usuários e trabalhadores da saúde como sujeitos sociais, capazes de refletir, agir, tomar decisões. A compreensão do processo de trabalho em saúde vai além da escolha dos meios e instrumentos para alcançar determinado fim. É um processo dinâmico, dialético e contraditório, que expressa intencionalidades e uma direção social.

No entanto, é preciso avançar na compreensão das determinações do trabalho pelo modo de produção capitalista, cenário no qual se desenvolve a política de saúde. O trabalho irá se configurar de diferentes formas em diferentes momentos históricos, pois o desenvolvimento das forças produtivas atinge diferentes níveis no contexto histórico, assim “[...] o que distingue as diferentes épocas econômicas não é o que se faz, mas como, com que meios de trabalho se faz”. Para Marx (2011, p. 213) “[...] os meios de trabalho servem para medir o desenvolvimento da força humana de trabalho, além disso, indicam condições sociais em que se realiza o trabalho”.

Marx destaca a relação da produção de seu tempo histórico e afirma o valor como uma importante categoria para se compreender como esse processo irá determinar as relações sociais capitalistas. Para o autor, o valor é a forma objetiva de trabalho social desprendido ao produzir uma mercadoria. Uma mercadoria tem um valor por ser uma cristalização de um trabalho social. A mercadoria, por sua vez, é trabalho humano solidificado, a forma elementar da sociedade, que satisfaz a necessidade humana, diretamente, como meio de subsistência, objeto de consumo, ou indiretamente, como meio de produção. Partindo do exame da mercadoria, a análise de Marx possibilita importantes mediações para compreender as relações sociais no capitalismo¹⁹.

¹⁹ Assim, ao se concluir o produto, extingue-se todo o processo de trabalho, sendo o produto um valor-de-uso, “[...]um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma”. No produto, está materializado o trabalho incorporado no objeto sobre o qual atuou evidenciando-se que “[...] meio e objeto de trabalho são meios de produção e o trabalho é trabalho produtivo”¹⁹. Na sociedade capitalista, o produto é um valor de uso, a utilidade de uma coisa faz dela um valor-de-uso. O valor-de-uso aponta a base material onde apresenta uma relação econômica determinada, meio de subsistência, produtos da vida social e revela o valor de troca. O valor-de-troca revela-se na relação com outras mercadorias e varia conforme a quantidade de tempo de trabalho contida nela. Para se efetivarem como valor-de-uso, as mercadorias devem se efetivar como valor-de-troca. (MARX, 2011, p. 58). Portanto, na mercadoria, encontramos o trabalho concreto na perspectiva do valor de uso e o trabalho abstrato no valor de troca, pois no processo de troca são equiparados diferentes trabalhos. Assim, “percebe-se o caráter socialmente útil, e útil aos outros, e o caráter social da igualdade dos diferentes trabalhos apresenta-se a ele sob o aspecto da igualdade de valor que se estabelece entre coisas materialmente diversas [...]”. (MARX, 2011, p. 95). No

A materialização do processo de troca e suas formas de equivalência se configuraram de formas diferentes em diferentes momentos históricos. Mas é na formação da sociedade capitalista que este movimento é determinado não só como um modo de produção, mas também como modo de vida.

O sistema capitalista pressupõe a dissociação entre trabalhadores e a propriedade dos meios pelos quais realizam seu trabalho. Quando a produção capitalista se torna independente, não se limita a manter essa dissociação, mas a reproduz em escala cada vez maior. O processo que cria o sistema capitalista consiste apenas no processo que retira ao trabalhador a propriedade de seus meios de trabalho, um processo que transforma em capital meios sociais de subsistência e os meios de produção e converte em assalariados os produtores diretos. A chamada acumulação primitiva é apenas o processo histórico que dissocia o trabalhador dos meios de produção. É primitiva porque constitui a pré-história do capital e do modo de produção capitalista (MARX, 2011, p. 824).

Marx (2011), na elaboração de sua análise sobre a sociedade capitalista, superando o discurso da economia política que afirmava a centralidade do valor do capital na mercadoria e no seu processo de circulação, vai privilegiar a produção em relação à distribuição. A partir desses elementos, Marx afirma o trabalho no seu duplo caráter, o trabalho concreto que se manifesta no valor de uso, e trabalho abstrato que se manifesta no valor de troca.

Assim, é necessário compreender o processo de formação do modo de produção capitalista não como algo natural, mas como um processo histórico revolucionário que implicou importantes mudanças, dentre elas, a dissociação dos homens dos meios de produção. Para compreender esse momento, é preciso retomar alguns fatos que precederam ao surgimento do capitalismo.

[...] a acumulação do capital pressupõe a mais-valia, a produção capitalista, e esta, a existência de grandes quantidades de capital e de força de trabalho nas mãos dos produtores de mercadorias. Todo esse movimento tem, assim, a aparência de um círculo vicioso, do qual só poderemos escapar admitindo uma acumulação primitiva, anterior à acumulação capitalista, uma acumulação que não decorre do modo capitalista de produção, mas é seu ponto de partida (MARX, 2011, p. 827).

O desenvolvimento das forças produtivas a partir da divisão social do trabalho e as relações de produção se transformam ao longo da construção histórica da humanidade, de acordo com suas particularidades, gerando o excedente econômico.

processo de circulação e troca, as relações entre mercadorias se cristalizam através de um equivalente geral – o dinheiro. Neste processo é personificada a mercadoria, o valor e seu valor de uso. O processo de troca revela então o valor e apresenta uma forma de valor materializado no dinheiro.

Com a dissolução da comunidade primitiva sucede-se o modo de produção escravista e o feudalismo²⁰. O processo de crise do feudalismo com as rotas comerciais, em um longo processo, marcará o colapso do Antigo Regime²¹, e dos grandes comerciantes desse período, surgirão os elementos que constituirão a burguesia. A Revolução Burguesa, em um processo de revolução social, entre os séculos XV e XVIII, tratou de constituir um movimento de ruptura de concepções e instituir uma nova cultura, uma nova forma de percepção da vida e das relações sociais. A Revolução Francesa (1789), por meio da defesa da “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” vem colocar o homem no centro do ordenamento social e o libertar da servidão através da defesa da liberdade da venda da força de trabalho. O Iluminismo se contrapunha aos regimes que impediam de fato a continuidade de desenvolvimento das formas sociais burguesas e a defesa da propriedade privada.

Constitui-se assim, a base para a instalação do modo de produção capitalista, em que “[...] o correspondente desenvolvimento da força produtiva do trabalho e a mudança consequente na composição orgânica do capital não acompanham apenas o progresso da acumulação ou o crescimento da riqueza social”, mas “[...] com o progresso da acumulação, varia a relação entre capital constante e capital variável” (MARX, 2011, p.732).

A primeira Revolução Industrial, como marco do modo de produção capitalista no século XIX, opera o trânsito da subsunção formal à subsunção real do trabalho ao capital. Na substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto, uma população trabalhadora excedente é o produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza no sistema capitalista e se torna, por sua vez, a alavanca do modo de produção capitalista.

Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se fosse criado e mantido por ele. [...] Assim, com o progresso da acumulação, vemos que: um capital variável

²⁰ Segundo Netto e Braz (2009, p. 66), o escravismo “com todos os seus horrores” significou “um passo adiante na história da humanidade”, pois introduziu a propriedade privada e a exploração do homem, diversificando a produção de bens e mercadorias e estimulando o comércio. O trabalho era realizado sob coerção, e o excedente subtraído mediante violência. Ainda segundo os autores, o feudalismo tem sua base econômica fundada na terra, o feudo pertencia a um nobre (senhor) que sujeitava os produtores diretos (servos), que para o uso da terra pagavam tributos e prestações. Destacam que também no regime feudal o excedente produzido era expropriado mediante violência.

²¹ “O Estado Absolutista representou a resposta dos senhores à rebeldia dos servos: seu caráter de classe mostrou-se obvio – foi um notável reforço para combater as mobilizações camponesas [...] que no entretempo, servira também aos interesses da burguesia nascente, agora transforma-se – como expressão maior das relações sociais próprias à feudalidade – em obstáculo para o desenvolvimento burguês” (NETTO E BRAZ, 2009, p. 74).

maior põe em movimento maior quantidade de trabalho sem recrutar mais trabalhadores, um capital variável da mesma magnitude põe mais trabalho em ação, utilizando a mesma quantidade de força de trabalho e, finalmente, mobiliza maior quantidade de forças de trabalho inferiores, expulsando as de nível superior (MARX, 2011, p. 739).

Assim, o capitalista “além do valor-de-uso, quer produzir mercadoria, além de valor-de-uso, valor, e não só valor, mas também valor excedente (mais-valia)”²². Inserido neste processo, o trabalhador vende sua força de trabalho e esta é consumida pelo capitalista. Ao vender a sua força de trabalho, esta não pertence mais ao homem, e sim ao capital “fazendo-o trabalhar, assim como se consome ou se usa uma máquina fazendo-a funcionar” (MARX, 2011, p.110).

No modo de produção capitalista o trabalho como ação criadora e transformadora é capturada por uma relação de alienação e estranhamento. O trabalho passa a ser força do processo de produção capitalista, mas o homem não se reconhece no que produz e não pode ter acesso à sua produção.

A separação entre o produto do trabalho e o próprio trabalho, entre as condições objetivas do trabalho e a força subjetiva do trabalho é, portanto, o fundamento efetivo, o ponto de partida do processo de produção capitalista. [...] Uma vez que, antes de entrar no processo, aliena seu próprio trabalho, que se torna propriedade do capitalista e se incorpora ao capital, seu trabalho durante o processo se materializa sempre em produtos alheios (MARX, 2011, p.665).

Dá-se aí o pilar do modo de produção capitalista: a exploração. O uso da força de trabalho no processo de produção capitalista se dá através da exploração da força de trabalho que se apresenta na extração do trabalho excedente. Segundo Marx (2011), no processo de trabalho capitalista, parte do trabalho é trabalho pago e parte é trabalho não pago. O valor da força de trabalho é pago somente no rendimento necessário para a produção e reprodução de sua força de trabalho, o suficiente para sua manutenção, e o restante, é extraído pelo capitalista – mais-valia. A manutenção cotidiana da força de trabalho pode custar apenas meia jornada, apesar da força de trabalho poder operar, trabalhar uma jornada inteira, e o valor que sua utilização cria num dia, é o dobro do próprio valor de troca (MARX, 2011, p. 227).

²² Segundo Marx (2011) a força de trabalho em atividade não só produz seu próprio valor, mas também cria valor excedente. Chama de capital constante a parte que se converte em meios de produção (matéria prima, acessórios e meios de trabalho, não muda a magnitude do seu valor no processo de produção). Já o capital variável, representa a parte convertida em força de trabalho, muda de valor no processo de produção, reproduz seu próprio equivalente e proporciona excedente.

[...] o trabalhador, durante uma parte do processo de trabalho só produz o valor de sua força de trabalho, isto é, o valor dos meios de subsistência que lhe são necessários. [...] A parte de seu dia de trabalho despendida para esse fim é maior ou menor segundo o valor dos meios de subsistência dos quais em média necessita diariamente [...] Chamo de tempo de trabalho necessário o trabalho despendido durante esse tempo. [...] O segundo período do processo de trabalho, quando o trabalhador opera além dos limites do trabalho necessário, embora constitua trabalho, dispêndio de força de trabalho, não representa para ele nenhum valor. Gera a mais-valia, que tem, para o capitalista, o encanto de uma criação que surgiu do nada. A essa parte do dia de trabalho chamo de tempo de trabalho excedente, e ao trabalho nela despendido, de trabalho excedente (MARX, 2011, p. 253).

Nesta lógica de acumulação, o capitalista se organiza de modo a extrair cada vez mais trabalho, através da mais-valia absoluta, produzida pelo prolongamento do dia de trabalho, e da mais-valia relativa, a decorrente da contratação do tempo de trabalho necessário e da correspondente alteração na relação quantitativa entre ambas as partes componentes da jornada de trabalho (MARX, 2011, p. 366).

É sob esta lógica que o capitalismo estabelece suas bases de produção. No processo de constituição da sociedade capitalista, os homens são destituídos do acesso aos meios de produção e submetidos a exploração de sua força de trabalho e a alienação. O trabalho passa a ser um trabalho estranho, alienado.

Chegamos então a um momento importante da formulação de Marx que nos ajuda a compreender as determinações do processo de exploração capitalista e a alienação nas relações sociais: o fetiche das mercadorias. Marx afirma que na relação de troca e circulação é obscurecido o trabalho excedente, a mais valia, o valor da força de trabalho. Na formação de valores da sociedade capitalista, o valor aparece como resultado do processo de circulação²³ e não da produção. Ao conferir o valor à mercadoria, distancia-se o valor da força de trabalho, como atividade humana, como dispêndio de força humana, trabalho social. Ao atribuir o valor à mercadoria, se materializa como valor o que é apreendido nela, despendido da força de trabalho. Com essa afirmação, Marx (2011) revela que o valor da força de trabalho é obscurecido por meio do processo de circulação²³.

A mercadoria é misteriosa simplesmente por encobrir as características sociais do próprio trabalho dos homens, apresentando-as como características materiais e propriedades sociais inerentes aos produtos do

²³ A circulação das mercadorias é o ponto de partida do capital. A forma simples de circulação de mercadorias é M-D-M, conversão de mercadoria em dinheiro e reconversão de dinheiro em mercadoria, vende para comprar. Ao lado dela, encontramos uma segunda especificamente diversa, D-M-D, conversão de dinheiro em mercadoria e a reconversão de mercadoria em dinheiro, comprar para vender. O dinheiro que se movimenta de acordo com esta última circulação transforma-se em capital, vira capital e, por sua destinação é capital (MARX, 2011, p. 178).

trabalho; por ocultar, portanto, a relação social entre os trabalhos individuais dos produtores e o trabalho total, ao refleti-la como relação social existente, à margem deles, entre os produtos do seu próprio trabalho. Através dessa dissimulação, os produtos do trabalho se tornam mercadorias, coisas sociais, com propriedades perceptíveis e imperceptíveis aos sentidos (MARX, 2011, p.94).

Essa forma de apreensão alienada do modo de produção capitalista é o que Marx chama de fetiche das mercadorias. Ao submeter as relações entre homens a relações entre coisas, há uma inversão na relação de valores, onde a forma específica do valor aparece na mercadoria, posto nas relações de circulação ao invés de seu valor na produção, ou seja, o valor da força de trabalho. "Uma relação social definida, estabelecida entre homens, assume a forma fantasmagórica de relação entre coisas" (MARX, 2011, p.94).

O caráter útil do trabalho aparece na utilidade das coisas e estabelece diferentes formas de sociabilidade. O trabalho adquire uma forma social, assume a forma de mercadoria e está se transforma em forma de sociabilidade. Na relação de produção de capital, o que aparece como relação entre objetos materiais é uma relação social concreta entre homens oculta por trás das coisas. Assim, são estabelecidas "relações materiais entre pessoas e relações sociais entre coisas, e não como relações sociais diretas entre indivíduos em seus trabalhos" (MARX, 2006, p. 95). O processo de produção capitalista ao colocar o valor do trabalho na relação entre mercadorias estabelece um estado de coisas, onde a sociabilidade é posta na questão material. A reprodução do modo de produção capitalista é também a produção e reprodução de um modo de vida, representando a totalidade das relações sociais que se estabelecem em uma relação onde estão obscurecidos o trabalho em seu valor real.

As condições da produção são simultaneamente as de reprodução [...] A separação entre o produto do trabalho e o próprio trabalho, entre condições objetivas de trabalho e a força subjetiva do trabalho é, portanto, o fundamento efetivo, o ponto de partida do processo de produção capitalista [...] Do ponto de vista social, portanto, a classe trabalhadora, mesmo quando não está diretamente empenhada no processo de trabalho, é um acessório do capital, do mesmo modo que o instrumental inanimado de trabalho (MARX, 2011, p. 661- 668).

Assim, a produção capitalista, como processo de reprodução "produz não só mercadoria, não só mais-valia, produz e reproduz a relação capitalista: de um lado, o capitalista e de outro, o assalariado" (MARX, 2011, p. 673).

Portanto, analisar uma política que está situada no capitalismo, exige compreender a totalidade da vida social e os processos de dominação, exploração e alienação que o legitimam. Esta é uma importante reflexão que nos leva a pensar o capitalismo para além da produção material. É na esfera das relações sociais que o capitalismo constitui sua base de reprodução da força de trabalho e ideológica. Nesse sentido, compreender as demandas de saúde no capitalismo, exige situá-la na reprodução de um modo de vida, para a manutenção do modo de produção.

As determinações do capitalismo, ao atingir as diversas esferas da vida social, repercute também no trabalho não material. No caso do trabalho em saúde, é um trabalho que se realiza na esfera dos serviços, que passa a ser capturado pela mesma lógica de exploração. Sobre o setor de serviços, Marx (1978, p. 78) aponta que "[...] serviço não é em geral mais do que uma expressão para o valor de uso particular do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade", assim, "[...] é nada mais que o efeito útil de um valor de uso, seja ele mercadoria ou trabalho"

Em relação ao trabalho voltado para os serviços, Marx (1985) aponta que os trabalhos que só se desfrutam como serviços não se transformam em produtos separáveis dos trabalhadores, embora possam ser explorados diretamente por capitalistas. No caso da produção não material, quando o produto não é separável do ato de produção, o modo de produção capitalista só tem lugar de maneira limitada e só pode fazê-lo devido à natureza da coisa. Para Marx, "o trabalhador produtivo é aquele que aumenta a riqueza do seu patrão". O trabalho produtivo é aquele trabalho possuidor da capacidade de trabalho que diretamente produza mais-valia, que seja consumido diretamente no processo de produção com vista à valorização do capital.

Do ponto de vista do processo de trabalho em geral, apresentava-se-nos como produtivo, aquele trabalho que se realizava num produto, mais concretamente numa mercadoria. Do ponto de vista do processo capitalista de produção, junta-se uma determinação mais precisa: é produtivo aquele trabalho que valoriza diretamente o capital que produz mais-valia[...]. Trata-se, portanto, de trabalho que serve diretamente ao capital como instrumento da sua autovalorização, como meio de produção de mais-valia (MARX, 1985, p.114).

Marx (1985, p. 114), entre outros, cita exemplo da cantora: "uma cantora, que canta livre como um pássaro é uma trabalhadora improdutiva. Na medida em que vende seu canto, é uma assalariada ou comerciante. Porém, a mesma cantora

contratada por um empresário que a faz cantar para ganhar dinheiro é uma trabalhadora improdutiva".

Assim, considerando as dificuldades em se classificar o trabalho produtivo e improdutivo, pode-se apontar que o trabalho no setor de saúde, ao atuar em uma empresa privada, seria um trabalho produtivo pois está relacionado diretamente à produção de capital. Já o trabalho em um serviço público de saúde, seria improdutivo, pois é mantido a partir do fundo público e gera renda, não capital.

Uma análise que nos permite situar as particularidades do trabalho nos serviços é apontada por Braverman (1987, p. 231-235), ao afirmar que é "somente na era do monopólio que o modo capitalista de produção recebe a totalidade do indivíduo, da família e das necessidades sociais e, ao subordiná-los ao mercado, também os remodela para servirem às necessidades do capital". O autor aponta que no capitalismo industrial, o papel da família permanecia fundamental nos processos produtivos da sociedade, e com as mudanças nos processos produtivos "a população não conta mais com a organização social sob forma de família, amigos, vizinhos, comunidade[...]" e "com o tempo, não apenas necessidades materiais e de serviços, mas também os padrões emocionais de vida, são canalizados através do mercado".

Na fase do capitalismo monopolista, o primeiro passo na criação do mercado universal é a conquista de toda a produção de bens sob forma de mercadoria: o segundo passo é a conquista de uma gama crescente de serviços e sua conversão em mercadoria; e o terceiro é um "ciclo de produto", que inventa novos produtos e serviços, alguns dos quais tornam-se indispensáveis à medida que as condições de vida moderna mudam para destruir alternativas. [...] E enquanto do ponto de vista do consumo, isso signifique total dependência quanto ao mercado, do ponto de vista do trabalho significa que todo o trabalho é efetuado sob a égide do capital e é suscetível de seu tributo de lucro para expandir o capital ainda mais (BRAVERMAN, 1987, p. 239).

O autor afirma ainda que "o trabalhador empregado na produção de bens presta um serviço ao capitalista e é como resultado desse serviço que toma forma um objeto tangível e vendável como mercadoria" e questiona: "Mas o que acontece se os efeitos úteis do trabalho são de modo a que não tomem as formas de um objeto?". Sobre isso afirma: "Quando o trabalhador não oferece esse trabalho diretamente ao usuário de seus efeitos, mas ao invés, vende-o ao capitalista, que revende ao mercado de bens, temos então o modo de produção capitalista no setor de serviços" (BRAVERMAN, 1987, p. 239).

Portanto, ao considerar o trabalho nos serviços, há que se ampliar a análise para os serviços sociais, que passam a ser requisitados como demanda do Estado para enfrentamento da questão social. Dentre os serviços sociais, está a política de saúde, alvo de nossa reflexão.

Com isso podemos afirmar que os serviços não produzem mercadoria - apesar de todo investimento do capital em mercantilizar todas as esferas da vida social - mas representam trabalho social materializado. Assim, a prestação dos serviços de saúde pode ser entendida dentro da categoria serviço, expressando a necessidade de cumprir uma finalidade útil, e o trabalho nesta área, passa a estar submetido a um conjunto de determinações inerentes ao trabalho na sociedade capitalista.

No campo da saúde, as análises que buscam situar o processo de trabalho nos serviços de saúde²⁴ e apontam para a compreensão da finalidade do trabalho como a própria ação terapêutica²⁵. Em que pese a necessidade de particularização dos elementos do processo de trabalho, há que se considerar a saúde como resultado de condições de vida e de trabalho, e o trabalho em saúde, como parte do trabalho coletivo. A apreensão do trabalho em saúde deve considerar a direção social de sua ação, que articula projetos individuais e coletivos, e posiciona projetos profissionais perante projetos societários.

A apreensão dos elementos sobre o processo de trabalho em Marx, e as determinações do capitalismo na totalidade da vida social, nos fornecem elementos para situar o trabalho nos serviços de saúde no contexto da reprodução das relações sociais capitalistas. No entanto, ainda é preciso aprofundar o

²⁴ Dentre as análises que percorrem o tema, destacamos a afirmação de Pires (2000, p. 255) que aponta que o “trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade”.

²⁵ Pires (2000, p. 255) ainda destaca que “o processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida”. Merhy (1997) afirma que o objeto central do processo de trabalho deve ser a produção do cuidado, a partir da produção de atos de saúde comprometidos com as necessidades dos usuários. Estas são discussões que irão percorrer a análise de dados, e serão abordadas ao longo deste trabalho.

reconhecimento das repercussões do capital na conformação das classes sociais na relação com o Estado

No próximo item abordaremos este debate, buscando reconhecer como a questão da saúde é tratada no capitalismo, o que nos ajuda analisar o processo de formação de políticas públicas de saúde como resposta ao movimento das classes e às necessidades do capital.

1.2 A política de saúde como estratégia de enfrentamento da questão social

As particularidades do trabalho na sociedade capitalista nos colocam diante de um dos pontos que apontamos nas argumentações iniciais da nossa pesquisa: a dimensão social da saúde. Como já afirmamos, esta pode ser compreendida sob diferentes perspectivas. Assim, este trabalho toma como premissa a dimensão social da saúde a partir da análise da questão social, ou seja, a relação de disputa entre classes sociais e projetos societários.

Partindo do caminho percorrido no item anterior, em que o modo de produção capitalista é estabelecido por meio da exploração da força de trabalho e a alienação dos trabalhadores, retomamos a afirmação de Marx de que os antagonismos entre capitalistas e trabalhadores se expressam na luta de classes. No entanto, no mesmo processo de dominação também são postas as condições para a organização da classe trabalhadora. À medida que o processo de acumulação capitalista afeta a relação em sociedade e as condições de vida da classe trabalhadora, colocam a possibilidade de construção de um campo de organização em movimentos de oposição.

Não se pode negar a importância da saúde na organização da sociedade capitalista, pois, situada no campo das contradições da política social, representa um ponto fundamental que irá assegurar a reprodução da força de trabalho, como destaca Arouca (2003):

No modo de produção capitalista, o mesmo cuidado não tem o mesmo significado diante das diferentes classes sociais. Assim, para o proletariado que vende sua força de trabalho, a manutenção e recuperação de determinados valores vitais significa a manutenção do valor de troca de sua força de trabalho. Dessa maneira, se imediatamente, a saúde significa um valor de uso para o seu detentor, imediatamente é transformado em valor de troca para a sua própria sobrevivência e em valor para o seu comprador, dentro do processo produtivo (AROUCA, 2003, p. 226).

A atenção à saúde sempre esteve presente na história²⁶, mas pode-se afirmar que o surgimento das políticas sociais e das profissões de saúde está ligado diretamente à questão social e esta, por sua vez, tem sua gênese nas contradições do modo de produção capitalista. Situada nesse espaço, a política de saúde responde a demandas específicas de cada momento histórico e é influenciada por diferentes concepções sobre o processo saúde-doença e configurações dos sistemas de proteção social.

No processo de instauração do modo de produção capitalista, seus impactos se expressaram na vida do conjunto de trabalhadores através do fenômeno reconhecido como pauperismo, que segundo Netto (2001, p.42)²⁷, “[...] constituiu o aspecto mais imediato da instauração do capitalismo em seu estágio industrial concorrencial”.

A analisar a condição de vida dos trabalhadores Marx (2011, p. 767) aponta que “quanto mais rápido se acumula o capital numa cidade industrial ou comercial, tanto mais rápido é o fluxo do material humano explorável e tanto mais miseráveis as habitações improvisadas por trabalhadores”. Ainda relata as precárias condições de trabalho:

Em conflito com a opinião pública ou mesmo com a polícia sanitária, o capital não tem menor cerimônia em justificar as condições perigosas ou degradantes a que submete a atividade e o lar do trabalhador, alegando que isso é necessário para explorá-lo mais lucrativamente. É o que faz o capital quando renuncia a providências para proteger o trabalhador contra máquinas perigosas nas fábricas, a disposições para ventilar e proporcionar segurança nas minas etc. (MARX, 2011, p. 773).

²⁶ Bravo (2013) aponta que: “Na sociedade medieval, a Medicina tinha um caráter autônomo, a assistência social era de responsabilidade da Igreja, inclusive o cuidado aos enfermos, não havendo intervenção do Estado. No século XII ao XVI, os hospitais, chamados ‘Hotéis de Deus’, funcionavam como hospedarias para peregrinos, pobres e inválidos que recebiam assistência genérica. Na Idade Média, o número de ‘desvalidos’ era menor e poderia ser assumido pela Igreja. No século XVII, o Estado é forçado paulatinamente a intervir, criando hospitais gerais para ministrar tratamento especializado aos problemas de saúde (SINGER et al., 1978 apud BRAVO, 2013, p. 17)”

²⁷ Netto (2001, p. 42) aponta que: “Pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas. Tanto mais a sociedade se revelava capaz de progressivamente produzir mais bens e serviços, tanto mais aumentava o contingente de seus membros que, além de não ter acesso efetivo a tais bens e serviços, viam-se despossuídos das condições materiais de vida de que dispunham anteriormente. Se nas formas de sociedade precedentes à sociedade burguesa, a pobreza estava ligada a um quadro geral da escassez (quadro em larguíssima medida determinado pelo nível de desenvolvimento das forças produtivas materiais e sociais), agora ela se mostrava conectada a um quadro geral tendente a reduzir com força a situação de escassez. Numa palavra, a pobreza acentuada e generalizada no primeiro terço do século XIX – o pauperismo – aparecia como nova precisamente porque ela se produzia pelas mesmas condições que propiciaram os supostos, no plano imediato de sua redução e, no limite, da sua supressão”.

Com o crescimento das grandes cidades e dos centros industriais, os trabalhadores passam a viver em precárias condições de moradia e trabalho e são submetidos ao recrutamento de mulheres e crianças para o trabalho. No momento em que tais problemas passam a afetar o cotidiano dos trabalhadores, estes se organizam e tornam um problema público, uma questão social a ser respondida. Para Netto (2001):

A designação desse pauperismo pela expressão “questão social” relaciona-se diretamente com os desdobramentos sócio-políticos.[...] Lamentavelmente para a ordem burguesa que se consolidava, os pauperizados não se conformaram com a sua situação: da primeira década até a metade do século XIX, seu protesto tomou as mais diversas formas, da violência ludista à constituição dos trade unions, configurando uma ameaça real às instituições sociais existentes. Foi a partir da perspectiva efetiva de uma eversão da ordem burguesa que o pauperismo designou-se como “questão social” (NETTO, 2001, p.43)

A organização dos trabalhadores contra a exploração capitalista ocorreu em um movimento de resistência e luta social. Para Santos (2012, p. 39-40) “[...] eram frequentes, até então, os motins e protestos desesperados, a rebelião sem liderança e a utilização de violência entre os próprios trabalhadores”, mas ao passo em que se intensificavam as condições de exploração “[...] foram emergindo e/ou se fortalecendo outras formas de organização de difusão de lutas operárias, como sindicatos, manifestações públicas, a imprensa operária e as greves gerais²⁸”.

Assim, como resultado do processo de acumulação capitalista a questão social representa o conjunto de desigualdades e lutas sociais entre burguesia e proletariado, que revelam a sociedade de classes. Para Iamamoto (2007) a questão social pode ser apreendida como o como:

[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem sua raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2007, p.27).

²⁸ Santos (2012, p. 43) aponta alguns momentos importantes da luta dos trabalhadores neste momento, destacando o “Cartismo” movimento de luta sindical de caráter classista com defesa da democracia política nas instâncias legislativas na Inglaterra entre 1839 e 1847 que alcançou importantes conquistas como a jornada de trabalho de 10 horas. Em 1847 é fundada a “Lia dos Comunistas”. Em junho de 1848, “é um divisor de águas na constituição da questão social ‘ao expor’ o antagonismo de projetos das duas classes fundamentais do capitalismo”, com a organização dos trabalhadores contra a “Republica Social”. Aponta que após esse período houve um refluxo da movimentação operária até a Comuna de Paris em 1870, quando os trabalhadores controlaram o poder político da cidade durante dois meses proclamando o primeiro governo proletário da história.

Portanto, a discussão sobre a questão social está centrada na disputa entre classes; conforme aponta Iamamoto (2001, p. 10), é indissociável das configurações assumidas pelo trabalho e “[...] encontra-se necessariamente situada em uma arena de disputas entre projetos societários, informados por distintos interesses de classe, acerca das concepções e propostas para a condução das políticas econômicas e sociais”.

Para Netto (2011, p. 45) “[...] o desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a ‘questão social’, - diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da ‘questão social’”, ligando assim diretamente a existência da questão social à dinâmica do capital, pois “[...] a ‘questão social’ é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo. Não se suprime a primeira conservando-se o segundo”.

Netto e Braz (2009) apontam que na constituição do capitalismo, este foi assumindo diferentes configurações, como comercial ou mercantil, concorrencial, monopolista²⁹. São especialmente as características do capitalismo monopolista que farão emergir um Estado com funções para o enfrentamento da questão social.

Mais exatamente, no capitalismo monopolista, as funções das políticas do Estado imbricam-se organicamente com suas funções econômicas. [...] O eixo da intervenção estatal na idade do monopólio é direcionado para garantir os superlucros dos monopólios – e, para tanto como poder político e econômico, o Estado desempenha uma multiplicidade de funções [...] Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da “questão social” de forma a atender as demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operantes (NETTO, 2011, p. 25).

É no capitalismo monopolista que o Estado é requisitado como interventor direto na questão social. Conforme o autor é nesse momento que “pelas suas dinâmicas e contradições, cria condições tais que o Estado por ele capturado, ao

²⁹ Netto e Braz (2009, p. 170 -182), ao estabelecerem uma linha histórica de desenvolvimento do capitalismo, destacam inicialmente a acumulação primitiva desde o século XVI até meados do século XVIII, sendo o estágio inicial do capitalismo com a formação de um grupo social de comerciantes e mercadores, período esse designado como capitalismo **comercial ou mercantil**. A partir da oitava década do século XVIII, configura-se o segundo estágio, o **capitalismo concorrencial** (também chamado liberal ou clássico) que irá até o último terço do século XIX. Neste período, sobre a base da grande indústria moderna que provocará a urbanização sem precedentes e criará um mercado mundial. Para os autores, é nesta fase que surgem as lutas de classes que “influem fortemente no desenvolvimento das forças produtivas”. Já no fim do século XIX e primeiros anos do século XX, configura-se o **capital monopolista**, estabelecido na produção industrial, articulando o controle das atividades econômicas e consolidando monopólios junto aos bancos, constituindo o capital financeiro. Destaca o estágio **imperialista** dessa fase, entre os séculos XIX, XX e XXI, em que os monopólios “dividem entre si as regiões do mundo que pretendem subordinar a seus interesses”.

buscar legitimação política através do jogo democrático, é permeável a demandas das classes subalternas”.

No entanto, Netto (2011, p. 33) aponta que é necessário reconhecer que este momento não equivale a uma decorrência natural do Estado burguês: “as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto dos trabalhadores, a que o Estado, por vezes, responde com antecipações estratégicas”.

Assim, a política social, configura-se como uma das formas de enfrentamento da questão social³⁰, como estratégia governamental de intervenção nas relações sociais diante das condições de vida e reivindicações da classe trabalhadora. Ao responder a demanda dos trabalhadores, o Estado cria condições para a reprodução da força de trabalho necessária ao sistema, ao mesmo tempo que garante o controle do movimento dos trabalhadores, por meio de regulação do trabalho e prestação de serviços sociais.

É importante, portanto, reconhecer essa dinâmica contraditória da política social. Esta face da política social é destacada por Mota (2000) e Yazbek (1993) ao afirmarem que ao mesmo tempo em que a política social exerce um papel de manutenção das relações de dominação, também pode constituir-se como elemento de consciência de classe, de organização política em seu potencial de transformação, que legitima a dominação capitalista ao mesmo tempo em que incorpora as reivindicações da classe trabalhadora.

Esta perspectiva afasta tanto as afirmações da política social como mero executor da dominação burguesa como também rebate a direção que a naturaliza. O reconhecimento da sociedade de classes, portanto, é o passo essencial para a análise dos determinantes da intervenção estatal por meio da política social, representando um espaço onde as lutas de interesses se concretizam.

Assim, o movimento de organização dos trabalhadores acontece permeado por respostas e estratégias burguesas para manter o controle e evitar a construção de uma consciência coletiva. Ao mesmo tempo em que os trabalhadores empreendem o movimento de organização e crítica ao sistema, o Estado burguês

³⁰ Behring e Boschetti (2007, p. 47) apontam que “As sociedades pré-capitalistas não privilegiavam as forças de mercado e assumiam algumas responsabilidades sociais, não com fim de garantir o bem comum, mas com o intuito de manter a ordem social e punir a vagabundagem. Ao lado da caridade privada e de ações filantrópicas, algumas iniciativas pontuais com características assistenciais são identificadas como protoformas de políticas sociais”. Como exemplos citam entre outras leis inglesas a Lei dos pobres (1531-1601), que estabeleciam um “código coercitivo do trabalho”.

constrói estratégias para impedir sua expansão e garantir a manutenção do domínio, propondo mudanças apresentadas como consensuais. Esse movimento é destacado por Gramsci (2011) que, ao considerar a luta de classes a partir da noção de Estado ampliado, transpõe a compreensão da política social para além da legitimação³¹ configurando-a como espaço de luta pela manutenção da hegemonia das classes dominantes ou consolidação de propostas contra-hegemônicas.

A construção do Estado moderno e o desenvolvimento da cidadania aponta o Estado em seu papel de dominação e a cidadania com vistas a garantir os interesses da propriedade privada, buscando a legitimidade de suas ações no controle do sistema como campo propício para a construção do conceito liberal do Estado. O caráter contraditório da política social fica evidente na medida em que se estabelece como instrumento de dominação burguesa e meio de cidadania, onde as reivindicações dos trabalhadores são atendidas. A análise da intervenção estatal por meio da política social pode ser situada no conflito de interesses de construção de projetos societários.

As análises da política social sob a ótica marxiana estabelecem direções movidas por diferentes formas de concepção de Estado. A concepção “restrita” do Estado aponta a política social como forma de dominação das ações mobilizadoras, como forma de legitimar o poder estatal. Ao introduzir os interesses das classes dominadas, mesmo que subordinados, o Estado é apontado como mantenedor da dominação de classes.

³¹ A reflexão de Marx sobre o Estado o extrai da relação que o concebe de forma abstrata, alienada, que o faz parecer como a encarnação do interesse universal. Para Marx, o estado tem uma função concreta, garantindo a propriedade e assegurando a reprodução e a divisão da sociedade de classes, conservando a dominação dos proprietários e os meios de produção (COUTINHO, 1985, p.17). Ao analisar a questão da dualidade de poderes, Coutinho (1985) aponta que Marx apresenta uma noção “restrita de Estado”, onde este exerce a função de comitê executivo da burguesia, da classe dominante. O Estado é a representação direta e imediata da burguesia, um organismo que despolitiza a sociedade e se vale da coerção para cumprir suas funções. A luta de classes estabelece um conflito bipolar entre burgueses e proletários, que só pode ser superado na eliminação violenta de um dos dois poderes, levando necessariamente a uma explosão, estabelecendo a ditadura do proletariado. A dualidade de poderes coloca a contraposição entre os dois tipos de democracia, a burguesa e a proletária, e essa dualidade só pode ser resolvida pela redução a nada de um dos dois poderes (COUTINHO, 1985, p. 38). Em suas obras posteriores Engels aponta para a superação dessa noção restrita e explosiva, através de uma concepção processual da transição para o socialismo, por meio da república democrática. Formula propostas estratégicas para o movimento socialista que implica em um trabalho longo e permanente. A violência proletária é apenas justificada como resposta à violência da classe dominante. Assume que a dominação é feita pelo Estado não apenas através da coerção, mas por mecanismos de contratos e consensos, exercido especialmente pelos organismos organizados da classe operária.

A partir da noção de Estado ampliado defendida por Gramsci³², podem ser estabelecidos padrões de análise da política social como necessidade decorrente do processo de acumulação capitalista e a luta pela hegemonia, elementos presentes na construção das políticas de saúde. Para Teixeira (1995), é possível reconhecer os movimentos de luta pela conquista e defesa de direitos na dualidade entre manutenção e superação da relação de dominação capitalista. A hegemonia representa uma direção a ser conquistada pela sociedade civil para quebrar a dominação burguesa. Ao conquistar a hegemonia na sociedade civil conquista-se a hegemonia³³ no terreno do Estado.

Coutinho (1985, p. 32), aponta que para Gramsci, o Estado é constituído pela sociedade política e sociedade civil³⁴, em que a sociedade política tem como função a dominação, a ditadura e a coerção, tendo como base material os aparelhos coercitivos e repressivos. A sociedade civil tem a função de hegemonia, em sua base material os “aparelhos privados de hegemonia”. Os aparelhos privados de hegemonia representam as bases de organização da classe trabalhadora, sua capacidade de se organizar por meio da cultura e ocupar espaços na direção do Estado. Gramsci afirma o conceito de Estado ampliado à medida que coloca a sociedade civil como arena privilegiada da luta de classes. A ampliação do Estado se dá a partir da capacidade da classe trabalhadora de, através da luta de classes, utilizar dos meios de organização para conquistar a hegemonia.

³² Segundo Coutinho (2011, p. 22), para compreender as razões do fracasso da revolução nos países de estrutura social mais complexa, Gramsci sublinha a diferença estrutural entre o que chama de “Ocidente” e “Oriente”: “No ‘Oriente, o Estado era tudo, a sociedade civil era primitiva e gelatinosa; no Ocidente, havia entre o Estado e a sociedade civil uma relação apropriada e, ao oscilar, o Estado, podia-se imediatamente reconhecer uma robusta estrutura de sociedade civil (Gramsci, 2011, p. 297)”. Para Coutinho (2011), “tal diferença estrutural, que se funda no diferente modo de articulação entre Estado e sociedade civil, leva Gramsci à elaboração de sua categoria mais abrangente, mais concreta (ou seja) aquela que sintetiza um maior número de determinações: a de Estado ‘ampliado’ ou ‘integral’”.

³³ A ditadura do proletariado referida por Lênin é a fonte direta do pensamento de Gramsci, que identifica além da mudança da estrutura econômica e política, uma profunda revolução cultural, uma transformação na maneira de pensar dos homens (GRUPPI, 1985, p.71). Ao considerar a ditadura do proletariado, apresenta a hegemonia como uma direção a ser conquistada pela sociedade civil para quebrar a hegemonia burguesa. Ao conquistar a hegemonia na sociedade civil conquista-se a hegemonia no terreno do Estado.

³⁴ Coutinho (2011, p. 22) destaca que o que distingue a “sociedade política” da “sociedade civil” – que para Gramsci mantém uma relação dialética de “identidade-distinção” – é a função que exercem na organização da vida social, na articulação e reprodução das relações de poder. No âmbito da sociedade civil as classes buscam exercer sua hegemonia e ganhar aliados para suas posições através da direção político-intelectual e do consenso. Na sociedade política exerce-se sempre a ditadura, ou seja, a dominação mediante coerção.

Esse movimento, no entanto, toma novas dimensões a partir do pensamento de Gramsci, que, ao considerar o cenário de dominação do Estado burguês, destaca que as estratégias para manutenção da hegemonia que acontecem em um movimento de adequação, de mudanças conservadoras que se apresentam como consenso. Este movimento será destacado no próximo item, onde abordaremos a dimensão educativa do trabalho em saúde. Cabe, no entanto, destacar, o papel assumido pelo Estado no enfrentamento da questão social, que segundo Netto (2011), vai se estabelecer no tratamento privado e individualista, de um problema público que expressam as refrações da questão social.

Enquanto intervenção do Estado burguês no capitalismo monopolista, a política social deve constituir-se necessariamente em políticas sociais: as sequelas da 'questão social' são recortadas como problemáticas *particulares* (o desemprego, a fome, a carência habitacional, o acidente de trabalho, a falta de escolas, a incapacidade física etc.) e assim enfrentadas. A constatação de um sistema de nexos causais, quando se impõe aos intervenientes, alcança no máximo o estatuto de um quadro de referência centrado na noção de *integração social*: selecionam-se variáveis cuja instrumentação é priorizada segundo os efeitos multiplicadores que podem ter na perspectiva de promover a redução das *disfuncionalidades* – tudo se passa como se estas fossem inevitáveis ou como se originassem de um 'desvio' da lógica social. Assim, a 'questão social' é atacada nas suas *refrações* nas suas sequelas apreendidas como problemáticas cuja natureza totalizante, se assumida conseqüentemente, impediria a intervenção (NETTO, 2011, p. 32, grifos do autor)

A vida, o cotidiano, as relações familiares e comunitárias passam a ser alvo de intervenções do Estado, intervenções que possuem como intencionalidade o controle dos movimentos reivindicatórios dos trabalhadores sua adequação ao desenvolvimento capitalista. Para isso, são construídos serviços, políticas que passam a requisitar profissionais para operacionalizar tais medidas. A política de saúde é uma das áreas em que essa lógica se aplica.

Ao longo da história, o modo de produção capitalista sofre mudanças e transformações que afetaram não só a produção, mas também as relações sociais, mantendo, contudo, sua fundamentação na exploração da força de trabalho. Nesses momentos, a política social, especialmente a política de saúde, assume características que expressam o movimento de disputa entre classes sociais, entre projetos societários.

1.3 A direção social do trabalho nos serviços de saúde

A reflexão realizada até o momento nos permitiu reconhecer o trabalho no contexto das relações sociais capitalistas e a questão da saúde como elemento para a reprodução da força de trabalho. Nesta direção, reconhecemos também que a política de saúde é permeada pela disputa de classe, no movimento de luta e consenso entre as reivindicações da classe trabalhadora e a intervenção da burguesia e do Estado.

Sendo a política pública de saúde uma resposta aos movimentos de disputa entre projetos societários, há de se destacar o papel dos profissionais de saúde situados nesse cenário contraditório. Por isso questionamos: **como os profissionais de saúde atuam no processo de produção e reprodução das relações sociais capitalistas?**

Diante desta questão retomamos a argumentação de Iamamoto e Carvalho (2011, p. 77) que compreendem o processo de produção e reprodução das relações sociais capitalistas para além do determinismo econômico em que se expressa “uma maneira historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais da existência humana e as relações sociais através dos quais levam a efeito a produção”. É neste processo que “se reproduzem, concomitantemente, as ideias e representações que expressam estas relações e as condições materiais em que se reproduzem, encobrindo o antagonismo que as permeia”. Desta forma, “a produção social não trata de produção de objetos materiais, mas de relação social entre pessoas, entre classes sociais que personificam determinadas categorias econômicas”. As determinações do capital atingem, portanto, a totalidade da vida social.

Assim, a reprodução das relações sociais é a reprodução da totalidade do processo social, a reprodução de um determinado modo de vida que envolve o cotidiano da vida em sociedade: o modo de viver e de trabalhar, de forma socialmente determinada, dos indivíduos em sociedade. Trata-se, portanto, de uma totalidade concreta em movimento, em processo de estruturação permanente. Entendida dessa maneira, a reprodução das relações sociais atinge a totalidade da vida cotidiana, expressando-se tanto no trabalho, na família, no lazer, na escola, no poder etc., como também na profissão. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2011, p. 79).

O capitalismo monopolista, ao requisitar um Estado interventor na questão social, abre o caminho para a configuração das políticas sociais, e para a operacionalização de tais serviços, são requisitados uma série de profissionais, que

passam a exercer suas funções também permeadas pelos interesses de classe. Na área da saúde, identificamos a existência de funções de cuidado e vigilância em outros momentos históricos, mas diante das novas requisições do Estado, estas profissões adequam-se às necessidades do capital.

A intervenção do Estado, polarizada pelos interesses de classe, reproduz a lógica hegemônica como forma de dominação, contraposta pelo movimento de resistência e luta que:

[...] reproduz também, pela mesma atividade, interesses contrapostos que convivem em tensão. Responde tanto a demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro polo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o móvel básico da história (IAMAMOTO, CARVALHO, 2011, p. 81).

O caráter contraditório das políticas sociais também se expressa no conjunto das profissões requisitadas pelo Estado para atuar nos serviços, pois se configuram “novas necessidades sociais e novos impasses que passam a exigir profissionais especialmente qualificados para o seu entendimento, segundo parâmetros de ‘racionalidade’ e ‘eficiência’ inerentes à sociedade capitalista” (IAMAMOTO, CARVALHO, 2011, p. 83).

Desta forma, é preciso reconhecer que as profissões de saúde³⁵ estão inseridas na divisão social e técnica do trabalho, como parte do trabalho coletivo, fruto da combinação de trabalhos especializados na produção, que exercem uma funcionalidade, um papel no conjunto das profissões na sociedade capitalista³⁶.

³⁵ Na Saúde da Família destacam-se os profissionais que compõem a equipe básica como o médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar ou técnico de consultório dentário e o agente comunitário de saúde. Nas equipes do NASF são previstos a inserção dos seguintes profissionais: Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional/Professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista/Obstetra, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Médico Geriatra, Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte-educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

³⁶ Pires (2000, p. 255) aponta que o trabalho pode ser desenvolvido de forma autônoma na relação profissional cliente, em instituições, como parte do trabalho coletivo, seja em hospitais, clínicas ou empresas. As instituições, sejam ambulatoriais ou hospitalares, podem desenvolver-se no âmbito público, privado ou em organizações do terceiro setor. No trabalho coletivo, os diversos profissionais de saúde desenvolvem no conjunto, resultam na assistência à seres humanos que são totalidades complexas. O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. O médico é o elemento central do processo assistencial em saúde a nível institucional. Os demais profissionais participam da assistência, subordinando-se às decisões médicas, mas cada

A produção e reprodução capitalista inclui, também, uma gama de atividades, que não sendo diretamente produtivas, são indispensáveis ou facilitadoras do movimento do capital. São funções que, com o progresso da divisão do trabalho, se desmembram de outras, adquirindo uma existência independente, substantivadas como função específica de determinados agentes a que está diretamente encomendada. Embora não sejam geradoras de valor, tornam mais eficiente o trabalho produtivo, reduzem o limite negativo colocado à valorização do capital, não deixando de ser para ele uma fonte de lucro. (IAMAMOTO, 2011, p. 93)

A argumentação de Iamamoto e Carvalho (2011)³⁷ - mesmo que voltada para as particularidades do Serviço Social – reafirma a atuação das demais profissões nas políticas sociais como trabalho. Estes agentes mesmo não produzindo diretamente um produto, gerando diretamente valor, tem uma funcionalidade que irá atingir diretamente o processo de produção: a garantia de condições para reprodução da força de trabalho. A condição de trabalhador assalariado, nos permite também reconhecer a atuação nesta esfera como trabalho, pois ao mesmo tempo em que se atua em relação a uma classe, também se pertence a ela.

Pires (2000) aponta que o trabalho em saúde pode ser desenvolvido de forma autônoma na relação profissional cliente, em instituições, como parte do trabalho coletivo, no âmbito público, privado, o trabalho é compartimentalizado, com a figura do médico como o elemento central do processo assistencial em saúde a nível

categoria profissional mantém certa autonomia de avaliação e tomada de decisões. O ato assistencial em saúde envolve um conhecimento sobre o processo que não é dominado pela administração da instituição e nem existe uma equipe de técnicos e gerentes que determinem qual é a tecnologia assistencial que será empregada e qual o papel de cada trabalhador, como ocorre em empresas da produção material. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional. Os médicos, ao mesmo tempo que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. Esses profissionais executam atividades delegadas, mas mantém certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional. Tomam decisões, desde que elas não contradigam as decisões médicas. Salvo por acordo entre as partes. No espaço institucional, convivem características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho.

³⁷ No Livro *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil* (1982) de Marilda Iamamoto e Raul de Carvalho (2011), Iamamoto traz na primeira parte do livro uma importante elaboração que irá fundamentar a análise crítica do Serviço Social a partir da análise marxiana. Neste texto, ela situa o Serviço Social como profissão no processo de produção e reprodução das relações sociais capitalistas e na segunda parte do texto são apresentados os resultados de uma pesquisa que destaca o histórico de formação do Serviço Social no Brasil. As posteriores elaborações da autora vão situar o Serviço Social como trabalho no contexto da divisão social e técnica do trabalho, argumentação que é polêmica na categoria e possui contraposições, em especial de Sergio Lessa que aponta que o Serviço Social não pode ser considerado como trabalho pois não atua diretamente sobre a natureza. Considera, portanto, a profissão como uma forma de práxis social. Para argumentação construída neste trabalho, reconhecemos o Serviço Social como trabalho considerando a compreensão das novas configurações do sistema capitalista que o situa no processo de produção e reprodução do capital. Ao considerar esta afirmação, estamos generalizando tal perspectiva na análise das outras profissões de saúde, considerando o conjunto de trabalhadores da saúde.

institucional. No espaço institucional, convivem características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho. Em sua análise sobre a reestruturação produtiva e o trabalho em saúde, a autora destaca o uso intensivo das novas tecnologias, a ampliação da terceirização e precarização e flexibilização das relações de trabalho. Os impactos, no entanto, vão de ampliar a medida em que se expande a contrarreforma na saúde. Dessa forma, as condições a que os trabalhadores são submetidos também interfere em sua autonomia e na efetivação de seu trabalho.

É afirmada, então, a relação que se estabelece no processo de trabalho em saúde entre as dimensões éticas, políticas, teóricas e práticas. Assim, ao analisar a atuação do profissional de saúde no contexto das políticas sociais, considerando seu caráter contraditório, é preciso reconhecer que atuação profissional não é neutra, ela reproduz uma perspectiva que imprime uma direção social às suas ações.

De fato, a política social expressa interesses diversos de classes e grupos de classes e, para que ganhe forma, desde o seu planejamento até a sua gestão e execução, comporta uma racionalidade que a fundamenta e organiza. Por sua vez, os projetos societários que disputam a hegemonia no Estado e na sociedade possuem um determinado modo de conceber a realidade e, sendo assim, comportam uma ideologia. Há, então, um embate de projetos que se consubstancia também sob a forma de disputa ideológica no âmbito da política social e se expressam nas diversas concepções de direito, de Estado, de classes sociais, entre outros. Sendo assim, a política social comporta também as ideologias que fundamentam os interesses de classe em confronto no âmbito do Estado e da sociedade civil.

Para Paim (2008, p. 42), “o Estado se apoia em certas classes dominadas da sociedade, apresentando-se como seu representante, mediante um complexo processo ideológico”. Assim é nesse processo de dominação hegemônica de classe que o Estado “atua em proveito político das classes dominantes recorrendo a dispositivos e aparelhos ideológicos de diversas ordens”.

Para Simionato (2011, p. 78) “a ideologia pode ser definida como uma visão de mundo com normas de conduta correspondentes, ela se encontra em todos os níveis sociais: econômico, político, científico, artístico etc., em todas as manifestações da vida individuais e coletivas”. A ideologia apresenta-se pois, no

pensamento gramsciano, com uma relação orgânica entre o pensado e o vivido, entre o conhecimento e a ação.

Nessa direção, é preciso recuperar uma categoria estratégica para Gramsci que é a hegemonia. Segundo Simionato (2011, p. 78), quando Gramsci fala da hegemonia como ‘direção intelectual e moral’, afirma que essa direção “deve exercer-se no campo das ideias e da cultura, manifestando a capacidade de conquistar o consenso e formar uma base social”, pois “não há direção política sem consenso”. Assim, “a passagem da classe subalterna à classe hegemônica se dá no processo de correlação de forças sociais, políticas e militares, ou seja, na relação entre estrutura e superestrutura, objetividade e subjetividade, singularidade e universalidade”.

Para Gramsci (2002, p. 101), “a supremacia do grupo social se manifesta pelo domínio intelectual, moral, ideológico e cultural, como a elevação de uma forma superior de cultura e da concepção de mundo”. O senso comum é destacado como produto da história que expressa um modo de vida que determina normas de conduta. A relação entre filosofia superior e o senso comum é assegurada pela política.

No processo de organização da cultura, a ideologia transcende o conhecimento e se liga diretamente à ação para influir diretamente no comportamento dos homens, pois a forma em que se organizam as massas humanas, formam o terreno no qual os homens se movimentam, adquirem consciência de sua posição e lutam. Este movimento é apontado por Gramsci, ao afirmar que “somos conformistas de algum conformismo, somos sempre homens-massa ou homens coletivos”. Assim, criticar a própria concepção do mundo “significa torna-la unitária e coerente e elevá-la até o atingido pelo pensamento mundial mais evoluído” (GRAMSCI, 2011, p. 129).

A conquista da hegemonia coloca a passagem de um momento meramente econômico ao momento ético-política, da elaboração superior da estrutura (economia) em superestrutura (ideologia) na consciência dos homens, que em um movimento de catarse “significa, também a passagem do ‘objetivo ao subjetivo’ e da ‘necessidade à liberdade’. Nesse movimento, “a estrutura, de força exterior que esmaga o homem, assimilando-o e o tornando passivo, transforma-se em meio de liberdade, em instrumento para criar uma nova forma ético-político, em origem de novas iniciativas” (GRAMSCI, 2014, p. 314).

O movimento no qual se organiza uma concepção de vida superior acontece através da filosofia da práxis. Segundo Simionato (2011, p. 80) “a filosofia da práxis afirma a unidade entre a teoria e a prática; trata-se de uma filosofia que se engendra no processo histórico”. Destaca a questão do senso comum, já que é neste terreno que as classes subalternas incorporam as ideologias dominantes. Aponta ainda que a” formação de uma nova cultura está, portanto, ligada à crítica ao senso comum que, para Gramsci, é o ponto de partida e ponto de chegada, é o processo de crescimento da vontade coletiva”.

A compreensão crítica de si mesmo é obtida, portanto, através da luta de “hegemonias” políticas, de direções contrastantes, primeiro no campo da ética, depois no da política, atingindo, finalmente, uma elaboração superior da própria concepção do real. A consciência de fazer parte de uma determinada forma hegemônica (isto é consciência política) é a primeira fase de ulterior e progressiva auto consciência, na qual teoria e prática finalmente se unificam (GRAMSCI, 2014, p. 103).

A unificação teoria e prática entendida como processo histórico real estabelece a passagem de uma concepção mecanicista e puramente exterior para uma concepção ativista, próxima da compreensão unidade teoria e prática. Para Gramsci (2014, p. 103), “a unidade de teoria e prática não é um fato mecânico, mas um devir histórico” [...] e progride até a aquisição completa de uma concepção de mundo coerente e unitária”.

Nesse movimento, a ideologia exerce a função de manter coeso o grupo de interesses que se opõem aos interesses da sociedade capitalista. A formação de um bloco histórico permite obter o consenso entre operários e camponeses, não só pelo interesse político, mas também pela ideologia. Realiza-se a vida do conjunto, a única força social³⁸.

Para Gramsci o caráter processual da transição revolucionária e a expansão das classes subalternas leva a conquista progressiva de posições levando à emergência de uma nova classe ao poder do Estado. Considerar a hegemonia como uma direção que deve ser conquistada pela sociedade civil para quebrar a

³⁸ Simionato (2011, p. 50-52), apresenta uma reflexão em que aponta três momentos da consciência política coletiva e ideológica das forças sociais: o primeiro é o econômico-corporativo em que um grupo profissional deve organiza-lo; o segundo momento em que se adquire consciência da solidariedade de interesses entre todos os membros do grupo social; e o terceiro momento, é a fase estritamente política, ou fase de hegemonia propriamente dita, onde ocorre “a clara passagem da estrutura para a superestrutura” [...] “Passar da passividade à ação consciente (do consenso passivo ao consenso ativo) significa também buscar uma nova articulação de teoria e prática, combater a subalternidade mediante a superação das concepções mecanicistas e particulares que encobrem o ser social .”

hegemonia burguesa é a contribuição do pensamento de Gramsci para a realização da ditadura do proletariado no terreno do Estado.

Ao configurar a sociedade civil como protagonista na relação com o Estado, Gramsci aponta que a organização das classes subalternas por meio dos aparelhos privados de hegemonia pode conquistar a direção e o poder do Estado. A superação da hegemonia burguesa e a conquista da hegemonia das classes subalternas alteram o modo de compreensão das relações sociais e uma estratégia revolucionária por meio da organização das classes subalternas. Este movimento, no entanto, toma novas dimensões no pensamento do autor, no cenário de dominação do Estado Burguês onde suas estratégias para manutenção da hegemonia acontecem em um movimento de adequação, de mudanças conservadoras que se apresentam como consenso.

Assim, reconhecemos também que a prática profissional pode assumir perspectivas de reprodução das classes hegemônicas ou propiciar a construção de uma nova hegemonia, em uma posição que Gramsci (2011) chama de intelectual³⁹:

Por isso, seria possível dizer que todos os homens são intelectuais, mas nem todos os homens têm na sociedade a função de intelectuais [...] Formam-se assim, historicamente, categorias especializadas para o exercício da função de intelectual; formam-se em conexão com todos os grupos sociais, mas sobretudo em conexão com os grupos sociais mais importantes, e sofrem elaborações mais amplas e complexas em ligação com o grupo social dominante. Uma das características mais marcantes de todo grupo que se desenvolve no sentido do domínio é sua luta pela assimilação e conquista “ideológica” dos intelectuais tradicionais, assimilação e conquista que são tão mais rápidas e eficazes quanto mais o grupo em questão for capaz de elaborar simultaneamente seus próprios intelectuais orgânicos (GRAMSCI, 2011, p. 206).

Em sua análise, Gramsci (2011, P. 208) aponta que a relação entre os intelectuais e o mundo da produção não é imediata, ela ‘mediatizada’, por todo tecido social pelo conjunto das superestruturas, “do qual os intelectuais são precisamente os ‘funcionários’”. Gramsci irá apresentar para análise da política a sociedade civil - como conjunto de organismos privados – e a sociedade política ou Estado – com função de hegemonia que o grupo dominante exerce em toda sociedade e aquela de domínio direto. Afirma que “os intelectuais são os ‘prepostos’

³⁹ Para Gramsci (2011, p. 209-210), no mundo moderno, a categoria dos intelectuais, assim entendida, ampliou-se enormemente. [...] O ponto central da questão continua a ser a distinção entre intelectuais como categoria orgânica de cada grupo social fundamental e intelectuais como categoria tradicional, distinção da qual decorre toda uma série de problemas e de possíveis pesquisas históricas.

do grupo dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político” por meio do consenso espontâneo dado pela grande massa da população à orientação impressa pelo grupo fundamental dominante à vida social, consenso que nasce historicamente do prestígio, da confiança e também pela hegemonia do aparelho da ação estatal que assegura largamente a disciplina dos grupos que não consentem, nem ativa nem passivamente.

Segundo Coutinho (2011, p. 29), “Gramsci considera intelectuais todos os que contribuem para educar, organizar, ou seja, para criar ou consolidar relações de hegemonia”. Considera como intelectuais membros do partido político, de um sindicato, mas distingue entre o “grande intelectual”, que cria novas concepções de mundo, e aqueles que difundem tais concepções, distinguindo também os “intelectuais orgânicos” que “são gerados diretamente por uma classe e servem para lhe dar consciência e promover sua hegemonia”, dos “intelectuais tradicionais”, que se vinculam a instituições do capitalismo. Coutinho ainda destaca que: “Tarefa de uma classe que busca hegemonia é não apenas criar seus próprios intelectuais ‘orgânicos’, mas também assimilar aqueles ‘tradicionais’”⁴⁰

Assim, há que se reconhecer a posição de intelectual da atividade humana, como intelectual que atua “numa inserção ativa na vida prática, como construtor, organizador, “persuasor permanentemente” (GRAMSCI, 2011, p. 230).

Não há atividade humana da qual se possa excluir toda intervenção intelectual, não se pode separar o homo faber do homo sapiens. Em suma, todo homem fora da sua profissão desenvolve uma atividade intelectual qualquer, ou seja, é um filósofo, um artista, um homem de gosto, participa de uma concepção de mundo, possui uma linha consciente de conduta moral, contribui assim para manter ou para modificar uma concepção de mundo, isto é, para suscitar novas maneiras de pensar (GRAMSCI, 2011, p. 229).

Ao assumir este caráter da natureza humana, Gramsci apresenta o ponto estratégico da sua elaboração: a construção da hegemonia através da cultura. Com isso, Gramsci está apontando que na busca pela conquista de hegemonia, os

⁴⁰ Sobre a questão dos intelectuais, Simionato (2011, p. 66) destaca que “a relação de organicidade das diversas categorias de intelectuais se dá tanto em relação ao proletariado quanto em relação à burguesia. O caráter orgânico do intelectual depende da sua relação com a classe a que pertence, bem como do lugar ocupado por ele nas organizações da sociedade econômica, política e civil. A origem de classe de um intelectual pode ser diversa e até mesmo oposta à classe que está organicamente ligado. Um intelectual orgânico da classe trabalhadora pode chegar a ser um intelectual orgânico da burguesia ou vice-versa. Ainda que os intelectuais, predominantemente, liguem-se mais à sua classe de origem, são relativamente livres para ligar-se a uma classe distinta”. A autora exemplifica dizendo que Marx e Lênin eram de origem pequeno-burguesa, mas se vincularam ao proletariado.

grupos sociais devem formar um ambiente favorável para propagação de suas ideias, pois sem uma mudança cultural, não é possível conquistar a hegemonia.

Tal questão, mesmo que tratada no ambiente do partido político, nos traz uma série de possibilidades de reflexão. Da mesma forma então que a classe dominante tem como estratégia a conformação de uma ideologia e uma cultura para dominação das classes subalternas, é possível que as classes subalternas construam uma cultura de questionamento, buscando sua hegemonia enquanto classe social.

Deve-se falar de luta por uma nova cultura, ligada a uma nova vida moral, que não pode deixar de ser intimamente ligada a uma nova intuição de vida, até que se torne um novo modo de sentir e de ver a realidade e, conseqüentemente, mundo intimamente relacionado com os 'artistas possíveis' e com 'obras de arte possíveis'. [...] Um novo grupo social que ingressa na vida histórica com postura hegemônica, com uma segurança de si que antes não possuía, não pode deixar de gerar, a partir de seu interior, personalidades que, antes, não teriam encontrado força suficiente para se expressar completamente num certo sentido [...] (GRAMSCI, 2011, p. 345).

Ao trabalhar a questão da saúde no cotidiano, a equipe de saúde se depara com valores, crenças, modos de vida e organização particulares da vida privada e comunitária. É no espaço do cotidiano, conforme aponta Heller⁴¹ que se tem o ambiente de produção da moral, dos preconceitos, mas onde também se coloca a possibilidade de construção de valores éticos, de valores humano genéricos.

Dessa forma, afirmamos que o trabalho em saúde possui uma dimensão pedagógica, que pode colaborar com a construção das possibilidades do ser social, ou da mesma forma e pela mesma ação, promover a reprodução e manutenção das relações de dominação. Como afirma Gramsci (2014):

Mas a relação pedagógica não pode ser limitada às relações especificamente "escolares", através das quais novas gerações entram em contato com as antigas e absorvem suas experiências e seus valores historicamente necessários, "amadurecendo" e desenvolvendo uma personalidade própria, histórica e culturalmente superior. Esta relação existe em toda a sociedade no seu conjunto e em todo indivíduo com relação aos outros indivíduos, entre camadas intelectuais e não intelectuais, entre governantes e governados, entre elites e seguidores, entre dirigentes e dirigidos, entre vanguardas e corpos do exército. Toda relação de hegemonia" é necessariamente uma relação pedagógica, que se verifica não apenas no interior de uma nação, entre as diversas forças que a

⁴¹ Heller (2008, p. 38-39) aponta que "A vida cotidiana é a vida do indivíduo. O indivíduo é sempre, ser particular e ser genérico. [...] Enquanto indivíduo, portanto, é o homem um ser genérico, já que é produto e expressão de suas relações sociais, herdeiro e preservador do desenvolvimento humano; mas o representante do humano-genérico não é jamais um homem sozinho, mas sempre a integração (tribo, demos, estamento, classe, nação, humanidade) - bem como, frequentemente várias integrações - cuja parte consciente é o homem e no qual se forma sua "consciência de nós".

compõem, mas em todo o campo internacional e mundial, entre conjuntos de civilizações nacionais e continentais (GRAMSCI, 2014, p.399).

A reflexão sobre o processo de trabalho em saúde traz, portanto, a necessidade de analisar a relação teoria-prática no cotidiano profissional. Como vimos anteriormente, a constituição da sociedade capitalista trouxe a exigência da formação de uma cultura, de um modo de vida, de uma forma de sociabilidade centrada na mercadoria e pautada nos valores de defesa da liberdade e da propriedade privada, que no bojo das relações de disputa de classe, também construiu novas mediações contestatórias. Assim, o movimento da realidade capitalista se expressa através das teorias sociais que, por sua vez, também influenciam em uma relação dialética.

A análise das relações sociais capitalistas é realizada a partir de diferentes perspectivas de compreensão/apreensão da realidade e apresentam métodos que influem na compreensão da questão social e suas formas de enfrentamento e, ao longo da construção das políticas sociais, irão se constituir em movimentos de rupturas e continuidades⁴².

Dessa forma, não há como pensar a atuação profissional frente as expressões da questão social sem antes reconhecer a influência da compreensão da realidade social através do pensamento social da igreja⁴³. Esta lógica está fundada no pensamento humanista, através de noção de bem comum, de dignidade da pessoa humana e será a base de atuação dos agentes sociais priorizando “a formação da família e do indivíduo para solução dos problemas e atendimento de suas necessidades materiais, morais e sociais” (YAZBEK, 2009, p;144).

O positivismo⁴⁴, explica e justifica ideologicamente a ordem social burguesa. Seu conservadorismo é expresso na defesa da ordem social naturalmente

⁴² Nesta elaboração, vamos considerar as perspectivas teóricas que têm influenciado a compreensão da questão social a partir das análises realizadas no âmbito do Serviço Social. Sabemos que estas perspectivas centrais têm seus desdobramentos e, na análise dos dados, poderemos reconhecer as demais influências no campo da saúde que irão referenciar a atuação na abordagem familiar e comunitária.

⁴³ Segundo Yazbek (2009, p. 130) “essa orientação ocorre em um movimento em que a igreja, como força, mobiliza o laicato a partir das diretrizes da Rerun Novarium (1891) e Quadragésimo Anno (1931), encíclicas papais que assumiam um posicionamento antiliberal e anticapitalista”.

⁴⁴ Consideramos aqui as análises de Émile Durkheim, com forte inspiração na tradição empirista de Bacon e no positivismo de Comte. Para Lukács (1988, p. 109), o positivismo e principalmente o neopositivismo assumem nesse desenvolver-se da filosofia uma colocação particular, porquanto, entendem tomar uma posição perfeitamente neutra em todas as questões relativas à concepção do mundo, deixar simplesmente de lado qualquer fato ontológico e produzir uma filosofia que afaste do próprio âmbito, o inteiro complexo problemático daquilo que existe em si enquanto pseudoproblema

harmônica, que possibilita que as lutas sociais sejam vistas como desordem, que a educação e a moral superam. Nesse sentido, segundo Netto (2011, p. 43), o positivismo “antes de ser uma escola sociológica, é a auto-expressão ideal do ser social burguês”.

As relações sociais em que a luta de classes é posta é tida por Durkheim como patológica. A luta de classes não é normal e as desigualdades naturais não devem se tornar desigualdades sociais. Na dinâmica da vida social ele assume a existência de conflitos, mas ao mesmo tempo coloca que estes conflitos devem ser superados, para que possa existir uma coesão, para que o todo possa se concretizar. O movimento no qual as desigualdades da sociedade são superadas se dá através da divisão do trabalho, onde os laços de solidariedade são aprofundados em uma relação de interdependência. A divisão do trabalho se estabelece cada vez mais até a normalização das condições exteriores. Ao se aprofundar a divisão do trabalho são aprofundados os laços de solidariedade, através da moral e do direito. Assim, a consciência social se dá através do reconhecimento do papel que cada função desenvolve na sociedade. O todo, o coletivo se sobrepõe aos indivíduos.

O que faz a coerção não é qualquer espécie de regulação, pois ao contrário, como acabamos de ver, a divisão do trabalho não pode dispensar uma regulamentação. Mesmo que as funções se dividam de acordo com regras preestabelecidas, a divisão não é necessariamente o efeito de uma coerção [...] A coerção só começa quando a regulamentação não corresponde mais a verdadeira natureza das coisas em consequência, já não tendo base nos costumes, só se sustenta pela força (DURKHEIM, 1999, p. 394).

As características das regras sociais evidenciam as condições fundamentais nas quais se desenvolve a solidariedade social, determinando o conjunto de vínculos que unem uns aos outros e à sociedade. Em Durkheim, os fatos sociais coletivos é que expressam a sociedade. A divisão do trabalho como fonte de coesão social não apenas torna os indivíduos solidários, porque limita a atividades de cada um, mas também porque a aumenta. Ela aumenta a unidade do organismo, pelo simples fato que aumenta a vida; pelo menos no estado normal, ela não produz um desses efeitos sem o outro.

O pensamento positivista, irá se apresentar também em sua perspectiva estrutural funcionalista⁴⁵ - ciência associada às regras que orientam as instituições sociais – com a noção de manutenção funcional da organização institucional com o objetivo de cumprir sua função de produção de um tipo de conhecimento. Nesta perspectiva funcional a teoria dos sistemas é acionada e a compreensão das partes se relaciona com o todo, em prol de sua manutenção sistêmica, que tende a um natural equilíbrio. Dessa forma, o pensamento positivista, como método de análise da questão social, empreenderá o tratamento moral da questão social e a perspectiva de ajustamento social, conforme nos aponta Netto (2011):

A passagem da moralização da sociedade à individualização dos problemas sociais é um processo que enlaça, como se verifica, componente teórico-cultural e tendências econômico-sociais próprias da gestação e da consolidação da ordem monopólica. [...] De um lado, o traço 'público' da 'questão social', que conduz à regulação de mecanismos econômicos sociais e políticos; doutro, o traço 'privado' que conduz ao disciplinamento psicossocial dos indivíduos excluídos do circuito integrativo a que a regulação se propõem. [...] O 'tratamento' dos afetados pelas refrações da 'questão social' como individualidades sociopáticas funda instituições específicas – o que ocorre é a conversão dos problemas sociais em patologias sociais (NETTO, 2011, p. 50-51, grifos do autor).

Também como método de análise sociológica, o compreensivismo de Max Weber⁴⁶, propõe uma aproximação com os processos sociais a partir da compreensão da intencionalidade e ações dos sujeitos. Busca o sentido à ação humana e relaciona os valores da cultura, nações, religiões e fenômenos sociais. Weber questiona a transposição das ciências naturais para as ciências sociais e se apresenta como antipositivista, defendendo que as respostas devem ser neutras e a pesquisa deve caminhar por regras objetivas e universais, em uma dimensão historicista. Em sua análise, estabelece tipos ideais em que descreve o movimento

⁴⁵ O positivismo em sua face funcionalista responde à racionalidade da ordem burguesa, ele é essencialmente a transcrição imediata desta ao plano do pensamento formal abstrato. Tanto seus sistemas de saber quanto os instrumentos técnicos revelam-se sincronizados ao movimento social e aptos a fornecer uma explicação coerente. É uma ciência associada às regras que orientam as instituições sociais. O estrutural funcionalismo traz a noção de função social, as estratégias de manutenção funcional da organização institucional, como as instituições se organizam com o objetivo de cumprir sua função de produção de um tipo de conhecimento. A noção de sistemas é trazida para o âmbito institucional, em uma compreensão de que os sistemas tendem a um natural equilíbrio onde as partes se relacionam com o todo, em prol de sua manutenção sistêmica. Como representantes desse pensamento com influência no Brasil podemos destacar Talcott Parsons e Robert Merton.

⁴⁶ Behring e Boschetti (2007, 32)), destacam a influência do idealismo de Kant na construção da sociologia compreensiva de Weber, como uma forma de interpretar e pensar a sociedade superdimensionando o papel do sujeito, o qual concebe a realidade como resultado do pensamento, desconsiderando as condições e determinações objetivas.

normativamente ideal de uma ação racionalmente dirigida a um fim, os fenômenos sociais e sua seletividade em uma sequência de hipóteses explicativas (BEHRING E BOSCHETTI, 2007, p. 34).

Para Guerra (1993), a compreensão Weberiana da realidade social:

[...] não consegue se desvencilhar dos aspectos fenomênicos sob os quais a realidade se apresenta aos sujeitos, toma os fatos pela sua aparência fenomênica e atribui-lhe um significado” e atribuir ao sujeito a capacidade de fazer a história, torna-o impotente diante das estruturas burocráticas, e o que é ainda mais grave, acaba por responsabilizá-lo por esse aprisionamento (GUERRA, 1993, p. 120-122).

Sobre a influência deste método na constituição e análise das políticas sociais, Behring e Boschetti (2007, p. 36) destacam que “implica a construção ideal de tipos, e que muito tem influenciado o debate e a pesquisa comparada de padrões de proteção social”. Apontam ainda que “daí advém sua importante discussão acerca da burocracia e do patrimonialismo”. A política social seria um mecanismo institucional típico da racionalidade legal contemporânea.

Como um importante recurso utilizado na intervenção social, cabe destacar a fenomenologia, que segundo Netto (2011, p. 209) pode ser tratada como “escola” ou “tendência” filosófica ou como “movimento” e, no Brasil, a influência da perspectiva compreensiva sobre as ciências sociais é recuperada diretamente de Weber não das fontes diretas da fenomenologia⁴⁷. Esta perspectiva que busca alcançar a intuição da essência e interpretar o mundo através da consciência de um determinado sujeito segundo as suas experiências irá se consolidar no atendimento às necessidades sociais através da ajuda psicossocial, com tendência à centralização na dinâmica individual, com viés psicologizante. No campo da saúde, a perspectiva fenomenológica tem sido um importante recurso para a pesquisa e prática profissional⁴⁸.

⁴⁷ Dentre os teóricos da fenomenologia com influência no Brasil podemos destacar: Husserl, Hartmann, Heidegger, Merleau-Ponty, Sartre, Schutz. Para Netto (2007, p. 210), os “desdobramentos inerentes da fenomenologia resultaram em construções marcadamente distintas, e não foram raros os confrontos entre seus representantes mais insígnies”.

⁴⁸ Segundo Gomes et al. (2008), as pesquisas de referencial fenomenológico na área da saúde têm sido fortalecidas nos últimos anos, motivadas pela necessidade de apreensão dos significados próprios para cada sujeito inserido em sua totalidade cultural e histórica e como crítica ao modelo biomédico, estimulando a emergência de uma Fenomenologia da Saúde e uma nova produção do cuidado em saúde. Propõe-se o referencial fenomenológico como importante recurso metodológico para a compreensão do processo de humanização na atenção e na gestão em saúde, pois ele resgata a importância da consciência intencional, que revela possíveis sentidos e desvela significados existentes nas relações e práticas. Consiste, ainda, na possibilidade de atuar na promoção da saúde,

O materialismo histórico dialético, como método de análise e intervenção nas políticas sociais, parte da apreensão da totalidade da vida social, por aproximações sucessivas o que se dá na totalidade do processo de produção e reprodução do capital que determina o modo de vida da sociedade. Em Marx, a contradição e o antagonismo de classes são retratados através da luta de classes, onde no mesmo processo de dominação são recriadas as condições para a organização da classe trabalhadora. Na medida em que as contradições do capital afetam diretamente a relação em sociedade e as condições de vida da classe trabalhadora permitem a construção de um campo de organização em movimentos de oposição. O método de análise propõe a apreensão da realidade a partir de categorias como dialética, contradição, totalidade e história.

A análise das políticas sociais sob o enfoque dialético precisa considerar alguns elementos essenciais para explicar seu surgimento e desenvolvimento. O primeiro é a natureza do capitalismo, seu grau de desenvolvimento e as estratégias de acumulação prevalentes. O segundo é o papel do Estado na regulamentação e implementação das políticas sociais, e o terceiro é o papel das classes sociais. [...] Da mesma forma, é fundamental identificar as forças políticas que se organizam no âmbito da sociedade civil e interferem na conformação da política social, de modo a identificar sujeito coletivos de apoio e/ou de resistência a determinada política social, bem com sua vinculação a interesses de classe (BEHRING E BOSCHETTI, 2007, p. 44)

Tal perspectiva é a que permite então reconhecer a questão social no processo de produção capitalista e no movimento contraditório da política social, colocando assim as possibilidades de intervenção que superem a responsabilização individual e o enfoque psicologizante, construindo possibilidades de reconhecimento dos sujeitos sociais e coletivos e autônomos e de propostas emancipatórias e transformadoras.

Para Guerra (2013, p. 44), no reconhecimento das influências metodológicas no atendimento às demandas sociais, o pragmatismo também se apresenta como importante recurso que expressa a filosofia e o modo de ser norte-americano⁴⁹ e se

pela consonância com a perspectiva de integralidade, autonomia e visão ampliada do processo saúde - doença por meio dos seus pressupostos de totalidade do fenômeno, consciência intencional e ética.

⁴⁹ Ao analisar a influência do pragmatismo no Serviço Social, Guerra (2013) destaca que os autores seminais que tratam o amplo universo do que nas ciências sociais se conhece com o pragmatismo são muito diferentes entre si e não alcançam qualquer consenso sobre a sua natureza. Para uns, o pragmatismo é uma teoria da significação (Peirce); para outros, um método ou uma teoria para alcançar a verdade (James e Dewey); para outros, ainda, uma filosofia; há, também, os que o concebem como um estilo de vida. Mas a amplitude desta tendência é tamanha que ela abarca não apenas concepções diferentes, mas também opostas. Sua importância vai além do fato de que, no início do século 20, o pragmatismo representou a principal tendência norte-americana. Surge daí sua

expressa hoje no neopragmatismo. Nessa perspectiva “a apreensão imediata da realidade passa a ser a atitude prática do homem comum no cotidiano” no qual “a atitude pragmática e o pensamento no cotidiano se naturalizam e são naturalizados pela racionalidade tipicamente burguesa”. Assim, “pensamento e atitude pragmáticos, por permitirem a inserção dos profissionais na realidade, ratificam na profissão um tipo de realismo, ele próprio ingênuo, que se contrapõe ao realismo crítico. O pragmatismo irá tomar como defesa a experiência e está voltado para a utilidade na solução dos problemas da prática, configurando-se como método de atitude.

Dentre as influências atuais, podemos destacar também as teorias pós-modernas que, segundo Harvey (2012, p. 49), percebem a realidade a partir da “total aceitação do efêmero, do fragmentário, do descontínuo e do caótico que formavam uma metade do conceito baudelairiano de modernidade” Para o autor “o pós-modernismo nada, e até se esboça, nas fragmentárias e caóticas correntes da mudança, como se isso fosse tudo o que existisse”. O pensamento pós-moderno irá conceber um novo tipo de hegemonia ideológica fundamentada na fragmentação do conhecimento e negação das grandes teorias totalizadoras, com valorização do micro, do pragmatismo, relativismo e preocupação com pressupostos psicológicos, de personalidade e comportamentais. Nessa perspectiva a questão social passa a ser vista descolada dos processos sociais que a engendram, constituindo assim, uma perspectiva neoconservadora.

Diante desse breve panorama sobre as diferentes formas de se conceber, analisar e enfrentar a realidade/questionamento social, torna-se essencial o reconhecimento das condições em que se realiza o processo de trabalho na política de saúde, pois nem sempre é possível se objetivar na prática o que se planeja no campo das ideias. O setor saúde, inserido na divisão sócio técnica do trabalho, sofreu influências do modo de produção e organização do processo de trabalho fordista/taylorista e também tem sofrido repercussões diretas das mudanças no mundo de trabalho, expressando os impactos do neoliberalismo e da reestruturação produtiva.

Os processos atuais de reformas e racionalização dos serviços de saúde em uma dimensão gerencial e o processo de privatização das políticas de saúde no

difusão como *american way of life*. A partir daí, tanto o pragmatismo quanto o neopragmatismo passam a se constituir tendências hegemônicas em determinados momentos e conjunturas. Parece-nos que dos seus principais autores - Dewey e seu instrumentalismo - foi o que exerceu maior influência nas ciências sociais, especialmente na Educação, Psicologia e no Serviço Social.

âmbito público têm submetido os profissionais à fragilização dos vínculos e contratos de trabalho, o que restringe ainda mais a autonomia profissional, além da lógica de cumprimento de metas quantitativas e de produção, que desconsidera o enfoque qualitativo do trabalho em saúde. Tais condições, dentro muitas outras, influenciam diretamente as condições objetivas de efetivação dos objetivos propostos nas atividades, o que exige apreender as mediações presentes na unidade teoria-prática.

É nesse movimento de contradições que a abordagem familiar e comunitária se configura na Saúde da Família. É nesse cenário de referências teórico-metodológicas contraditórias e disputa entre projetos societários que a saúde vai se estabelecer na disputa hegemônica entre projetos que expressam diferentes formas de se conceber a realidade e o processo saúde doença. É nesse movimento entre o controle e a autonomia social que diferentes leituras da realidade social vão influenciar a concepção de família e comunidade.

A partir das reflexões realizadas até o momento, tomamos como ponto de partida a afirmação de que:

- O processo de trabalho nos serviços de saúde é dotado de intencionalidades, e sofre determinações diretas do modo de produção e de vida capitalistas contribuindo para a sua reprodução bem como para seu questionamento;

- A política de saúde, como uma das formas de enfrentamento da questão social, possui um caráter contraditório pois responde tanto às necessidades dos trabalhadores, como também exerce o controle dos processos reivindicatórios. Entendemos o trabalho na política de saúde pública expressa em sua prática a direção de projetos societários em disputa;

- O trabalho na política de saúde possui uma dimensão educativa, sendo os profissionais requisitados para atuar também na reprodução ideológica, direcionados por diferentes perspectivas teóricas que representam diferentes visões de homem e mundo o que os insere na disputa entre diferentes projetos societários;

- A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família é permeada por essas contradições, constituindo-se como espaço de reprodução ideológica em um contexto de disputa hegemônica, em que o trabalho em saúde pode favorecer a construção de diferentes intervenções e reproduzir a lógica de diferentes projetos.

Tais questões levantadas até o momento incidiram no direcionamento da pesquisa. São reflexões que percorrem todo o processo de construção das mediações e análise dos dados

2 O MOVIMENTO DE DISPUTA HEGEMÔNICA NA POLÍTICA DE SAÚDE

A Saúde da Família se apresenta hoje como uma estratégia para mudança do modelo assistencial de saúde, o que nos leva a indagar: qual a direção social da proposta que se apresenta como contra-hegemônica? Para o entendimento das contradições que envolvem a construção desses modelos, é preciso empreender um movimento sobre a história para além de uma mera sucessão de fatos e datas, com uma análise que permita apreender suas contradições e disputas.

Ao abordarem os temas concepção de saúde, processo de trabalho e política de saúde, os autores utilizados como referência nos cursos estudados assumem o caráter histórico da política de saúde e destacam a construção das diferentes formas de se conceber a saúde, a influência de cada formação social, de sua organização e dos poderes econômicos e sociais.

Os fenômenos da saúde e da doença compreendidos como processos sociais, históricos, complexos, orgânicos, conflitantes, dependentes e incertos constituem bases para discussões sobre saúde, cultura e sociedade (GARCIA, 2014 a, p. 7).⁵⁰

O fato é que os sistemas de saúde, as organizações de saúde e suas formas de interagir se mostram diferentes quando os observamos ao longo da história, nas diversas localidades onde se encontram inseridos e, acima de tudo, dependendo do tipo de enfoque que utilizamos para aborda-los (FARIA et al., 2010, p. 17)

O modelo de assistência, ou modelo de atenção à saúde modifica-se de acordo com o momento histórico e com necessidades que o país esteja enfrentando (CORREIA, et al., 2010, p. 91)

[...] concepções e ações de saúde não são construções abstratas. Pelo contrário, são construções concretas e históricas de cada formação social (SANTOS; BATISTON, 2010, p. 26)

Somos frutos (e/ou consequência) de como se organizaram (e/ou se organizam) os poderes hegemônicos mundiais nas diversas épocas, especialmente no que se refere à organização da produção dos bens materiais, a economia, e isso vai se refletir diretamente no processo que gera doença em nossa sociedade (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p.30).

[...] os paradigmas sobre esse fenômeno modificaram-se com o passar do tempo, evidentemente a partir da evolução da tecnologia e dos avanços socioeconômicos que envolveram as civilizações (VIANNA, 2014, p. 4).

⁵⁰ Considerando que as disciplinas em alguns cursos são divididas em diversos autores, as referências são atribuídas aos autores dos textos por meio das citações diretas. Para identificação dos autores dos cursos analisados, nos remetemos ao quadro 3, nas páginas 36-38.

No entanto, o reconhecimento do movimento histórico que percorre a saúde apresentado pelos conteúdos é direcionado para afirmar a necessidade de mudanças e reafirmar a posição da Saúde da Família.

Apesar do reconhecimento do ainda não cumprimento de seus propósitos, os autores declaram a posição estratégica da Saúde da Família para a mudança do modelo assistencial em contraposição ao modelo médico hegemônico⁵¹. Há, no entanto, uma multiplicidade de caminhos percorridos na abordagem da dimensão social do processo saúde-doença⁵² que se apresenta como proposta de contra hegemonia na política de saúde.

Para a análise da construção histórica da política de saúde, é preciso apreender a totalidade social, que segundo Bravo (2007, p. 30), “é extremamente complexa e as relações que envolve não são lineares”. São totalidades que estão em movimento determinado por jogo de forças “no qual há vetores que tendem a manter a configuração dos fenômenos ou tendem a desestruturá-los, transformá-los”. Assim, a apreensão das transformações da política de saúde exige a análise das questões econômicas, sociais e políticas que determinam a saúde.

Tal movimento nos leva à associação entre a saúde e questão social e nos leva a questionar: **como a vida dos sujeitos é condicionada pela exploração capitalista e como as políticas sociais respondem às mobilizações de classe?**

⁵¹ O debate teórico conceitual sobre modelos assistenciais e de atenção apresentado por Paim (2012), aponta como movimentos ideológicos (em contraposição ao modelo ecológico e biomédico) que influenciaram modelos de atenção a medicina preventiva, a medicina comunitária, a atenção primária à saúde, a promoção da saúde e o princípio da integralidade. Aponta como característica do modelo médico hegemônico o individualismo, saúde/doença como mercadoria, ênfase no biologismo, a-historicidade da prática médica, medicalização dos problemas, privilégio da medicina curativa, estímulo ao consumismo médico, participação passiva e subordinada dos consumidores. Considerando que esta definição caracteriza o conjunto de ações com centralidade na doença, usaremos o termo “modelo médico hegemônico” ao nos referirmos a debate mundial. No debate sobre os modelos de atenção à saúde no Brasil, o autor destaca os modelos médico e sanitário como hegemônicos no sistema de saúde brasileiro. O modelo médico assistencial privatista caracteriza “a versão mais conhecida do modelo médico, baseada em serviços especializados, tendo como objeto a doença e o doente, com utilização de tecnologias médicas, com serviço voltado para o hospital, sendo predominantemente curativo e influenciado pelo modelo de atenção gerenciado com a medicina baseada em evidências. Sobre o modelo sanitário, o autor destaca as campanhas sanitárias, os programas especiais, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, o PCS/ PSF. Com isso, para esse debate, optamos por utilizar o termo modelo médico privatista para caracterizar o conjunto de ações com centralidade na doença.

⁵² No debate sobre as propostas de contraposição à perspectiva hegemônica, Paim (2012) destaca “alternativas” a partir da oferta organizada, da distritalização, das Ações Programáticas de Saúde, da vigilância da saúde, da Estratégia de Saúde da Família, do Acolhimento, das linhas de cuidado, da promoção da saúde. Torna-se necessário pontuar também a proposta da Reforma Sanitária destacada por Bravo que vincula a saúde aos valores democráticos. Considerando a multiplicidade de propostas existentes até mesmo no interior da Reforma Sanitária, optamos por utilizar o termo Saúde Ampliada, para caracterizar as propostas de contraposição ao “modelo médico hegemônico”.

Quais as diferentes concepções do processo saúde e doença, suas determinações sócio-históricas, a influência nos modelos assistenciais e sistemas de saúde? Como se dá a relação entre questão social e saúde na construção histórica da política e as particularidades brasileiras; a construção das propostas de atenção primária e sua influência nas reformas sanitárias, os impactos do neoliberalismo nas propostas do SUS e da Atenção Básica? Como os modelos vão influenciar a prática socioassistencial? Quais as estratégias de abordagem utilizadas? Qual o lugar da família e da comunidade na política de saúde?

Neste movimento, a partir dos resultados da pesquisa – retomando as premissas apresentadas no capítulo anterior, em que consideramos o caráter contraditório das políticas sociais – lançamos mão da história, buscando construir mediações a partir das determinações sociais, políticas e econômicas que revelam o lugar da família e da comunidade nas políticas de proteção social e na construção da política de saúde. A reflexão é apresentada nos itens a seguir: a saúde pelo controle do social, a hegemonia pelo controle da doença, as contradições do projeto de contra hegemonia pela saúde ampliada e as configurações dos sistemas de saúde.

2.1 A saúde pelo controle do social

Ao apreendermos a saúde em seu movimento sócio-histórico, reconhecemos que os sentidos atribuídos aos cuidados com a vida são exercidos de diversas formas em cada momento, como pode ser apreendido em textos de referência dos cursos, como destacado por Da Ros, Souza (2012):

Na antiguidade: a doença era atribuída a causas externas cuja explicação estava em fatores sobrenaturais, para posteriormente vincular-se ao caráter religioso, envolvendo a igreja como local e os sacerdotes como mediadores da cura. Na Grécia Antiga: surge a Teoria Hipocrática, que centrava nos fatores externos ambientais (clima, geografia, alimentação, trabalho excessivo) as causas das doenças. Na Idade Média: Sob forte influência do cristianismo, a doença toma sentido místico religioso (castigo) e a cura é buscada em poderes miraculosos (reliquias, amuletos, água benta, exorcismo). No Renascimento: Surge a Teoria Miasmática, cuja explicação da doença estava nas partículas invisíveis, os miasmas. Na revolução industrial: A partir das descobertas bacteriológicas, o conceito de doença muda novamente, agora centrando a procura da causa em um agente causal de origem bacteriológica. No século XX: A insuficiência da Teoria Unicausal da doença abre espaço para a formulação de explicações

multicausais, de caráter biologicista e a-histórico, numa concepção reducionista do social (ROSEN, 1994 apud VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 19).

As particularidades que se expressam a partir das novas condições postas pelo modo de produção capitalista nos ajudam a compreender as demandas atuais em relação a saúde. Ao longo de sua trajetória, foram instituídas transformações que afetaram não só a produção, mas também as relações sociais, mantendo, contudo, sua fundamentação na exploração da força de trabalho. São mudanças que afetaram a vida social, a forma de organização da família, a moradia, a cultura, mas também suscitaram a dimensão coletiva por meio da luta social.

Nesse contexto, ao serem submetidos à precárias condições de vida e de trabalho, os trabalhadores organizados passam a reivindicar melhorias, colocando tais demandas como questão social a ser enfrentada pelo Estado e a burguesia. A saúde deixa de ser uma demanda individual e passa a ser um problema público, que no bojo das políticas sociais e suas contradições é ofertada como resposta a um problema individual. Ao mesmo tempo que contribui para o controle dos movimentos reivindicatórios, se estabelece como um importante espaço de luta na conquista e ampliação de direitos sociais.

Ao analisar a construção histórica das políticas de saúde presente nos conteúdos dos cursos, são destacados dois momentos: o primeiro onde o desenvolvimento capitalista coloca a saúde como uma demanda para o Estado e a **Medicina Social** passa a **atuar na saúde pelo controle dos conflitos sociais**; e o segundo de uma prática em **saúde a partir da doença**, que também vai se estabelecer com um viés de controle social por meio das políticas de **bem-estar social**, constituindo o modelo médico hegemônico.

No entanto, os conteúdos apresentam esses momentos deslocados de suas determinações históricas, e não reconhecem a perspectiva de controle da vida social.

Compreender esses momentos à luz da questão social e suas formas de enfrentamento nos ajuda a desvelar as contradições que se reproduzem hoje no processo de disputa hegemônica na saúde.

A Medicina Social tem como cenário o período entre os séculos XVIII e XIX, onde se desenvolve o capitalismo concorrencial em sua fase mercantil e industrial, momento em que ocorrem importantes revoluções e são criadas as condições

favoráveis para o desenvolvimento da sociedade capitalista. Com o crescimento das grandes cidades e dos centros industriais e também com a migração do campo para a cidade, os trabalhadores passam a viver em precárias condições de moradia com recrutamento de mulheres e crianças para o trabalho. A partir dos movimentos operários, o Estado passou a assumir também funções, dentre elas as necessidades de saúde.

Para se ter um exemplo, Faria et al. (2010, p. 18), cita uma importante mudança em relação ao hospital que sai do papel atribuído na idade média; ligado à igreja e “ao cuidado da alma”, progressivamente passa a ser um local de enfermos e médicos. Afirma o autor: “Seja pela função de ensino, seja pela função do trabalho, o médico passou a ligar-se mais ao hospital”.

A Revolução Industrial, como um marco no século XIX, revolucionou com a invenção da máquina a vapor, iniciando o processo de substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto, do homem pela máquina. As máquinas foram sendo introduzidas em diversos setores da economia, substituindo e ao mesmo tempo intensificando o trabalho humano. Como apontam Behring e Boschetti (2007, p. 55), neste momento “começa a ocorrer o deslocamento do problema da desigualdade e da exploração como questão social a ser tratada no âmbito estatal e pelo direito formal”, com a discussão sobre o problema da jornada de trabalho que veio acompanhada de lutas pela ampliação dos direitos.

Com a deterioração das condições de vida e o aparecimento de epidemias e enfermidades contagiosas, os problemas de saúde passaram a atingir não somente o proletariado, mas também as classes dominantes, reduzindo a produtividade do trabalho. Neste momento, Bravo (2012, p. 34) destaca que “a situação desesperadora em que se encontrava a classe operária era terreno fértil para movimentos de revolta, que colocavam em perigo a ordem constituída”. Nos serviços de saúde “a ênfase é dada à saúde pública e suas atividades foram basicamente relativas a medidas de saneamento do meio, ações que poderiam ser identificadas com o que hoje se denominam cuidados primários, ações preventivas e educacionais”.

As mudanças ideológicas e culturais ocorridas com a instauração do capitalismo influenciaram também as práticas profissionais e possibilitaram novas

ações em relação as demandas de saúde. Neste momento, a Medicina Social⁵³ é destacada pelos autores dos cursos como um marco na articulação entre a realidade social e a intervenção na saúde. No entanto, a referência a este momento, carece de mediações sobre a implicação dessas abordagens na vida dos sujeitos e as contradições entre o controle da vida social e melhoria nas condições de saúde.

A reação da classe trabalhadora às condições impostas pelo capitalismo nos ajuda a compreender a natureza das políticas construídas para o seu enfrentamento. Para Bravo (2012), o século XIX foi um período de grandes revoluções⁵⁴ com a intensificação das lutas sociais que coincidiu, na saúde, com uma ênfase na Medicina Social, que vinculava a questão social às condições de vida.

A autora estabelece uma relação direta entre as condições de vida, as lutas sociais e as respostas em forma de políticas com uma perspectiva de controle social, com destaque a análise sobre a Medicina Social Francesa, a Medicina de força de

⁵³ O debate sobre a história da medicina destaca como referencial o trabalho de Foucault em "O Nascimento da Clínica" (1979) e George Rosen "Da polícia médica a medicina social" (1979). Os autores descrevem as transformações da prática médica na Inglaterra, França e Alemanha estabelecendo uma relação entre medicina, estado e sociedade.

Outros importantes autores articulam a análise da prática médica ao seu contexto histórico. Recorrendo ao método materialista dialético para estudar as determinações sociais no campo da saúde, Garcia (1989 apud Nunes, 1989, p. 53) afirma que a prática médica está ligada à transformação histórica do processo de produção econômica: [...] a estrutura econômica determina o lugar e a forma de articulação da medicina na estrutura social. A concepção da medicina decorre, por conseguinte, das relações que esta estabelece com as "diferentes instâncias" que integram a estrutura. Estas afirmações afastam-nos do enfoque funcionalista que vê na doença um elemento disfuncional no sistema social e um interesse funcional da sociedade em seu controle. Ou seja, coloca a prática médica como um componente "necessário" de uma sociedade abstrata. Para Donnangelo (1976), a medicina tende a se revestir de um caráter de neutralidade frente às determinações específicas da sociedade de classes. No entanto, sua ação situada no seio das relações de produção capitalistas atua na relação de controle e conservação da força ativa dos indivíduos, capaz de produzir e reproduzir riquezas que é orientada para os novos padrões de acumulação do capital.

No Brasil destacam-se ainda o debate de Arouca (1975), em sua reflexão sobre o Dilema Preventivista, na qual afirma que a medicina preventiva possui uma baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais concretas e uma alta densidade ideológica ao constituir, através do seu discurso, uma construção teórico-ideológica daquelas relações. As reflexões de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1979, 1992) apontam a gênese e o desenvolvimento de sua Teoria do Processo de Trabalho em Saúde e seus aportes para a compreensão e a investigação empírica das dimensões sócio-históricas das práticas de saúde e para a reconstrução de saberes e tecnologias no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira.

⁵⁴ Bravo (2013, p. 33), destaca três ondas revolucionárias, entre 1815 e 1848. "Tais revoluções ocorreram porque os sistemas políticos vigentes na Europa profundamente inadequados e os descontentamentos econômicos e sociais foram tão agudos que criaram conflitos inevitáveis. A primeira onda deu-se em 1820, e ficou limitada ao Mediterrâneo (Espanha, Itália e Grécia). A segunda operou-se em 1829/34, afetando toda Europa, o oeste da Rússia e o continente norte-americano; esta foi muito mais séria do que a de 1820 e marca a vitória do poder burguês sobre a aristocracia na Europa Ocidental. A terceira maior das ondas revolucionárias foi a de 1848. A revolução explodiu e venceu, temporariamente, na França, Itália, Estados alemães, na maior parte do império dos Habsburgo e na Suíça; teve repercussão ainda em outros países, como Espanha, Dinamarca, Romênia, Irlanda, Grécia e Grã-Bretanha.

trabalho Inglesa e a Polícia Médica Alemã. A noção de política médica na Alemanha promoveu um esquema de “disciplinarização da medicina pelo Estado, e atribuída a ela a função de controle sobre a vida social”. A Medicina Urbana, na França, “influenciada pela ideologia da liberdade política e igualdade social, implicou no engajamento da medicina em uma tarefa política de correção dos males sociais”, com propostas de reforma médica, reestruturação dos hospitais, com assistência obrigatória e gratuita aos enfermos e identificação das condições de vida social como fonte de enfermidade e a postulação de práticas como instrumento de reorganização social. O sistema inglês de atenção à saúde “teve como perspectiva a assistência médica ao pobre, o controle de saúde da força de trabalho e saúde pública a fim de proteger a burguesia dos perigos gerais”, constituindo o “sistema de medicina assistencial destinada aos mais pobres, a medicina voltada para a saúde pública e a medicina privada para os que tinham meio para paga-la” (BRAVO, 2013, p. 36-44).

Um importante elemento que nos ajuda nesta análise é que neste período, as ações não vão se dar somente no campo da saúde. Ainda com destaque ao sistema Inglês, que em sua política assistencial buscou o controle dos pobres⁵⁵ é possível reconhecer como se operacionalizou a abordagem da classe operária. É neste momento da história que se colocam as condições para o surgimento do Serviço Social⁵⁶. Bravo (2013, p. 47) aponta que nos serviços assistenciais predominavam as atividades “paternalistas, assistenciais, na perspectiva setorializada, focalista” e o papel dos profissionais, caracterizados inicialmente como visitantes, era de ajuda à equipe médica o que “transformava-se em fiscalizador da pobreza”.

Tal perspectiva de controle também é apontada Martinelli (2011, p. 85) ao afirmar que a classe dominante “temerosa e assustada”, procurava pensar em estratégias que contivessem as ameaças que colocavam em risco as suas propriedades e o próprio regime, e sua articulação enquanto classe buscou

⁵⁵ A Lei dos pobres, de 1601, reconheceu o pauperismo e formalizou a assistência ao indigente, pelo poder público e privado, para preservação da ordem existente. Sua reformulação, em 1834, anunciava um novo pensamento e prática em relação à saúde pública, objetivando a redução da taxa de pobres e a criação de mão de obra livre. A reforma é completada em 1870, a partir da legislação médica.

⁵⁶ Na Inglaterra, a assistência social passa a ser realizada pela Sociedade de Organização da Caridade, que teve atuação em outros países e contribuiu para o surgimento do Serviço Social, influenciado por valores humanistas, empiristas e iluministas, com algumas influências do racionalismo e do liberalismo clássico e forte influência do humanismo de São Thomas de Aquino, do neotomismo e que norteou o pensamento social da igreja católica e influenciou diretamente a constituição dos serviços sociais (BRAVO, 2013, p 47).

desenvolver mecanismos e estratégias que “preservando o seu poder hegemônico, promovessem os ajustamentos necessário no próprio processo histórico”. Para a autora,

Trata-se da função de controle, propriamente dito, representando a resposta da burguesia à ameaça social que decorria da acelerada expansão da pobreza e da generalização da miséria. O sentido de tal função era o rigoroso controle do processo social e das condições de vida da massa pauperizada, ajustando-as aos padrões estabelecidos pela sociedade burguesa constituída. (MARTINELLI, 2011, p. 100)

Nesta perspectiva de controle da vida social, a autora aponta que as ações se voltam para o contato direto com a família operária⁵⁷, pois, segundo a concepção da burguesia, “tanto seus problemas de subsistência como suas reivindicações no contexto de trabalho eram relacionados com ‘problemas de caráter’”. Um dos recursos destacados nessas intervenções é a visita domiciliar que “permitia atingir um duplo objetivo: conhecer *in loco* as condições de moradia e de saúde da classe trabalhadora e de socializar “o modo capitalista de pensar”. Tal prática remontava a vários séculos, instituída pelos inspetores da Lei dos Pobres.

[...] A visita domiciliar e o inquérito com muita frequência eram utilizados, então, como instrumento de intimidação do trabalhador ou de fiscalização de sua vida pessoal e familiar. A desconfiança contra os trabalhadores era grande, até mesmo seus problemas de saúde eram encarados como estratégias para fugir das árduas jornadas de trabalho. Suas faltas eram rapidamente controladas e acionados austeros mecanismos punitivos para coibi-las. Todo empenho era feito para que se mantivessem continuamente integrados ao circuito do trabalho, garantindo a regularidade do processo de produção (MARTINELLI, 2011, p. 105).

Em que pese a perspectiva de controle da vida social da classe operária, em especial de sua força de trabalho, a medicina social ao promover a constituição de práticas em saúde a partir da realidade social, estabelece-se como um marco. Sua ação promoveu melhorias nas condições de vida dos trabalhadores, expressando assim, uma das faces contraditórias da política social, que ao mesmo tempo em que exerce o controle, também possibilita acesso a melhores condições de vida e também coloca novas possibilidades de mobilização.

⁵⁷ Como aponta Martinelli (2011, p. 103), os trabalhos pioneiros de educação familiar e social de Octavia Hill e seus colaboradores constituíram importantes referências para o desenvolvimento da ação social com famílias de operários. A influência de Florence Nightingale, situando a visita domiciliar como um dos mais eficientes instrumentos para a realização de ações educativas, “foi também marcante no processo de racionalização da assistência e de sua organização em bases científicas. [...] Foi com base nessa concepção que a Sociedade de Organização da Caridade adotou e difundiu a ideia da assistência social como uma ação de ‘reforma do caráter’”.

Como um marco, a Medicina Social é apontada como fonte de inspiração para o modelo de determinação social da doença, em contraposição ao modelo biomédico, como aponta Verdi, Da Ros, Souza, (2012, p. 21), através da experiência de Vichow⁵⁸ ao afirmar que “pessoas adoecem e morrem em função do jeito com que vivem. E esse jeito de viver é determinado social, cultural e economicamente”.

No entanto, há de se reconhecer neste processo, a centralidade da questão social – expressa na luta dos trabalhadores - na configuração das ações voltadas para a saúde, que levou a incorporação de demandas pelo Estado. As respostas a essa questão social, mesmo que considerando as determinações sociais, se estabeleceram pelo viés do controle social e da força de trabalho. Esta perspectiva referenciou ações para além da política de saúde e encontrou no cotidiano da vida e da família dos trabalhadores, o espaço para a reprodução de suas práticas.

2.2 A hegemonia pelo controle da doença

Ao abordarem a constituição do modelo médico hegemônico, os conteúdos mais uma vez relatam as etapas do desenvolvimento histórico e não apontam as mudanças sociais, políticas e econômicas que marcam esse momento. O movimento histórico da relação entre Estado, trabalhadores e capitalistas nesse período nos ajuda a entender as condições para o amplo desenvolvimento de ações que resultaram no modelo médico hegemônico.

Mesmo com as evidências da determinação social do processo saúde-doença, a perspectiva da Medicina Social, que foi hegemônica na Europa entre 1830 e 1870, sofre um declínio quando ascende a teoria pasteuriana unicausal.

É no transito entre os séculos XIX e os primeiros anos do século XX, que ocorreram intensas mudanças na dinâmica do capitalismo, conforme destacam Behring e Boschetti (2007, p. 55-62) ao afirmarem que “a luta em torno da jornada de trabalho e as respostas as classes e do Estado são, portanto, as primeiras

⁵⁸ Os autores Verdi, Da Ros, Souza, (2012, p. 20-21) destacam que Virchow conseguiu, sem conhecer bactérias nem antibióticos, terminar com a epidemia de febre tifoide na região da Silésia (Polônia) com a mudança da carga horária de trabalho, de 16 para 10 horas diárias, melhores condições de saneamento nas fábricas (abriu janelas), a proibição de trabalho para menores (de 4 a 12 anos), um maior salário (mais dinheiro para comprar comida para os filhos), uma alimentação adequada e a construção de casas populares próximas às fábricas. Virchow e Neumann, em 1847, conseguem a aprovação da Lei de Saúde Pública prussiana: saúde, direito de todos, dever do Estado. Em 1848, Virchow elaborou, junto com Neumann, a Lei de Saúde Pública da Prússia, que diz que compete ao Estado a responsabilidade sobre a saúde das pessoas.

expressões contundentes da questão social”. No entanto, as autoras afirmam que nesse momento há “um deslocamento burguês em relação ao problema da jornada de trabalho”, o que abriu caminho para a ampliação do liberalismo. O liberalismo apregoa a “mão invisível” do mercado como meio de regulação das relações econômicas e sociais e produção do bem comum, atribuindo ao Estado o fornecimento da base legal para o funcionamento do mercado, sem intervir, no entanto, na regulação do trabalho e no atendimento às necessidades sociais, com a defesa do mérito e da liberdade individual. Os elementos essenciais do liberalismo nos ajudam a compreender a reduzida intervenção estatal por meio das políticas sociais: o predomínio do individualismo; o bem-estar individual maximizando o bem-estar coletivo; o predomínio da liberdade e da competitividade; a naturalização da miséria; o predomínio da lei da necessidade; a manutenção de um Estado mínimo; as políticas sociais como estímulo ao ócio e ao desperdício; a política social como paliativo (BEHRING E BOSCHETTI, 2007, p. 55-62).

Ainda segundo as autoras, o Estado Liberal Europeu no século XIX reconheceu os direitos civis orientados para a garantia da propriedade privada, com características de um Estado policial repressor, com melhorias tímidas nas condições de vida dos trabalhadores. No entanto, a classe trabalhadora conseguiu assegurar importantes conquistas na dimensão dos direitos políticos, como o direito de voto, de organização em sindicatos e partidos, o que “contribuiu significativamente para ampliar os direitos sociais, para questionar o papel do Estado no âmbito do capitalismo” (BEHRING E BOSCHETTI, 2007, p. 63-64).

É neste cenário que as descobertas de Pasteur e Koch ⁵⁹, ao responderem a uma demanda de seu momento histórico, também irão fomentar o deslocamento da perspectiva sobre a saúde, estabelecendo uma relação entre as bactérias e a doença, entre a saúde e seus serviços, como destacam os cursos.

⁵⁹ A descoberta de Pasteur e Koch tornou estabelecida a tese da causalidade da doença infecciosa de moda a conferir-lhe uma legitimidade. Segundo Czeresnia, Maciel, Oviedo (2013) “não há dúvida sobre o quanto o desenvolvimento da bacteriologia interferiu na medicina como campo de teoria e prática” e modificou “o senso comum acerca da doença, do corpo e das relações entre os homens e a natureza”. A teoria bacteriológica serviu de substrato a uma determinada forma de entender a origem das doenças, o postulado de Koch evidencia a forma mais pura do entendimento inicial da importância dos agentes microbianos no processo patológico. No campo da epidemiologia, os autores também destacam o trabalho de John Snow sobre a maneira de transmissão do cólera, a partir de um conjunto de técnicas de análise com construção, comparação de indicadores de mortalidade em grupos populacionais, além de elaborar desenhos de estudo caracterizados como modelos para o surgimento do método epidemiológico.

Com a descoberta da associação causal entre a bactéria e a doença, em vez de aumentarmos o potencial explicativo do processo saúde– doença, há uma ruptura. A descoberta das bactérias desnudava a causa das doenças; assim, o médico não precisava mais se preocupar com a sociedade. E este passa a ser o modelo hegemônico ao final do século XIX, início do século XX – o modelo unicausal de explicação da doença, negador da determinação social. Dá ênfase à cura das doenças, em detrimento da promoção da saúde, e da prevenção das doenças. O melhor ambiente para tratar as doenças é o hospital, porque nele tem todos os exames acessíveis e se administram medicamentos nas horas certas (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 39).

Já Faria et al. (2009, p. 19) relatam a teoria bacteriológica de Pasteur e a figura do laboratório. Destacam que na fase *“miasmática já se fazia associação entre pobreza, insalubridade e doença”*, mas na fase bacteriológica, *“o foco passa a ser as bactérias, não as condições de vida”*, e essa perspectiva vai influenciar a abordagem na saúde até hoje. Nessa direção, o hospital foi progressivamente tornando-se uma organização complexa, deixando de ser utilizado somente pelos pobres, mas de pessoas em busca da cura física. Nesse período a medicina passa a ser reconhecida como profissão e a associação entre medicina, hospital e a visão científica (biologia) vão se constituir como pensamento hegemônico.

Ao considerar o enfoque biológico da doença, a prática em saúde volta-se para o individual e não para o social, o coletivo, estabelecendo assim o modelo unifatorial de doença, em que a concepção de saúde e as práticas são modificadas a partir da dinâmica das relações sociais. Um exemplo direto de tais mudanças é apresentado por Bravo (2012, p. 54), ao afirmar que o movimento operário na Europa no início do século *“passou a lutar pelo direito à saúde, exigindo do Estado que todos os cidadãos tivessem acesso aos melhores padrões da prática médica”*, como exigência que fazia parte de um programa mais amplo de previdência social para os trabalhadores. A mudança na perspectiva do social para a doença é destaca por Faria et al. (2009):

Na teoria de Pasteur, são as bactérias ou os agentes infecciosos as causas dessas doenças. É no microscópio, e não na forma de organização da sociedade, que se procuram suas causas. A história natural da doença é dominada por fenômenos biológicos e sua história social é praticamente abolida. O tratamento e a prevenção de doenças deixam de ter relação com a redução da pobreza, passando a demandar outros mecanismos (FARIA et al., 2009, p. 19).

Há, portanto, um importante deslocamento de referência, que passa das determinações sociais para a centralidade da doença, repercutindo diretamente na organização dos serviços de saúde e suas práticas, que continuam se constituindo

um importante espaço de controle dos movimentos de trabalhadores, sob a forma de serviço previdenciário, agora na perspectiva da doença.

Uma das estratégias para o controle social, para além da organização coletiva, mais uma vez toma a família e o cotidiano da vida dos trabalhadores como um importante espaço para a reprodução do modo de vida capitalista. Com a reafirmação e defesa a propriedade privada, a expansão do capitalismo estabeleceu também novas formas de sociabilidade nas relações familiares e coletivas. Compreender a família em sua dimensão sócio histórica, significa reconhecê-la não como um padrão, e sim, em sua dinâmica construída historicamente, pois assim como a saúde, a família também passa por importantes transformações no capitalismo.

Uma das referências que nos ajuda a compreender as modificações sócio históricas da família é a obra de Philippe Ariès (1978, p. 260) que aborda o significado da infância e a o papel família na sociedade tradicional e na sociedade industrial. O autor destaca que na Idade Média, no início dos tempos modernos e por muito tempo ainda nas classes populares “as crianças misturavam-se com os adultos assim que eram consideradas capazes de dispensar a ajuda das mães ou das avós” e já eram ingressadas no mundo adulto. Com forte movimento coletivo “não havia lugar para um setor privado”. A família cumpria a função de transmissão da vida, dos bens e dos nomes e a escola substituiu a aprendizagem como meio de educação, a criança foi separada dos adultos e mantida à distância com o movimento de moralização dos homens promovido pelos reformadores católicos ou protestantes ligados à Igreja, às leis ou ao Estado. A família tornou-se o lugar de uma afeição necessária entre os cônjuges e entre pais e filhos e começou então a se organizar em torno da criança e a lhe dar tal importância. A partir do século XVIII, as pessoas começaram a se defender contra uma sociedade cujo convívio constante até então havia sido a fonte da educação, da reputação e da fortuna. Daí em diante, um movimento visceral destruiria as antigas relações:

[...] Em toda a parte ele reforçaria a intimidade da vida privada em detrimento das relações de vizinhança, de amizades ou de tradições. A história de nossos costumes reduz-se em parte a esse longo esforço do homem para se separar dos outros, para se afastar de uma sociedade cuja pressão não pôde mais ser suportada. A casa perdeu o caráter de lugar público que possuía em certos casos no século XVII, em favor do clube e do café, que, por sua vez, se tornaram menos frequentados. A vida profissional e a vida familiar abafaram essa outra atividade, que outrora invadia toda a vida: a atividade das relações sociais. Somos tentados a crer que o sentimento da família e a sociabilidade não eram compatíveis, e só se podiam desenvolver à custa um do outro (ARIÈS, 1978, p. 269).

O deslocamento do convívio público para o privado e a individualidade familiar é uma das importantes mudanças trazidas para a família na modernidade. Assim, podemos afirmar que a organização privada das relações familiares responde também a necessidades específicas do processo de acumulação capitalista.

Em sua importante análise sobre a Origem da Família, da propriedade privada e do Estado, Engels (2012, p. 96), situa a formação da família monogâmica a partir das relações de classe.⁶⁰ Afirma que “o primeiro antagonismo de classes que apareceu na história coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre o homem e a mulher na monogamia; e a primeira opressão de classes, com a opressão do sexo feminino pelo masculino”.

As coisas mudaram com a família patriarcal e, ainda mais, com a família individual monogâmica. O governo do lar perdeu o caráter social. A sociedade já nada mais tinha a ver com ele. O governo do lar se transformou em *serviço privado*: a mulher converteu-se em primeira criada, sem mais tomar parte na produção social. Só a grande indústria de nossos dias lhe abriu de novo – embora apenas para a proletária - o caminho da produção social. Mas isso se fez de maneira tal que, se a mulher cumpre os seus deveres no serviço privado da família, fica excluída do trabalho social e nada pode ganhar; e, se quer tomar parte na indústria social e ganhar sua vida de maneira independente, lhe é impossível cumprir as obrigações domésticas. Da mesma forma que na fábrica, é isso que acontece à mulher em todos os setores profissionais, inclusive na medicina e na advocacia (ENGELS, 2012, p. 97).

A família individual moderna “baseia-se na escravidão doméstica, franca ou dissimulada, da mulher, e a sociedade moderna é uma massa cujas moléculas são as famílias individuais” (ENGELS, p. 2012, 97).

Para Cisne (2014, p. 73-74), “o patriarcado permanece como uma base estruturante da exploração e da apropriação das mulheres”. Para a autora, “o controle sobre o corpo e a vida das mulheres, a dominação, a apropriação, a

⁶⁰ Engels (2012, p. 79-98) destaca três formas principais de matrimônio que correspondem aproximadamente a três estágios fundamentais da evolução humana. Ao estado selvagem corresponde o matrimônio por grupos; à barbárie, o matrimônio sindiásmico; e à civilização corresponde a monogamia com seus complementos: o adultério e a prostituição. Entre o matrimônio sindiásmico e a monogamia, intercalam-se na fase superior da barbárie, a sujeição dos homens das mulheres escravas e a poligamia. Sobre a família patriarcal, o autor afirma que “essa forma de família assinala a passagem do matrimônio sindiásmico à monogamia. Para assegurar a fidelidade da mulher e, por conseguinte, a paternidade dos filhos, aquela é entregue, sem reservar ao poder do homem. [...] Sobre a família monogâmica: “baseia-se no predomínio do homem, sua finalidade expressa é a de procriar filhos cuja paternidade seja indiscutível, com solidez dos laços conjugais”.

opressão e a exploração”, atende os interesses do desenvolvimento da propriedade privada, com controle da prole e da força de trabalho, e a sua manutenção através da herança. Assim, a subordinação das mulheres deve ser concebida como resultado de um processo histórico.

É esse caráter da família como instituição privada que vai ser alvo das políticas sociais e conseqüentemente das ações de saúde. O atendimento voltado para a família, também em processo de transformação e afetada pela questão social, será realizado na busca pelo ajustamento das famílias operárias pela moral da família burguesa.

Tais intervenções tomam como referencial o pensamento conservador que segundo Netto (2011, p. 45) busca “subsidiar a unidade estratégica entre as perspectivas “pública” e “privada” no confronto do Estado burguês no capitalismo monopolista com as refrações da questão social”. Aponta como um dos suportes a essa perspectiva de intervenção o positivismo como a “auto expressão da sociabilidade burguesa”, que “ao equalizar o social à natureza, compreende o ser social a partir da esfera moral”, e à medida que “naturalizada a sociedade, o específico do social tende a ser situado nas suas dimensões ético-morais – e eis que se franqueia o espaço para a psicologização das relações sociais”. Essa perspectiva vai considerar a questão social externa às instituições da sociedade burguesa, relacionando-a a um conjunto de dilemas mentais e morais, com uma proposta terapêutica e individual, para “o terreno da modelagem psicossocial e moral”, com ênfase na educação e na espiritualidade”.

Portanto, é nessa direção que a política de saúde vai se constituir no marco dos movimentos reivindicatórios, pelo viés de controle da vida social da classe trabalhadora, tendo como meio estratégico o controle da força de trabalho e o ajustamento moral da família.

A medida que o capitalismo avança e se configura em uma nova fase, a evidência da doença no processo saúde doença vai se aprofundar e atingir de forma direta a formação médica e, por conseqüência, as demais formações em saúde, além da organização dos serviços e práticas assistenciais.

O capitalismo monopolista estabelecido na produção industrial articula o controle das atividades econômicas e consolida monopólios junto aos bancos, constituindo o capital financeiro, com destaque ao estágio imperialista dessa fase

em que os monopólios dividem entre si as regiões do mundo que pretendem subordinar a seus interesses.

É no período que se configurou a Primeira Guerra mundial (1914) no qual o poderio econômico dos Estados Unidos foi fortalecido, que se configura o flexnerianismo⁶¹. Este movimento ressalta que a causa da enfermidade é basicamente individual e a resposta terapêutica é também orientada para o indivíduo, fundamentando-se na medicina científica baseada em laboratórios. Nessa perspectiva, há um importante deslocamento do atendimento coletivo para o individual, os hospitais passam a admitir pagantes em quartos individuais, separados dos indigentes.

Os serviços de saúde, que exerciam o controle de forma coletiva nos séculos anteriores, começam a exercer-lo sobre o indivíduo e sobre o cidadão. É o poder e a normatização do Estado manifestando-se no âmbito microssocial, sobre os corpos e o cotidiano. Com o avanço das forças produtivas, houve mudanças no processo de trabalho (aumento do ritmo de trabalho e produtividade), exigindo um trabalhador mais qualificado e hígido. As instituições de saúde tiveram de ser ampliadas para todos os cidadãos, com a finalidade de produzir condições materiais e psicológicas indispensáveis ao desenvolvimento social, econômico e político (BRAVO, 2012, p. 59).

Os impactos da constituição dessa proposta para a saúde são destacados pelo conteúdo dos cursos. Donatto (2015, aula 1) aponta que “na formação profissional com base no paradigma biomédico, o foco é o corpo, prevenir a ocorrência de doenças e estabelecer métodos específicos para combatê-las”. Os impactos da Reforma Flexner nas práticas assistenciais reforçam o cuidado médico-hospitalar e a hegemonia de um modelo assistencial centrado no paradigma biomédico e suas características anátomoclínicas e fisiopatológicas.

O modelo de medicina voltado para a assistência da doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia é chamado modelo flexneriano, em homenagem a Flexner, cujo relatório, em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá. Esta concepção estruturou

⁶¹ Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (Flexner Report) e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial. Mesmo que consideremos muito importantes suas contribuições para a educação médica, a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos. “Mesmo que, na retórica e tangencialmente, ele aborde questões mais amplas em alguns momentos de sua vida e obra, elas jamais constituíram parte importante de suas propostas” (DA ROS, PAGLIOSA, 2008).

a assistência médica previdenciária na década de 40, expandindo-se à década de 50 (GARCIA, 2014a, p. 7).

O conhecimento e a prática de saúde são centralizados no profissional médico. Isso tem como consequência uma posição autoritária, unidisciplinar e com intenso uso do aparato que lucra com a doença: hospitais, exames, remédios, medicina altamente especializada – o chamado complexo médico-industrial (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 20).

A partir de um modelo de ensino de medicina centrado na unicausalidade, biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado, detentor da verdade científica, positivista, estabelece-se “um modelo claramente hegemônico de medicina especializada, medicina/ciência/verdade, no hospital, onde a utilização de exames e medicamentos passa a ser superestimada e se desenvolvem as bases para o poderoso complexo médico-industrial” (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 40).

Esta perspectiva teve amplo crescimento no fértil terreno das políticas de proteção social, com um padrão de proteção individual, por meio do seguro social. É no cenário da primeira grande crise do capital, na depressão de 1929-1932, que vai se estabelecer o marco das políticas sociais, que trouxeram mudanças substantivas para o desenvolvimento das políticas sociais nos países capitalistas.

Mas é no período de expansão capitalista, pós Segunda Guerra Mundial, que tais políticas sociais vão se consolidar, constituindo os “anos de ouro” (1945 até a crise de 1970). A partir do “consenso do pós-guerra”, com aliança entre classes e partidos de esquerda e direita, foram institucionalizadas a possibilidade de políticas mais abrangentes e universais, baseadas na cidadania⁶², com expansão dos benefícios sociais.

Com vistas a garantir condições de desenvolvimento da produção capitalista como forma de se contrapor aos padrões de proteção socialista em uma disputa

⁶² Behring e Boschetti (2007, p. 102) destacam que o debate sobre a cidadania é considerado um elemento central e indissociável no processo de expansão das políticas sociais, tendo como referência a obra de T. H. Marshall, *Cidadania, classe social e status*, escrito em 1949 e publicado no Brasil em 1967. Para o autor, “o conceito de cidadania, em sua fase madura comporta as liberdades individuais, expressa pelos direitos civis – direito de ir e vir, de imprensa, de fé, de propriedade – institucionalizados pelos tribunais de justiça; os direitos políticos – de votar e ser votado e à livre organização política sindical e partidária, ou seja, de participar do poder político – por meio do parlamento e do governo, bem como dos partidos e sindicatos; e os direitos sociais, caracterizados como o acesso a um mínimo de bem-estar econômico e de segurança, com vistas a levar a vida um ser civilizado”. Sobre esse conceito que referencia o debate sobre cidadania até hoje, as autoras pontuam: “ Percebe-se que Marshall situava a experiência do Welfare State como uma espécie de fim humanista da história. Criava também uma medida de civilidade centrada na experiência europeia, a despeito da história concreta de cada país.”

pela hegemonia⁶³, foram construídos sistemas de proteção social que, em conjunto com o sistema de produção fordista e o Keynesianismo, constituiu o Welfare State⁶⁴ - Estado de Bem-Estar Social - em especial nos países da Europa.

A concepção de saúde e as práticas modificam-se a partir da dinâmica das relações sociais. [...] Além dos aspectos políticos, havia também a conotação econômica. Os trabalhadores reivindicavam do Estado assistência à saúde e realizavam pressões junto às empresas para elevação de salários. Várias empresas apresentavam como alternativa o aumento salarial, o seguro médico, através do Estado. A adoção do seguro-saúde não significou a cobertura de toda população, que só foi obtendo esta conquista paulatinamente, através de lutas. [...] Com a modalidade de seguro social institucionalizado pelo Estado há a extensão do cuidado médico, sob a forma de consumo individual (BRAVO, 2013, p. 56).

Bravo (2013, p. 65) destaca que em relação à saúde, “as conquistas dos trabalhadores nos países socialistas, no domínio da segurança social, saúde, educação, direito ao trabalho, inspiraram os operários dos demais países na sua luta contra a exploração capitalista” e na constituição dos sistemas de bem-estar, a saúde passou a ser financiada gradativamente pelo Estado.

O Estado passa a ter um papel ativo na administração macroeconômica, na produção e regulação das relações econômicas e sociais na perspectiva Keynesiana, o bem-estar ainda deve ser buscado individualmente no mercado, mantendo as intervenções do Estado na área social.

Em que pese às particularidades de cada país, as políticas de bem-estar se constituíram de diferentes formas. Em uma análise, Behring e Boschetti (2007, p. 97) apontam que não existem “modelos puros”. Destacam o modelo bismarkiano na Alemanha, caracterizado pelos seguros sociais, e o modelo beverigiano na Inglaterra com sistema de proteção social e direitos universais.

O padrão de constituição dos sistemas de proteção social é tipificado por Esping Andersen⁶⁵ (1991, p. 7) que apresenta três tipos de regime de Welfare State:

⁶³ Conforme Bravo (2013, p. 63), Estados Unidos e União Soviética emergiram da Segunda Guerra como grandes potências mundiais. A chamada guerra fria, foi uma das estratégias para atacar a crise econômica e o “perigo vermelho”, e através do Plano Marshall e da Doutrina Truman, em 1947, pela qual ameaçavam intervir militarmente em países afetados por revoluções comunistas, visando enfrentar o mito de um movimento comunista internacional de caráter revolucionário.

⁶⁴ Behring e Boschetti (2007), apontam que é comum o uso do termo Welfare State para designar genericamente os países que implementaram políticas sociais, sob orientação Keynesiano-fordista, sendo comum também na literatura brasileira o uso do termo Estado-de-bem-estar-social e com menos frequência o termo Estado-providência para designar genericamente a ação social do Estado. Mas apontam que os argumentos, origem e abrangência do Welfare State são polêmicas e divergentes.

⁶⁵ Concordando com Behring e Boschetti (2007) ao apontarem os limites da análise do autor “que engessam os países em supostos modelos com características homogêneas”, o referido texto tem

o *liberal*, “em que predominam a assistência aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social. Os benefícios atingem principalmente uma clientela de baixa renda, em geral da classe trabalhadora ou dependentes do Estado”; o *corporativista*, que “agrupa nações como a Áustria, a França, a Alemanha e a Itália e buscava “a preservação das diferenças de status; os direitos, portanto, estavam ligados à classe e ao status”; e *social democrata*, que “compõe-se de nações onde os princípios de universalismo e desmercadorização dos direitos sociais estenderam-se também às novas classes médias”.

A compreensão das formas de organização dos sistemas de proteção social revela o caráter que irá definir as formas de organização dos sistemas de saúde e o debate sobre atenção primária em diferentes países, seja nos sistemas voltados para o seguro social e previdenciário, ou sistemas universais e públicos. É nesse período de expansão capitalista e da constituição dos sistemas de bem-estar-social que se constituem as primeiras propostas de mudança de perspectiva da saúde, que serão tratadas adiante.

Na apreensão desse processo, torna-se importante a análise do conjunto dos elementos que favoreceram a constituição dessas políticas, que nos revelam os impactos desse processo no conjunto das relações sociais e de trabalho.

Com o fordismo, a produção em massa para o consumo em massa e os acordos coletivos com os trabalhadores, há também mais uma estratégia na regulação das relações sociais. Segundo Antunes (2011), o padrão de produção fordista/ taylorista predominou na grande indústria capitalista ao longo do século XX, instituindo a produção em massa e em série e em tempo determinado.

[...] entendemos o fordismo fundamentalmente como a forma pela qual a indústria e o processo de trabalho consolidaram-se ao longo deste século, cujos elementos constitutivos básicos eram dados pela produção em massa, através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos; através do controle dos tempos e movimentos pelo cronômetro taylorista e da produção em série fordista; pela existência do trabalho parcelar e pela fragmentação das funções; pela separação entre elaboração e execução no processo de trabalho; pela existência de unidades fabris centradas e verticalizadas e pela constituição/consolidação dos operários-massa, do trabalhador coletivo fabril, entre outras dimensões (ANTUNES, 2011, p.24).

uma grande influência no debate sobre a política social e “demonstra que essa expansão não seguiu o mesmo padrão de desenvolvimento em todos os países capitalistas”. Mas, no entanto, esta tipificação do autor é comumente usada nas análises da política de saúde, em especial ao tratarem sobre sistemas de saúde e o papel da atenção primária.

O fordismo, mais do que um padrão de organização do trabalho, trouxe importantes determinações ao cotidiano dos trabalhadores. Segundo Simionato (2011), a partir da análise de Gramsci sobre o americanismo e fordismo, “a ideologia fordista não intervém apenas no mercado. Incide também na produção de sistema de valores e instituições sociais”, sendo “destinada a produzir formas de adaptação das classes subalternas aos marcos da dominação do capital”: Ainda segunda a autora:

O americanismo, enquanto fenômeno complexo de modernização e racionalização do aparato produtivo e da vida político-social, constitui a fonte da hegemonia americana na ‘nova divisão internacional do trabalho’. É a hegemonia da indústria, da eficiência econômica imediata, da produção pela produção, em um mundo dividido em classes, gerando poder e controle sobre a vida de todos. Contudo, ‘americanismo e fordismo’ não constituem apenas um método de trabalho, mas uma ‘filosofia’ capitalista que implica um tipo de organização estatal e uma concepção ético-política ligada às exigências de um estágio particular de desenvolvimento do capitalismo, através de uma série de nexos: exigência de programação capitalista, estabelecimento de regras comportamentais adequadas às exigências da produção, construção de meios de controle sobre o operário fora da fábrica, tendência à individualização de uma ideologia estatal funcional, voltada ao sistema ‘fordiano’. Essa forma de estrutura social é própria do Estado liberal (SIMIONATO, 2011, p. 89).

O trabalho e a vida social são dominados por uma lógica de produção e nessa perspectiva a família novamente ganha lugar de destaque. Campos (2015, p. 23), destaca o “casamento” da família com a política social. Como momento do “primeiro casamento”, aponta o contexto entre os séculos XIX e XX, com a proposta do seguro social, que a partir do sistema previdenciário, oferece um importante lugar às famílias: “enquanto os adultos trabalham, mantêm os mais novos e contribuem com parte dos seus salários para gerar fundo de recursos de caráter público, que provê aposentadorias e pensões para a geração anterior”.

Considerando as desigualdades do sistema previdenciário brasileiro centrado na ótica da proteção e controle da força de trabalho, a autora aponta que com este modelo “concretiza-se um padrão de transferência de benefícios para aquele que detém o status de trabalhador, em geral, o homem “chefe de família” e, só de forma derivada a mulher e os filhos”. Destaca a “existência de implícita política de gênero e conjuntamente de organização familiar na construção do próprio Welfare State, que se explica dentro do modelo normatizado e naturalizado da família nuclear conjugal, que se apoia no “homem provedor”, do qual a mulher é “dependente” (termo clássico) para seu sustento, bem como os filhos desta união. Nessa situação, ao homem, considerado pelo status de trabalhador, correspondia o papel de chefe de

família”, consolidando o trabalho não pago à mulher. “[...] à mulher é reservado um papel subsidiário, seu regime e ritmo de trabalho estão na dependência rigorosa das estratégias familiares e das conveniências do sistema produtivo, de forma bem menos vantajosa do que a do homem (CAMPOS, 2015, p. 31).

Essa perspectiva da família no contexto da vida social, é destacada por Correia et al. (2010):

Nesse exemplo histórico, vê-se claramente que a família, enquanto unidade doméstica chefiada por um homem, um “pai de família” responsável não somente pelo cuidado, mas também pelo exercício quase irrestrito da autoridade quando isso fosse necessário, era, de fato, uma instituição basilar e sagrada, valorizada e protegida pelo próprio poder público. Sendo assim, como centro de referência das principais relações sociais, a família, em seu conjunto, era portadora de direitos e deveres, e não os indivíduos, os quais só tinham direitos e proteção enquanto membros de uma família (CORREIA et al., 2010, p. 118)

A partir desse caráter da família, as políticas sociais reencontram nesse espaço as condições para a reprodução de uma lógica e construção de um modo de vida que ajuste os indivíduos aos valores capitalistas. Nessa direção, as famílias passam a ser compreendidas também pelo viés do funcionalismo e da fenomenologia⁶⁶. Para Netto (2011):

[...] é sobre a psicologização das relações sociais que avançará a auto-representação da sociedade burguesa no estágio imperialista [...]” com “a inteira moralização das teorias sociais abrangentes e a individualização das refrações da questão social”. A primeira aparece conclusa em Parsons – está inequivocamente demonstrada, na sua reflexão, a equiparação da socialidade com a dimensão moral; [...] na segunda, comparecem as incidências dos estudos que insulam a ‘personalidade’ da rede concreta das relações sociais (boa parte da psicologia desenvolvida sobre bases idealistas, bem como muitos desdobramentos irracionistas da abordagem psicanalítica) e as elaborações funcionalistas sobre as sociopatias da ‘sociedade industrial’.[...] O “tratamento’ dos afetados pelas refrações da

⁶⁶ Para Bravo (2013), “O positivismo surgiu na segunda metade do século XIX e o funcionalismo e a fenomenologia, no início do século XX. O funcionalismo emergiu como corrente teórica sofisticada do pensamento burguês para tentar resolver os problemas criados pelo acirramento das contradições sociais, preocupando-se com o funcionamento social. A Fenomenologia apareceu fundamentalmente na Alemanha, no início do século XX, quando o país converteu-se numa das principais potências imperialistas da Europa. As mudanças econômicas e sociais modificaram gradualmente a problemática epistemológica, desembocando numa crítica idealista da razão formal. Os pensadores burgueses rechaçavam as tradições progressistas, materialistas e dialéticas, reavivando o romantismo e desenvolvendo a tese de uma terceira via, nem idealista nem materialista, necessária à época (Lukács, 1979)

Zola (2015, p. 49), destaca no pensamento de Parsons, a funcionalidade da família: A família “moderna” nuclear é uma unidade solidária, um sistema baseado no princípio comunalista, sendo “que a responsabilidade principal para este apoio recai sobre o membro masculino adulto da família nuclear” pai exemplar e trabalhador. Cabe à mulher casa a responsabilidade pelo cuidado dos filhos e pelos assuntos internos da família (PARSONS, 1980, p. 55)

questão social como individualidades sociopáticas funda instituições específicas – o que ocorre é a conversão dos problemas sociais em patologias sociais (NETTO, 2011, p. 51).

O enfoque individual e moral da família abre caminho para que os serviços oferecidos pelas políticas sociais promovam a manutenção dessas relações sob a perspectiva terapêutica, refletindo assim a perspectiva da doença também no campo das relações sociais.

Na contraposição a esta perspectiva, os movimentos feministas surgem na luta por direitos. Cisne (2014, p. 131), afirma que a partir da segunda metade do século XIX, com o agudização da questão social que as lutas e manifestações feministas passam a adquirir uma maior organicidade, com destaque a reivindicação pelos direitos políticos⁶⁷. No bojo das transformações do mundo do trabalho e da proteção social, vão ser tecidas importantes mudanças nas configurações familiares e nas políticas sociais.

Nessa direção, é possível afirmar que, em seu caráter contraditório, as políticas de proteção social significaram um importante marco nas conquistas dos direitos sociais e na melhoria das condições de vida e trabalho da classe trabalhadora. No entanto, a política de saúde foca seu atendimento na proteção da força de trabalho, dessa vez pelo controle da doença, com reforço de uma política de gênero na organização familiar, promovendo também, uma visão patológica dos problemas sociais. É estabelecido um padrão de atendimento biomédico na saúde, para aqueles que possuem acesso ao trabalho, e para a massa sobranete, as políticas de assistência, com uma perspectiva individual, moralizante com um viés patológico.

2.3 As contradições do projeto de contra-hegemonia pela saúde ampliada

A perspectiva da saúde centrada na doença alcançou hegemonia na política de saúde ao atingir suas diversas esferas - desde a concepção, ensino, prestação

⁶⁷ Cisne (2014) destaca três correntes do movimento feminista: o feminismo radical, que conduzem a luta contra o sistema patriarcal e poder falocrático; o socialista, com articulação a luta de classe; e o liberal, que consiste na promoção de valores individuais, com políticas de ação positiva, em uma posição reformista. Destaca ainda a particularidade dos movimentos de mulheres e dos movimentos feministas, com pautas que se confundiram historicamente. Na análise histórica da luta das mulheres, aponta que desde a Revolução Francesa as mulheres lutam coletivamente, mas tem o debate enraizado no desenvolvimento do capitalismo.

de serviços, a organização dos sistemas e a constituição de um mercado -, construindo assim uma cultura em torno da doença.

No entanto, o modelo médico hegemônico passa ser questionado e propostas de retomada da dimensão social na saúde passam a ser construídas. Textos de referência dos cursos analisados destacam a existência de propostas/movimentos contra hegemônicos, como podemos observar a seguir:

Esse cenário aprofundou-se em um quadro de iniquidade na distribuição da oferta e dos benefícios do sistema de saúde. Mesmo apresentando fortes sinais de insuficiência na prestação de serviços de saúde no Brasil e também em outros países e mesmo nos dias atuais, ainda é possível identificar ações centradas nesse modelo, dito “modelo hegemônico (GARCIA, 2014a, p. 8).

Seja em decorrência do processo de contenção de custos, seja em decorrência da crise de legitimidade, o fato é que praticamente todos os movimentos de reforma dos sistemas de saúde das últimas três décadas no ocidente vêm procurando reorientar os modelos de organização dos serviços bem como suas práticas assistenciais. Alterar o peso relativo e a forma de inserção do segmento hospitalar foi a medida adotada em praticamente todos os processos de reforma sanitária ocorridas nas últimas décadas (FARIA et al, 2009, p. 24).

Na área da saúde surge, então, a contra hegemonia ao modelo flexneriano e ao modelo unicausal. Começava a luta contra o complexo médico-industrial, que defendia um sistema hierarquizado de saúde no qual práticas curativas e preventivas estivessem dentro de um comando único ministerial. (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 40).

Donatto (2015) aponta a necessidade de reorientação do modelo assistencial devido “ao aumento explosivo de custos e gastos em saúde, iatrogenia crescente, deseducação sanitária, desatendimento das necessidades básicas de saúde nos planos individual, familiar e comunitário e elitização da atenção à saúde”.

As mudanças no cenário político, econômico e social revelam o processo em que este esgotamento se configura, por isso, é necessário situar historicamente as demandas que levaram ao questionamento do modelo médico hegemônico, no Brasil.

A proposta que irá se apresentar como contra hegemônica retoma a vinculação das demandas sociais à saúde, através da defesa de uma concepção de saúde ampliada⁶⁸ na qual a atenção primária, a família e a comunidade, vão se

⁶⁸ Como já sinalizado, na construção dessa reflexão, optamos por utilizar o termo “saúde ampliada” para caracterizar a multiplicidade de propostas que surge em contraposição ao modelo médico hegemônico. A referência à saúde ampliada é utilizada em diferentes debates, desde o conceito de saúde da OMS, como também para questionar os limites desse conceito. Quando falamos de saúde ampliada, também associamos ao debate do direito a saúde na Reforma Sanitária. O uso do termo saúde ampliada expressa então as contradições que pretendemos desvelar nesta reflexão.

estabelecer como diretrizes estratégicas. O reconhecimento das contradições que envolvem este momento é de grande importância para a compreensão de nosso objeto de estudo. Dessa forma, buscamos analisar como a dimensão social da saúde é abordada tendo como parâmetro, o papel estratégico que esta assume no enfrentamento da questão social. **Assim, questionamos qual a direção social que esta proposta de saúde ampliada assume: será a possibilidade de uma nova perspectiva de reconhecimento da determinação social da saúde ou a renovação de formas de controle social?**

Pretendemos, com essa análise, superar tanto as visões pessimistas que afirmam as propostas como “política pobre para pobres”, bem como as otimistas que projetam uma ação “messiânica” dos profissionais no cotidiano das unidades de saúde. Para isso, buscamos construir mediações para reconhecer as contradições que permeiam a proposta de saúde ampliada, que se realiza sob a diferentes influências em um cenário controverso. Dessa forma, buscamos compreender o papel assumido pela abordagem familiar e comunitária nas propostas de saúde ampliada permeada pela disputa hegemônica entre projetos na saúde.

Um dos elementos que compõe o debate sobre o conceito de saúde ampliada é o processo de organização dos serviços de saúde para além dos serviços hospitalares. Essa discussão tem como referência o Relatório Dawson, de 1920, que a partir da experiência na Grã-Bretanha, propõe a divisão do sistema de saúde em três níveis: primário com generalistas em comunidades; secundário com especialistas atuando em ambulatórios; terciário, com especialistas vinculados à atenção hospitalar.

Segundo Kuschnir e Chorny (2010, p. 2), coube ao Relatório Dawson introduzir a territorialização, ausente até então dos sistemas de seguro social; apontar a necessidade de articulação entre a saúde pública, sob comando do Estado e a atenção individual; e marcar a associação entre o modelo de organização de serviços e sua gestão, ao prescrever uma autoridade de saúde única no território. Ainda segundo os autores, esta discussão trouxe contribuições importantes do ponto de vista da organização de serviços, “influenciando na formulação de conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes”.

O Relatório Dawson é citado na discussão sobre a organização dos serviços pelos autores do conteúdo dos cursos:

O Relatório Dawson está na base do sistema de saúde britânico e inspirou a organização de sistemas de saúde em vários outros países. Porém, foi o clássico estudo de White et al (1961) que alertou definitivamente para a atenção médica primária, ao demonstrar que a imensa maioria do cuidado médico nos EUA e Reino Unido era realizada neste nível de atenção, muitas vezes em centros de saúde comunitários, evidenciando que o atendimento em hospitais universitários representava apenas uma discreta fração do total. Vale ressaltar que o modelo de atenção baseado em centros de saúde comunitários remontava a iniciativas pioneiras francesas do final do século XIX, e americanas do início do século XX (DEMARZO, 2014, p. 7).

Segundo o autor, a APS caracterizaria a delimitação de um distrito, com atenção baseada em necessidades locais, desenvolvida por um médico generalista que promoveria ações de prevenção de doenças e recuperação da saúde. Não parece incrível pensar que isso tenha sido escrito em 1920? A base territorial, a relação entre os níveis de atenção e a integração das concepções curativista e preventivista fundamentaram as discussões na formação de vários sistemas de saúde. Parece lógico que devemos entender essa teoria dentro do contexto histórico em que foi desenvolvida. Não podemos esperar, para a época, algo que não fosse médico-centrado, tampouco podemos exigir de Dawson um discurso pró promoção da saúde (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 27).

As mudanças ocorridas em decorrência da crise econômica que se espalharam por todo o mundo capitalista, após a Primeira Guerra agravaram-se com a Segunda Guerra Mundial. O cenário da guerra fria e as ações imperialistas dos EUA constituíram estratégias contra a “ameaça socialista”, em especial nos países periféricos. É neste momento pós-guerra, em um cenário de expansão capitalista e disputa ideológica que, contraditoriamente, as políticas de bem-estar-social se expandem e o modelo médico hegemônico se estabelece, ao mesmo tempo em que também são criadas condições para seu questionamento. É nesse movimento contraditório que a propostas de contestação do modelo médico hegemônico na saúde se configuram.

Nesse movimento contraditório, em relação à saúde, Bravo (2013) aponta que a institucionalização dos serviços de saúde se ampliou com a consolidação da concepção de causalidade múltipla, com ênfase nos fatores ambientais, em substituição ao enfoque anterior meramente biológico.

Após a Segunda Guerra Mundial (1945), destaca-se o surgimento das Organizações das Nações Unidas (ONU)⁶⁹, como parte da estratégia americana

⁶⁹ A Organização das Nações Unidas (ONU) foi fundada em 24 de outubro de 1945, na cidade de São Francisco (Califórnia – Estados Unidos). É uma organização constituída por governos da maioria dos países do mundo, com objetivo principal de criar e colocar em prática mecanismos que possibilitem a

para garantir a ordem social. Conforme nos aponta Ammann (2013, p. 46), “a consolidação do bloco socialista e sua expansão aos países orientais começa a representar um perigo crescente para os países capitalistas atingidos pelas perdas de suas colônias”. Coube a ONU então “desfraldar a bandeira da social-democracia e a buscar estratégias capazes de garantir a ordem social e de preservar o ‘mundo livre’ dos regimes e ideologias consagradas como não democráticas”⁷⁰.

Com a formação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946, a saúde pública, estendendo-se através da assistência aos países devastados pela guerra, veicula um conceito de saúde⁷¹ -, saúde considerada como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” -, que não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.

Mesmo que representando um avanço frente ao enfoque da doença, este conceito, vigente até hoje, é alvo de diversos questionamentos e apontado como “irreal, ultrapassado e unilateral” (Segre e Ferraz, 2007, p. 539); e “tampouco é uma concepção ampla de saúde, mas apenas uma concepção de saúde humana” (Sá Junior, 2004, p. 3). No entanto, ele ainda é utilizado no cotidiano da saúde como fonte de defesa da saúde ampliada, como pode ser observado por Vasconcelos (2007), no âmbito dos Hospitais Universitários do município do Rio de Janeiro, onde a maioria dos profissionais de saúde, ao definir saúde, recorre à noção afirmada pela OMS.

segurança internacional, desenvolvimento econômico, definição de leis internacionais, respeito aos direitos humanos e o progresso social. Fundada, logo após a Segunda Guerra Mundial, procurou desenvolver mecanismos multilaterais para evitar um novo conflito armado mundial. A partir de sua fundação, foram formadas organizações setorializadas como a Organização dos Estados Americanos (OEA) em 1948 e a Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN) em 1949.

⁷⁰ Sobre essa perspectiva de combate a ameaça comunista, Ammann (2013, p. 46), destaca os trechos do discurso de Harry Truman, em que considera que “a pobreza é um entrave e uma ameaça tanto para essas populações (pobres) como para as áreas mais prosperas e de que na atual luta ideológica os povos famintos têm mais receptividade para a propaganda comunista internacional do que as nações prósperas”, e oferece os EUA como amigos da paz e sua intervenção poderia “ajudá-los a realizar suas aspirações por uma vida melhor”.

⁷¹ A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência especializada em saúde, fundada em 7 de abril de 1948, e subordinada à Organização das Nações Unidas, com sede em Genebra, na Suíça. A definição consta no preâmbulo da Constituição da Assembleia Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova York (19/22 de junho de 1946) e assinada em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados, com vigor a partir de abril de 1948, não emendada desde então. Na América Latina, suas ações são representadas pela OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), que foi criada em 1902 e incorporada à OMS, em 1948. A primeira Assembleia, em Genebra (1948), definiu o conceito de saúde como o “o completo bem-estar físico, mental, social e não somente a ausência de doenças”.

O documento de fundação da OMS, em 1946, que expressa a concepção de saúde, também aponta que atingir o melhor estado de saúde que é possível “constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano” e deve acontecer “sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”. Destaca, ainda, a importância das ações de promoção e proteção à saúde, a extensão a todos os povos dos benefícios do conhecimento e do esclarecimento da opinião pública e afirma o papel dos governos na responsabilidade pela saúde dos seus povos.

Considerando o movimento no qual o documento é construído, que toma como base “a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança”, este conceito expressa o momento histórico em que “o bem-estar” se colocava como estratégia nas políticas de enfrentamento da questão social. No entanto, não considera as contradições existentes para alcançar tal plenitude, colocando como perspectiva a amenização dos conflitos sociais existentes não seu enfrentamento. Se para esse momento histórico tal perspectiva já não representava a disputa societária em questão, os limites desse conceito se ampliam a medida em que profundas mudanças estabelecem uma nova funcionalidade da política de saúde na construção de consensos.

Nessa direção, a concepção de saúde também passa a ser influenciada pela direção que os Estados Unidos assumem nessa fase do capitalismo mundial, colocando em evidência propostas como a “medicina integral”, “medicina preventiva” e seus desmembramentos na “medicina comunitária” e a “integração docente assistencial”. Nesse momento “há uma ampliação dos serviços bem como a extensão de cobertura à classe trabalhadora” (BRAVO, 1998, p. 122).

Sobre as propostas que se constituíram nesse momento, Bravo (2012) aponta que Medicina Integral surge como proposta de confronto entre o caráter fragmentado das especialidades e do corte entre as ações terapêuticas e preventivas. A proposta de Medicina Preventiva surge, logo após, devido ao crescente custo da atenção médica nos Estados Unidos e uma alternativa à intervenção estatal, preservando a organização liberal da prática e o poder médico.

Na construção da medicina preventiva, Arouca (2003, p. 241) destaca que esse movimento não colocou no seu interior uma prática teórica que possibilitasse a produção de conhecimento sobre as reais determinações da crise do setor saúde

nem ações políticas que levassem às mudanças necessárias, constituindo-se um sistema conservador das estruturas da prática médica existente.

No entanto, Paim (1997, p. 13) aponta que as perspectivas da medicina integral e comunitária trazem um marco conceitual do movimento preventista, pelo modelo de História Natural das Doenças (HND) com as noções de multicausalidade, normal, patológico e processo saúde / doença que incorporam uma visão dinâmica acerca do desenvolvimento da doença. Ainda, segundo o autor, a Medicina Comunitária traz a racionalidade para os serviços de saúde, enfatizando noções outras como regionalização e hierarquização dos serviços, participação comunitária, multiprofissionalidade.

Em uma importante análise, Donnangelo e Pereira (1976, p. 75), após uma reflexão sobre o processo de medicalização e extensão do cuidado médico que “representou efetivamente a penetração da medicina pelas determinações próprias à sociedade de classes”, trata as reformas médicas e analisa os projetos de Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária, que corresponde à busca de racionalização da prática médica em uma tentativa de integração do social à prática, ainda que com limites.

Sobre o conceito de “medicina integral”, Donnangelo e Pereira (1976, p. 79) apontam o confronto entre o caráter fragmentário do trabalho médico, correspondente ao desenvolvimento das especialidades, e uma concepção globalizadora do objeto individual da prática — totalidade biopsicossocial. No entanto, esse movimento coloca a necessidade de “apreender e interferir com a complexidade do paciente dada por sua inclusão em um campo de relações onde a família aparecerá como unidade fundamental” e fatores que concorrem para a emergência da enfermidade, e de sua interação, antecipando-se à necessidade do recurso a ações curativas. A sistematização desses princípios e o desenvolvimento de estratégias voltadas para a recomposição da prática será feita na superposição dos campos da medicina integral e da medicina preventiva, no qual “munido de uma nova visão da prática e de uma nova atitude para com as necessidades individuais e sociais que incidem sobre a área da saúde, o profissional passaria a atuar como o agente de uma mudança capaz de transcender os limites do ato médico individual para atingir o meio social inclusivo.

Em relação à Medicina Comunitária, os autores situam como projeto de reforma médica que “retoma e reorienta as questões já postas no campo de

problemas e tentativas de solução que cercam a prática médica”, na sequência da medicina integral e da medicina preventiva. A prática da Medicina Comunitária nos Estados Unidos, acontece em um contexto de contenção de gastos e ampliação do consumo médico, que transcendeu os limites da atenção médica e orientou a política social norte-americana, na década de 60, para programas assistenciais destinados à pobreza. Nessa perspectiva, “o isolamento do pobre como objeto de uma prática médica diferenciada, passível de coexistir com outras formas de práticas destinadas a outras categorias sociais, impondo o recurso à ‘comunidade’ e à ‘participação’ como elementos articuladores entre a prática médica e componentes outros da estrutura social” (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 94).

Sobre as estratégias práticas, os autores destacam: a delimitação geográfica que propicia a construção da concepção sobre o processo saúde-doença em sua dimensão ecológica e psicossocial; a identificação entre comunidade e sociedade, que não pode ser reduzida a um espaço homogêneo, “massacrando as determinações e diferenciações básicas”; e a mobilização grupal no qual a interferência sobre os grupos que deva mover-se com vistas a reorientar os seus padrões de ação social e a compatibilizá-los, política e ideologicamente, com o padrão dominante, político-ideológico, mas contudo, deve definir ou orientar os limites e conteúdo precisos dessa participação, bem como as vias através das quais ela deva se manifestar (DONNANGELO E PEREIRA, 1976, p. 94).

Quanto à extensão da medicina comunitária aos países-latino americanos, Bravo (2013, p. 74) destaca surge como “extensão da política social norte-americana de combate à pobreza”, utilizada especialmente nas relações externas nos programas de assistência técnica, para o combate ao subdesenvolvimento que é “considerado como uma das medidas para solucionar o problema de integrar o esforço da população aos planos regionais e nacionais de desenvolvimento social”.

A relação entre Medicina Comunitária e exploração da força de trabalho, na primeira direção, é visualizada no aumento da produtividade do trabalhador, favorecendo a acumulação capitalista. Tende-se a deslocar a problemática da saúde da instância estrutural para a esfera individual, para a prestação de serviço. Considera-se o atraso cultural, a falta de recursos e a ausência de higiene como responsáveis pelos problemas de saúde, postulando a educação sanitária como importante alteração dos hábitos e valores (BRAVO, 2013, p. 74).

Essa perspectiva teve grande influência na condução das políticas sociais nesse período, com a expansão das ações voltadas para o desenvolvimento de

comunidade, perspectiva essa que terá seus elementos presentes também no processo de construção da política de saúde, no movimento de Reforma Sanitária e na implementação das ações voltadas para Atenção Básica.

A metodologia de Desenvolvimento de Comunidade⁷² foi amplamente divulgada nos países da América Latina, e no Brasil, e foi articulada ao conjunto do projeto desenvolvimentista dos governos, em uma perspectiva de integração, com “uma clara inspiração dos postulados funcionalistas que abordam a comunidade como uma unidade constituída de partes interdependentes que devem colaborar para o equilíbrio do todo” (AMMANN, 2013, p.112). Conforme aponta a autora:

[...] A integração é, nesses trabalhos, postulada como fundamental para a harmonia do sistema, devendo ser assegurada mediante uma combinação das diversas funções e papéis diferencialmente conferidos às várias partes do todo. [...] Em tal postura, não sobra lugar para o problema das contradições e antagonismos, abordando-se, pois, a comunidade, como um todo regido pelo consenso, com problemas e interesses comuns. [...] Esta visão – comunidade como unidade consensual – redundando em um tipo de intervenção onde os problemas são tratados sem relação com os interesses de classes, o que é garantido pelos critérios que regem a organização dos grupos. Estes são organizados não por categorias profissionais, mas por faixa etária e sexo ou, no máximo, segundo o problema social (prostitutas, menores abandonados). Oculta-se, destarte, o antagonismo das classes, reproduzindo assim, a ideologia das camadas dirigentes, interessadas nessa ocultação para salvaguarda do sistema (AMMANN, 2013, p. 112-113).

Nesse sentido, destaca-se a importância de se apreender as perspectivas em que a família e comunidade são abordadas nos serviços de saúde. As perspectivas de controle social se apresentam não somente na dimensão familiar, mas também na esfera comunitária.

Ao analisar o processo da perspectiva de Desenvolvimento de Comunidade no Serviço Social, Ammann (2013, 128-129) revela as contradições desse processo, ao destacar três posturas presentes na experiência. Um primeiro grupo “volta-se

⁷² Segundo Bravo, a partir de 1950 a ONU voltou-se para o processo de Desenvolvimento de Comunidade e a Medicina Comunitária, que “apesar de seu caráter apolítico, contribuíram para perpetuar as estruturas sociais vigentes, de forma a desviar a atenção dos problemas de natureza política e privilegiar ações em torno do lazer, esporte, educação e atenção aos problemas imediatos de saúde da população, desvinculando-se dos determinantes sociais. “. Na América Latina, as proposições da ONU foram assumidas pela Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL). Em nome desse consenso, todos, em particular os “líderes”, são mobilizados para a solução de seus problemas, mediante utilização de técnicas cooperativas (ajuda mútua, mutirão, etc.), ou de organizações “capazes de conduzir as mudanças para os fins desejados”. Centros de demonstração, extensão rural, centros sociais, associação de bairros, conselhos de comunidades, centros de desenvolvimento social etc. As atividades não incidem sobre problemas gerados no âmbito das relações sociais de produção e de dominação, enredando-se mais frequentemente em torno de ações residuais vinculadas à urbanização (água, luz, estradas, equipamentos) ou à oferta de serviços ditos “sociais” (educação, saúde, lazer, etc.) (AMMANN, 2013, p. 112).

para o campo da prática, abordando a realidade social em uma visão acrítica e a-histórica, reduzida aos horizontes da localidade”. Um segundo grupo extrapola a visão localista e passa a conceber “a participação numa perspectiva macrossocietária capaz de provocar mudanças estruturais, com defesa de mudanças como necessárias à expansão capitalista no Brasil”; a participação é concebida como a contribuição de “todo povo brasileiro” às mudanças estruturais, mas, no entanto, não estabelece um vínculo orgânico com a classe trabalhadora. O terceiro grupo “enquanto pensa em uma participação que objetiva a transformação e não a manutenção do próprio sistema, tenta firmar um vínculo orgânico com as classes subalternas, não aborda as comunidades como um todo único e harmônico, mas sim como constituída por forças antagônicas, regidas por relações sociais de dominação”. Para este grupo, participação social significa luta pela hegemonia das classes subordinadas, transformação a partir da estrutura de classes.

Vemos, entretanto, que a perspectiva comunitária, mesmo perante perspectivas restritas à integração, também apresenta possibilidades de construção de uma perspectiva crítica em relação a abordagem comunitária, com vinculação aos movimentos sociais, estabelecendo aí um contraponto.

Nesse sentido, Bravo (2013, p. 82) destaca a Integração Docente Assistencial (IDA), oriunda dos EUA nos anos 1970, que surge como proposta racionalizadora num contexto de estrangulamento das políticas sociais. A proposta de natureza reformista, pode ser caracterizada como “mais um movimento de reforma médica, ligado à educação médica, que se iniciou com a medicina integral, seguiu com a medicina preventiva e caminhou com a medicina comunitária”. Nesse sentido, apesar das possibilidades progressistas, a proposta foi encarada apenas como “uma estratégia de caráter interinstitucional ou programática”, que teve como desdobramento a proposta de atenção primária de saúde.

No entanto, a autora também aponta a construção de “outra perspectiva, transformadora, ainda não claramente elaborada”, com a Saúde “articulada aos Movimentos Sociais, pautada na concepção de saúde como “questão social”, sendo uma das principais reivindicações dos movimentos sociais urbanos pelo seu potencial de gerar novas propostas políticas”, com a ressalva dos diferentes desdobramentos na Europa e na América Latina “em função das realidades históricas específicas que moldam a relação Estado-Sociedade nessas formações sociais”. Os desdobramentos desse processo a partir da proposta de Atenção

Primária em Saúde serão direcionados pelo enfoque racionalizador e permeados pela direção articulada aos movimentos sociais, configurando-se na correlação de forças, com clara diferenciação entre a Europa e América Latina (BRAVO, 2013, p. 83).

Assim, uma análise das propostas de contra-hegemonia a partir da saúde ampliada revela que sua defesa é atravessada por contradições. Em que pese a relevância da contraposição ao modelo médico hegemônico, sua formulação ocorre em um cenário de disputa societária na qual a saúde assume uma funcionalidade, seja nos países em desenvolvimento, pela contenção de gastos com a saúde, seja nos países periféricos, onde assume um caráter estratégico no discurso desenvolvimentista. Dessa forma, a retomada da dimensão social do processo saúde doença tanto favoreceu a ampliação das formas de controle do social, como, também, propiciou a formulação de propostas críticas vinculadas ao fortalecimento dos movimentos sociais.

É no campo dessa dualidade que o modelo médico hegemônico é questionado. Assim, nossa atenção deve estar voltada para reconhecer as contradições do cenário de disputa em que são construídas as propostas de saúde ampliada e de reorganização dos serviços por meio da defesa da Atenção Primária e da Promoção da Saúde.

2.4 A proposta de Atenção Primária no contexto neoliberal

Até o momento, foi possível reconhecer que a dimensão social da saúde é retomada em uma dinâmica permeada por interesses de projetos distintos, o que exige a compreensão do contexto que tais propostas irão influenciar e serem influenciadas. Como resultante das experiências de contraposição ao modelo médico hegemônico⁷³, as propostas foram sistematizadas em eventos considerados

⁷³ Gionvanella e Mendonça (2012, p. 494-495), destacam duas perspectivas de questionamento. Na primeira vertente, aprofundava-se a crítica à OMS no que se refere à abordagem vertical dos programas de combate a doenças transmissíveis, como a malária, desenvolvidos com intervenções seletivas e descontextualizadas em diversos países durante a década de 1960. Apontam ainda que em contexto mundial favorável, no qual predominavam os governos socialdemocratas em países europeus, a OMS passou por uma renovação e, em 1973, Halfdan Mahler, um médico com senso de justiça social e experiência em saúde pública em países em desenvolvimento, assumiu a direção da OMS, que começou a desenvolver abordagens 'alternativas' para a intervenção em saúde. Nesse sentido, "considerava-se que essas intervenções verticais não respondiam às principais necessidades de saúde das populações e que seria preciso avançar desenvolvendo concepções mais abrangentes, dentre elas a de APS". Assim Mahler propôs, em 1976, a meta: Saúde para Todos no Ano 2000. Na

como marco para a discussão, que influenciaram a política de saúde em todo o mundo.

No processo de constituição da proposta contra-hegemônica ao modelo médico, as estratégias de mudança difundidas por organismos internacionais passam a influenciar a organização dos sistemas de saúde, por meio da Atenção Primária à Saúde e da Promoção da Saúde.

A Conferência de Alma Ata⁷⁴ é apontada pelos autores dos cursos na discussão sobre a atenção primária em saúde, que já se desenvolvia em alguns países.

Antecipando-se à OMS, países desenvolvidos - a exemplo da Inglaterra – passaram a adotar um modelo alternativo de atenção que valorizava a prática e os princípios da medicina geral e da Atenção Primária à Saúde. O Brasil, também não deixou de tomar conhecimento dos problemas, buscando alternativas, ainda que através de iniciativas isoladas (DONATO, 2015, aula 3).

Considera-se que o termo APS (Primary Health Care) tenha sido descrito pela primeira vez em documentos oficiais ainda no início da década de 1970, nas páginas da Contact, revista da Comissão Médica Cristã (CMC),

segunda vertente de questionamento, desde o final da década de 1960, o modelo biomédico de atenção à saúde recebia críticas de diversas origens, destacando-se os determinantes sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade e a exigência de nova abordagem em atenção à saúde. Desse modo, “criticava-se a especialização progressiva e o elitismo médico, propondo-se a articulação de práticas populares e a democratização do conhecimento médico”. Destacam também a experiência dos ‘médicos descalços chineses’, leigos que combinavam cuidados preventivos e curativos, alopatia e medicina tradicional e atuavam em regiões rurais, que foi difundido pela Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial das Igrejas. As autoras apontam ainda, nos anos 70, o relatório Lalonde do Ministério da Saúde canadense - ‘Uma Nova Perspectiva para Saúde dos Canadenses’ -, que mostrava a importância do objetivo de prevenção de doenças e da promoção de boa saúde para a população, além da organização de um sistema de saúde adequado, assumido como responsabilidade governamental. Outra referência no debate daquela época foi o livro, lançado em 1975, de Ivan Illich, sociólogo austríaco radicado no México.

⁷⁴ Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como ‘Saúde para Todos no Ano 2000’. A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países. Sobre esse debate Gionvanella e Mendonça (2012) destacam que o contexto do final da década de 1970 propiciou a organização de uma conferência de atenção primária. A realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde foi proposta à OMS pela China, para difundir novos modelos alternativos de atenção à saúde. A China, contudo, não participou da conferência em razão de disputas políticas – acerca dos modelos de atenção à saúde no interior do bloco socialista – com a URSS, que implantara sistemas públicos universais, centralizados e organizados por níveis hierárquicos, nos quais predominavam o modelo biomédico e a centralidade da assistência hospitalar. A União Soviética se opôs inicialmente à temática da conferência, mas acabou por se oferecer para sediar o evento, contribuindo com apoio financeiro substancial, em virtude do avanço do movimento em defesa da APS em todo o mundo Castiel (2012) destaca que o enfraquecimento dos princípios de Alma Ata “pode ter sido vítima do choque ideológico entre capitalismo e comunismo na época. E, em retrospecto, uma declaração emergindo de uma conferência na antiga União Soviética não deveria claramente ser totalmente aceita no Ocidente” (HAINES; HORTON; BHUTTA, 2007, apud CASTIEL, 2012).

ligada ao Conselho Mundial de Igrejas e Federação Mundial Luterana [...] A CMC, com larga experiência em países em desenvolvimento, assumia a defesa da intervenção no nível local das comunidades, com o treinamento de agentes de saúde e métodos acessíveis, ao perceber que as ações missionárias, em sua maioria baseada em hospitais, apresentavam baixo impacto na saúde da população. Essa instituição foi responsável pela apresentação de várias experiências em saúde básica para a OMS e, em 1974, foi chamada para estabelecer uma colaboração formal nas discussões sobre APS [...]. Em 1975, o relatório “A Promoção de Serviços Nacionais de Saúde (The Promotion of National Health Services) incorporou, pela primeira vez, a expressão APS aos documentos da OMS, defendendo a atenção primária como caminho para serviços de saúde mais efetivos (DEMARZO, 2014, p. 9).

Pode-se dizer que Alma-Ata conseguiu sistematizar e sintetizar um movimento que está sendo dinamizado em todo o mundo, inclusive no Brasil[...]. O relatório desse encontro não criou uma nova realidade, mas retratou as lutas de diversos movimentos sanitários (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 28).

O relatório resultante da conferência trouxe indicações propositivas para a organização dos sistemas de saúde a partir dos cuidados primários de saúde como parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

Destaca-se, assim, o papel de Alma Ata como referência para reorganização dos sistemas de saúde, reconhecida como estratégia para o alcance da meta “Saúde para todos no ano 2000”.⁷⁵ Como expressão de diversas experiências, a declaração é uma referência na orientação da reorganização dos serviços de saúde e estabeleceu a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada para os sistemas de saúde, que toma como referência as análises de Barbara Starfield⁷⁶, apontada pelo conteúdo dos cursos como protagonista dessa discussão.

⁷⁵ A partir da Assembleia Mundial da Saúde de 1977 (Resolução, MAS 30.43), os representantes dos governos-membros acordaram que “a principal meta social dos governos e da OMS deveria ser alcançar para todos os cidadãos do mundo, até o ano 2000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva”. A Declaração de Alma Ata (1978), enfatizou o compromisso dos governos de quase todos os países do mundo apresentando a atenção primária como caminho para alcançar estes objetivos, como parte de um desenvolvimento geral com espírito de justiça social (CASTELLANOS, 1990).

⁷⁶ O debate de Barbara Starfield é apontado em todos os conteúdos como uma referência no debate sobre a APS. Seu livro *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* foi traduzido e publicado no Brasil via institucional pelo Ministério da Saúde em parceria com a OPAS. Em seu texto, a autora afirma que “a Declaração de Alma Ata “codificou a ‘santidade’ da atenção primária à saúde como um princípio para todos os sistemas de saúde no mundo”, mas, no

[...] apoiados no trabalho de Barbara Starfield, uma das mais importantes autoras da área, os princípios gerais da APS, com base na Declaração de Alma-Ata de 1978 e na evolução do conceito até os dias de hoje: oferta de ações de atenção à saúde integradas e acessíveis segundo as necessidades locais, desenvolvidas por equipes multiprofissionais responsáveis por abordar uma ampla maioria das necessidades individuais e coletivas em saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com as pessoas e comunidades [...] Assim, a APS vem sendo entendida como o primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde nacionais, regionais e locais, como também como estratégia política e princípios para a (re) organização dos serviços e sistemas de saúde. Para tal, necessita de práticas profissionais específicas e construídas em um modo complexo, integral e sistêmico de pensar o APS, incorporando o conceito mais moderno de promoção da saúde apresentado anteriormente. No Brasil, adota-se muitas vezes o nome de Atenção Básica para tratar dos mesmos princípios e características, cuja expressão atual na política de saúde é a Estratégia Saúde da Família (STARFIELD, 1998, apud DEMARZO, 2014, p. 9).

Destas propostas, surgiram demandas para além da reorganização dos serviços, que percorrem questões do campo da concepção e práticas de saúde. Como resultado de uma movimentação em torno da temática, a Carta de Otawa, resultado da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, traz um entendimento de promoção da saúde para além do modelo de níveis de prevenção.⁷⁷ Este documento é apontado pelos autores dos conteúdos como uma referência no debate sobre Promoção da Saúde.

Esse encontro consistiu em uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de saúde pública no mundo, que pudesse responder à complexidade emergente dos problemas de saúde, cujo entendimento não era mais possível por meio do enfoque preventivista tradicional – vinculação de uma determinada doença a um determinado agente ou a um grupo de agentes – mas que se relacionasse a questões como as condições e modos de vida (DEMARZO, 2014, p.4).

Nesse documento, promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar a sua saúde e exercer um maior controle sobre ela. São apresentados como campos de ação da promoção da saúde políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e reorientação do sistema de saúde (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 25).

entanto, faltam evidências sobre seus benefícios, por isso, apresenta um amplo estudo sobre a APS. Ainda que uma referência para a área, é preciso considerar alguns limites do debate, já que sua pesquisa se refere aos resultados dos cuidados primários em países industrializados com clara referência às particularidades americanas e direcionada para médicos. Contudo debate sobre o trabalho em equipe e aborde os profissionais não médicos e suas funções suplementares e substitutas, o que vai chamar de profissionais de saúde.

⁷⁷ O debate sobre promoção da saúde toma como referência o modelo de Leavell e Clark, proposto originalmente para explicar a História Natural da Doença, apresenta três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário. No nível primário, é apresentada como uma das ações a promoção da saúde. No entanto, os autores destacam que nesse modelo o foco central é a prevenção da doença (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 26, UFSC). Nesse sentido, a noção de promoção da saúde a partir da Carta de Otawa é considerada pelos autores um avanço nas discussões.

O debate sobre promoção da saúde ampliou-se⁷⁸ nos anos que se seguiram, incorporando novas demandas. No entanto, as contradições que se revelam nesse processo devem ser analisadas no contexto dos eventos que vão motivar/conduzir/ajustar esse debate e suas propostas: as mudanças no modo de produção capitalista, na oferta das políticas sociais, nas relações sociais e na cultura que vão refletir diretamente no reconhecimento da questão social e suas expressões.

Reconhecendo a centralidade do debate sobre Atenção Primária e Promoção da Saúde, há de se esperar que esta análise seja realizada considerando os determinantes do momento histórico: o neoliberalismo. Contudo, na análise dos textos que referenciam os cursos de formação, a conjuntura econômico-política não toma a centralidade necessária, com textos que não mencionam e outros que fazem referências pontuais, como podemos observar: em que também é utilizado no curso da UFMS:

[...] iniciou-se, nessas mesmas décadas, uma redução ou estancamento dos gastos com a proteção social, em vários países, o que trouxe estrangimentos à expansão de gastos com a saúde. Esse movimento, caracterizado pelos autores mencionados como uma ofensiva neoliberal, além de conter gastos pela esfera estatal, implicava investimentos em uma reestruturação produtiva, abrangendo a maioria dos setores econômicos, o que afetou de forma substantiva o financiamento do Welfare State, (Estado de Bem-Estar) e conseqüentemente os sistemas de saúde (FARIA et al., 2010, p. 24),

Ainda que não se refiram diretamente ao momento histórico, Verdi, Da Ros, Souza (2012, p. 30-32) posicionam-se ao afirmar que “nossa sociedade, hoje, é organizada sob a lógica capitalista e, dessa lógica, a sua face moderna, chamada neoliberalismo”.

⁷⁸ Em 1988, a Conferência da Austrália enfatizou a importância das políticas públicas como pressuposto para vidas saudáveis, destacando a responsabilidade das decisões políticas, especialmente as de caráter econômico para a saúde. Na Suécia, foi organizada a terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1991, precedendo a Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente, realizada no Rio de Janeiro em 1992. Durante este evento, destacou-se a ecologia e a saúde, concluindo-se que são interdependentes e inseparáveis. Como consequência, as políticas governamentais deveriam estabelecer prioridades de desenvolvimento que respeitassem esta inter-relação. A quarta Conferência foi realizada em Bogotá, Colômbia, em 1992, trazendo a discussão para a situação da saúde na América Latina, na busca de transformar as relações existentes e conciliar interesses econômicos e propósitos sociais de bem-estar. O documento elaborado reiterou a necessidade de mais opções nas ações de saúde pública, orientadas para combater o sofrimento causado pelas enfermidades oriundas do atraso e da pobreza, bem como as derivadas da urbanização e da industrialização nos países em desenvolvimento. Em 1998, a Assembleia Mundial da Saúde adotou uma Declaração reiterando a estratégia de Saúde para Todos no Século XXI e a necessidade de implementação de novas políticas nacionais e internacionais (Heidmann, et al. 2006). Destaca-se ainda, a Declaração de Jacarta (Indonésia, 1997) e a Rede de Megapaíses (Genebra, 1998). Uma análise destes documentos será realizada no próximo item.

Essa discussão nos interessa porque, se entendermos que a determinação da doença é social, se quisermos promover a saúde, educar e ser educados, precisaremos de políticas públicas de saúde, e essas vão ou não acontecer dependendo da organização social. A compreensão da forma de organização da sociedade no capitalismo nos permite conhecer o papel e os limites estruturais do Estado, para viabilizar ou para não assumir, políticas sociais e, dentre elas, as de saúde. Assim, compreenderemos como isso vai gerar desigualdades sociais, eixo para entender a determinação social da doença” (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 30-32).

Situando o contexto social, político e econômico em que estas propostas se configuram, torna-se essencial desvelar seus rebatimentos nas propostas de saúde ampliada e sua funcionalidade no processo de ajustamento das políticas sociais. Em que medida a expansão dessas propostas foram influenciadas pelas políticas de ajuste neoliberal? As profundas mudanças operadas nesse momento histórico nos permitem reconhecer os rebatimentos na política de saúde.

Como vimos, o processo de expansão capitalista promoveu também a constituição de políticas de bem-estar social que favoreceram tanto o crescimento do modelo médico hegemônico como também propiciou a retomada da dimensão social da saúde. No entanto, destaca-se a crise do chamado “anos de ouro” do “capitalismo regulado” que, segundo Behring e Boschetti (2007), teve seu início no final dos anos 60, com o baixo crescimento do capital, em que as elites político-econômicas começaram a questionar e a responsabilizar o padrão de proteção do Welfare State, com difusão do ideário neoliberal que, conforme as autoras:

[...] marca um período de esgotamento da perspectiva de regulação keynesiana das relações econômicas, políticas e sociais de compromisso firmado entre grupos e classes sociais para gerar crescimento econômico, com impacto na estruturadas desigualdades sociais, o que só foi possível pelo estabelecimento de políticas sociais amplas e universais [...] os reduzidos índices de crescimento com altas taxas de inflação foram um fermento para os argumentos neoliberais criticarem o Estado Social de “consenso” do pós-guerra, que permitiu sua instituição do Welfare State (BEHRING E BOSCHETTI, 2007, p.125).

Com a crise, o eixo de reestruturação capitalista voltou-se para a liberdade de mercado e o processo de mundialização e financeirização do capital representou um novo estilo de acumulação. Nesse momento, segundo Iamamoto (2007), o capital expande sua face financeira integrando grupos industriais associados às instituições financeiras que passam a comandar o conjunto da acumulação. A desregulamentação do capital - no nível do capital produtivo das empresas transnacionais e do capital dinheiro das instituições financeiras – nutre o aumento

das taxas de mais-valia absoluta e relativa, presentes e futuras, que o discurso do capital resume na flexibilidade.

Esse processo veio acompanhado por grandes mudanças no padrão de organização da produção. A acumulação flexível, a partir do modelo toyotista, tem a produção baseada na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Para Iamamoto (2007):

A reestruturação produtiva afetou radicalmente a organização dos processos de trabalho: o consumo e gestão da força de trabalho, as condições e relações de trabalho, assim como o conteúdo do próprio trabalho. Envolve a intensificação do trabalho e a ampliação da jornada, a redução de postos de trabalho e a precarização das condições e dos direitos do trabalho. Reduz-se a demanda de trabalho vivo ante o trabalho passado incorporado nos meios de produção, com elevação da composição técnica e de valor do capital, ampliando o desemprego estrutural (IAMAMOTO, 2007, p. 144).

Para atender as exigências desse novo modelo de produção, foi promovido um verdadeiro ataque aos direitos no mundo do trabalho, com implantação de sistemas de qualidade total, flexibilização de contratos de trabalho, terceirização de mão de obra, valorização do setor de serviços, exigindo-se do trabalhador uma ação polivalente, além do controle do sindicalismo, voltado para a empresa, resultando no desemprego estrutural.

As mudanças no mundo do trabalho em conjunto com a mudança no padrão de proteção social promoveram grandes impactos não somente no processo de trabalho em saúde, mas nas condições de oferta das políticas de saúde, que com a orientação neoliberal, passam por um verdadeiro desmonte, justificando-se assim, a abertura dos serviços de saúde para o mercado.

Para Harvey (2005, p. 97), o “Estado neoliberal deve favorecer fortes direitos individuais à propriedade privada, o regime de direitos e as instituições de mercados de livre funcionamento e do livre comércio”, onde o Estado deve preservar tais liberdades, estimular as mudanças tecnológicas, promover a privatização, estimular a competição e a desregulamentação; deve buscar “reorganizações internas e novos arranjos institucionais que melhorem sua posição competitiva como entidade diante de outros Estados no mercado global”. O processo de acumulação capitalista, na busca pelo poder e dominação, trouxe também mudanças no desenvolvimento geográfico e segundo o autor “é na luta de restauração ou implantação do poder de uma classe alta distintiva que ocorre todo tipo de idas e vindas enquanto os poderes

políticos mudam de mãos e os instrumentos de influência se enfraquecem ali ou se fortalecem alhures”.

Para Chesnais (1996, p. 13-18), o estilo de acumulação é dado pelas novas formas de centralização de gigantescos capitais financeiros (os fundos mútuos e fundos de pensão), cuja função é frutificar principalmente o interior da esfera financeira, pois “é na produção que se cria riqueza, a partir da combinação social de formas de trabalho humano, de diferentes qualificações”. O autor afirma ainda que “[...] é a esfera financeira que comanda, cada vez mais, a repartição e a destinação social da riqueza. Assim “[...] não é todo o planeta que interessa ao capital, mas somente parte dele [...]o capital recuperou a possibilidade de voltar a escolher, em total liberdade, quais países e camadas sociais que têm interesse para ele”.

Ao analisar a relação capital financeiro/questão social, lamamoto (2007) caracteriza as repercussões desse processo na questão social contemporânea, especialmente quanto a sua compreensão, ao recuperar suas bases conservadoras, interfere também na dinâmica da política social. A apreensão da gênese da questão social nesse contexto toma novas formas. A questão social produzida e reproduzida de forma ampliada tem sido lida na perspectiva sociológica enquanto disfunção ou ameaça à ordem e à coesão social. Retoma-se aí o caráter conservador de análise das relações sociais a partir da tradição da escola francesa⁷⁹.

Nessa perspectiva, é apresentada uma “nova questão social” resultante da inadaptação dos antigos métodos de gestão do social, produto da crise do Estado de Providência e da crise da relação salarial, em que a sociedade civil “tende a ser interpretada como um conjunto de organizações onde prevalecem os laços de solidariedade”. Para lamamoto (2007, p. 204), salienta-se a coesão social e “um forte apelo moral ao ‘bem-comum’, discurso esse que corre paralelo à reprodução ampliada das desigualdades, da pobreza e da violência”. Assim, a questão social tende a ser naturalizada “e o horizonte é a redução de seus índices mais alarmantes”.

⁷⁹ A escola sociológica francesa tem como fundamento o pensamento positivista inspirado em Durkheim. Autores como Castel (1995, 1998,2000) e Rosavallon (1998) têm influenciado a compreensão das relações sociais a partir dessas bases conservadoras. Conforme destaca lamamoto (2007), a compreensão da questão social sob esta ótica considera a fragmentação de inúmeros problemas sociais, atribuindo aos indivíduos e suas famílias a responsabilidade pelas dificuldades vividas. Os problemas sociais são tidos como problemas do indivíduo isolado e da família, perdendo-se a dimensão coletiva e o recorte de classe da questão social.

Para além do mundo da produção, a autora ainda destaca que a orientação neoliberal interfere também nas formas de sociabilidade, em que “se observa um nítido caráter conservador que atinge as formas culturais, a subjetividade, as identidades coletivas, erodindo projetos e utopias”, em que “a subordinação às leis mercantis estimula atitudes e condutas centradas no indivíduo isolado, em que cada um é livre para assumir riscos, opções e responsabilidades por seus atos em uma sociedade de desiguais” (IAMAMOTO, 2007, p.144).

As repercussões desse processo também irão incidir sobre o processo de mobilização e organização dos trabalhadores. Ribeiro (2014, p. 103), ao analisar os chamados “novos movimentos sociais”⁸⁰ aponta que a década de 1960 “trouxe especificidades nas formas de manifestações políticas, demandando novas abordagens”, o que possibilitou o “deslocamento da centralidade de classes sociais e a decomposição do prisma da totalidade na intervenção de tais movimento sociais”. A autora destaca a influência do pensamento pós-moderno na concepção destes movimentos, com a crítica à racionalidade moderna e à contestação aos instrumentos tradicionais de organização e manifestação coletiva.

Assim, a compreensão da questão social deslocada da relação de classe social apresenta também repercussões diretas no seu enfrentamento, ou seja, nas políticas sociais.

A tendência de naturalizar a questão social é acompanhada da transformação de suas manifestações em objeto de programas assistenciais focalizados de combate à pobreza ou em expressões da violência dos pobres, cuja resposta é a segurança e a repressão oficial. [...] Na atualidade, as propostas imediatas para enfrentar a questão social, no Brasil, atualizam a articulação assistência focalizada/repressão, com o reforço do braço coercitivo do estado, em detrimento da construção do consenso necessário ao regime democrático, o que é motivo de inquietação (IAMAMOTO, 2007, p.164).

Esta leitura aponta para o grave cenário que se configura neste momento: ao mesmo tempo em que as mudanças no mundo do trabalho promovem a intensificação do trabalho, a fragilização dos vínculos e direitos trabalhistas com ampliação do desemprego estrutural, há um intenso ataque às políticas de proteção social. Diante do agravamento da precarização das condições de vida e trabalho das famílias, as políticas sociais recuam e promovem o desmonte dos direitos já alcançados.

⁸⁰ Montaño e Duriguetto (2011, p. 337), no livro Estado, Classe e Movimento Social, apresentam as características do movimento sindical (de classe), dos chamados novos movimentos sociais (NMS) e das organizações do denominado “terceiro setor” (ONGs).

É no bojo dessas transformações no mundo do trabalho e da proteção social que também se configuram mudanças na configuração e papéis familiares. O capitalismo promove mudanças que vão exigir novas respostas das famílias. Ao impor um Estado mínimo para o social, ao mesmo tempo em que não garante o acesso ao trabalho, passa a exigir novas formas de organização familiar.

Neste mesmo cenário, os movimentos de luta por direitos das mulheres são fortalecidos, marcados pelo movimento contracultura nos anos 1960, os movimentos de liberalização das mulheres e o questionamento do domínio político e na década de 1970, se consolida como movimento social (CISNE, 2014, p. 138).

Neste contexto, a família e a comunidade, diante das exigências da acumulação capitalista, devem assumir e assumem um papel central nas políticas sociais, como pode ser apreendido nos textos de referência dos cursos.

A imagem tradicional da mulher como mãe/esposa/dona-de-casa se altera, assim como, por consequência, a própria imagem do homem como “chefe de família-provedor do lar”. Contudo, isto não significa ou não implica a superação total dessas visões e dos valores e imagens a elas associadas. O que há, mais propriamente, é a diversificação tanto das estruturas familiares quanto das estratégias de sobrevivência, principalmente entre os economicamente menos favorecidos. Na lei e na realidade, a concepção tradicional de família, como grupo social submetido a uma autoridade masculina quase irrestrita, concorre com uma nova concepção, na qual a valorização da família não ocorre pelo reforço da autoridade paternal, e sim pela especialização da proteção pública a indivíduos ocupantes de determinada posição na estrutura familiar (CHAPADEIRO et al., 2011, p. 13; CORREIA, et al, 2011, p. 116).

Desde o pós-guerra de 1944, nos países capitalistas, a oferta de bens e serviços pelo Estado pareceu descartar a família, privilegiando o indivíduo-cidadão. A informação, o consumo e a urbanização fortaleceram o indivíduo portador de direitos. Apostava-se que a família seria prescindível, substituível por um Estado protetor. Nas últimas décadas, a família volta a ser pensada como corresponsável pelo desenvolvimento do cidadão. O boom econômico dos anos 1960 e 1970, a carência de mão-de-obra, a emergência do movimento feminista, a liberação sexual, juntamente com o desejo e a possibilidade de controlar o tamanho da família, levaram o foco para a mulher e a família. Os movimentos sociais que se seguiram eram compostos, em sua maioria, por mulheres. A família e o Estado são instituições que levam ao bom funcionamento das sociedades capitalistas. Os indivíduos precisam consumir serviços que o mercado não pode oferecer, alguns oferecidos pelo Estado e outros que a família oferece - afeto, socialização, apoio mútuo e proteção. (CHAPADEIRO et al., 2011, p. 33; CORREIA, et al., 2011, p. 100).

[...] Essas mudanças aconteceram em todos os grupos e classes sociais, embora o impacto em cada um seja diferente. Apesar das mudanças terem sido tão gerais, o conflito entre permanecer no modelo idealizado e tradicional de família – pai, mãe, filhos – e enfrentar o temor de não encontrar as próprias referências, tem dificultado a percepção e aceitação das novas configurações familiares (CHAPADEIRO et al., 2011, p. 23).

A família mais uma vez é redescoberta como espaço funcional aos interesses da organização econômica, o que fica nebuloso na forma como os textos colocam e debatem a questão. O que se assiste, nesse momento, é que não é abordado explicita e criticamente nos textos, é que em conjunto com o desmonte das políticas as responsabilidades em relação a proteção social são transferidas para as famílias e comunidades, que passam a ocupar a centralidade na elaboração de políticas focalizadas.

É nesse cenário de ajuste na perspectiva neoliberal que a política de saúde, em diferentes lugares do mundo, vai eleger a atenção primária em saúde como eixo para reformas, tensionada por propostas conservadoras e também progressistas das reformas sanitárias. Nesse processo de desmonte e focalização das políticas sociais, o desafio está em desvelar como tais contradições se concretizam no cotidiano dos serviços, especialmente na saúde, em que essa tendência conservadora toma proporções que incidem sobre as mais complexas dimensões da vida social.

Como referência para o debate sobre a APS, Starfield (2002) retoma a Carta para a Clínica Geral/ Medicina de Família e Comunidade na Europa, organizada pela OMS em 1994 e aponta características da APS. Destacamos a referência à família e à comunidade em que as ações são: **peçoal** com atenção centrada na pessoa e não na enfermidade; **orientadas para a família** em que os problemas são compreendidos no contexto da família e da rede social; e **orientadas para a comunidade**, considerando o contexto da vida na comunidade local, consciência de necessidades de saúde na comunidade, colaboração com outros setores para desencadear mudanças positivas de saúde (STARFIELD, 2002, p. 53).

Sobre a abordagem familiar destaca que “sempre foi pensado que a orientação para a família contribuísse para bons serviços de saúde [...] é importante na decisão a respeito de uma intervenção apropriada, porque as famílias podem definir em sua capacidade de realizar diferentes tratamentos e manejar estratégias”. Em sua análise sobre a abordagem familiar, a autora destaca que, já naquela época, haviam poucas evidências na literatura norte-americana que “pudessem ajudar a julgar a magnitude das contribuições especiais à atenção primária feitas por médicos de família”. Revelando sua perceptiva permeada por contradições, Starfield apresenta as “ferramentas” presentes hoje na área da saúde e também na da assistência social no país como: genograma, conferências com a família, ciclo de

vida, teoria dos sistemas, mapas de família, APGAR (Adaptação, Parceria, Crescimento, Afecção, Resolução), autoconsciência da dinâmica da família e aconselhamento familiar. Para a autora, estas ferramentas não são usadas com frequência pois “as demandas de tempo do trabalho podem interferir com a atenção sistemática para o atendimento orientado para a família” (STARFIELD, 2002, p.121).

O debate da APS articulado à experiência de Medicina de Família e Comunidade sinaliza este espaço como um importante recurso para diagnóstico e promoção do cuidado. A perspectiva de abordagem familiar a partir da experiência americana evidencia o caráter sistêmico e terapêutico que a abordagem familiar vai assumir e também influenciar as experiências de organização da APS, que como vimos, vai acontecer em pleno processo de queda dos sistemas de proteção social, momento no qual a família assume centralidade no processo de transferência de responsabilidades.

Ao retomar essa análise a partir das declarações de saúde, considerando o cenário em que estas propostas se realizam, surgem importantes considerações que apontam o lugar da família e da comunidade nesse processo.

É reconhecido o lugar central que a comunidade ocupa na proposta de cuidados primários da Declaração de Alma Ata (Brasil, 2002). No entanto, também fica claro que a perspectiva de comunidade que se apresenta está referenciada no desenvolvimento de comunidade, ao reforçar em vários trechos a saúde como “essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social” – o que evidencia a busca de manutenção da ordem social e não de ruptura -, na qual os cuidados primários de saúde “promovem a máxima confiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle”.

O enfoque comunitário, retomado pela Carta de Otawa, em 1986, promove a perspectiva da “capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação neste processo”, colocando a saúde como um “recurso para a vida, e não como objetivo de viver”. Em que pese a importância do reconhecimento do papel dos sujeitos na construção da saúde, há uma tendência de valorização da participação do indivíduo isolado nesse processo com a afirmação de que “as pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde”. Não há mediações sobre as condições em que essa participação se realiza. Ao apontar a ação política desse movimento, coloca como objetivo maior

“indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são mais fáceis de realizar” e, mais uma vez, não está presente o debate das condições e dos limites democráticos para a realização dessa participação.

A Carta traz, ainda, a indicação sobre a abordagem socioecológica da saúde e aponta que a “*promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis*” (grifos nossos), sem, no entanto, apontar como o indivíduo isoladamente pode mudar suas condições de trabalho nem como as mudanças nas condições de trabalho, em si, podem promover a saúde. Ou seja, a questão central é a mudança dos indivíduos e não a transformação de estruturas perversas, o que requer organização política coletiva.

Em um ponto voltado para o reforço da ação comunitária, a Carta de Ottawa (Brasil, 2002), revela com mais clareza sua perspectiva afirmando que o “desenvolvimento das comunidades” deve “intensificar a auto-ajuda e o apoio social, para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde”; “a saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros”. Observa-se aí, a noção de comunidade funcional pautada na solidariedade e no bem comum, comum no interior das políticas sociais. Ao abordar temas como cuidado, holismo e ecologia como “essenciais no desenvolvimento de estratégias para promoção de saúde”, evidencia, mais uma vez, a tendência voltada para o indivíduo, onde mesmo em comunidade, não está mobilizado coletivamente. Em meio a essas afirmações, a Carta faz referência à problemática da garantia da “igualdade de participação” entre homens e mulheres; uma “igualdade” que não atinge o modo de produção capitalista, como a busca pela igualdade não só de participação, mas de condições de vida entre todos, homens e mulheres.

A ampliação do debate segue nas demais Conferências de Promoção da Saúde. As recomendações da Conferência de Adelaide, em 1988 (Brasil, 2002), apontam novos aspectos desse movimento ao considerar que “as desigualdades em saúde têm as suas raízes nas injustiças sociais”, não na exploração do trabalho, é claro, sendo necessário “aumentar o acesso a bens e serviços” com prioridade a “grupos vulneráveis e desprotegidos” como povos indígenas, minorias étnicas e imigrantes. Na perspectiva de focalização das ações em determinados grupos, reforça a “responsabilização pública pela saúde”; destaca a “ação comunitária como fundamental para fomentar as políticas públicas saudáveis”; aponta as mudanças

tecnológicas e a “influência de interesses econômicos e corporativos, por organizações não governamentais e comunitárias”. É nítida a incorporação de um discurso que leva em conta as contradições em torno da saúde, até mesmo ao apresentar demandas particularizadas, como destaque ao apoio à saúde das mulheres como “as principais promotoras de saúde em todo o mundo”. Ainda nesse tom, como desafios futuros, a Conferência aponta a habitação e o impacto das condições de trabalho sobre a saúde e a equidade, da paz, dos direitos humanos e da justiça social bem como da ecologia e do desenvolvimento sustentado.

No mesmo ano de 1988, é organizada a Rede de Mega Países (Brasil, 2002), que considerando o período de globalização “no qual muitos problemas transcendem limites nacionais” estabelece metas na promoção de estilos de vida saudáveis, curso de vida saudável, preservação do meio ambiente, preservação de assentamentos.

A Declaração de Sundsvall, de 1991 (Brasil, 2002), debate a criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde e se dirige diretamente a políticos e responsáveis por tomada de decisões. Destaca a questão da desigualdade e afirma que “isso é inaceitável”, sendo necessárias “ações urgentes para se atingir uma maior justiça social em saúde”. “A pobreza frustra o desejo e os sonhos das pessoas de construir um futuro melhor, enquanto seu acesso limitado às *estruturas políticas* solapa as bases da autodeterminação”. Aponta a falta de acesso à educação, a exploração sexual de mulheres em várias áreas. No entanto o enfrentamento desses problemas “repousam na ação social para a saúde e na mobilização de recursos e criatividade de indivíduos e comunidades”, reforçando mais uma vez uma saída pela perspectiva individual/local. A Declaração destaca, ainda, que a dimensão política “requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão”, com compromisso com os direitos humanos. Em um tom político, afirma que “o mundo industrializado precisa pagar o débito humano e ambiental que acumulou através da exploração do mundo em desenvolvimento”. Reforça a ação social com o “amplo envolvimento e controle da comunidade”, em especial, os grupos organizados de mulheres, e a necessidade de “capacitar comunidades e indivíduos a ganharem maior controle sobre sua saúde e ambiente, através de educação e maior participação nos processos de tomada de decisão”, sendo esta a “força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento”. Em meio a saídas paliativas e individuais, a Declaração, contraditoriamente, denuncia

diversas desigualdades, valoriza a organização coletiva e o papel potencial da educação.

A Declaração de Santafé/Bogotá, em 1992 (Brasil, 2002), apresentou um discurso vinculado as particularidades da América Latina, ao apontar iniquidades “causadas pelo prolongamento da crise econômica e a deterioração das condições de vida da maioria da população”. Aponta que o desafio para a promoção da saúde consiste em “transformar essas relações, conciliando interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar a solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento”. Destaca a necessidade de alternativas de abordagem dos efeitos colaterais causados pelas enfermidades da urbanização e da industrialização e as situações de violência como causadoras de problemas psicossociais. Sobre as ações coletivas, destaca “o exercício da democracia e a participação da cidadania na tomada de decisões” e como estratégia propõem “mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade”. Encontra-se aí uma perspectiva de mobilização coletiva, como “um processo que tende a modificar as relações sociais de modo que sejam inaceitáveis a marginalidade, a iniquidade, a degradação ambiental e o mal-estar que estas produzem”. Nessa direção, a promoção da saúde é tida como uma estratégia para modificar os fatores condicionantes (fatores políticos, econômicos, sociais, culturais ambientais e biológicos). A promoção da saúde deve ser assumida como estratégia “colocando os propósitos sociais à frente dos interesses econômicos”. Por fim, é um documento que ao abordar o desenvolvimento, destaca que o “desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos e sociedades é a essência da estratégia de promoção da saúde no continente”.

Já a Declaração do México, de 2000 (Brasil, 2002), se coloca “rumo a maior equidade” e apresenta a elevação dos níveis de saúde como “necessário ao desenvolvimento social e econômico e para a equidade”. Defende que as ações de saúde são “um dever e responsabilidade central dos governos”, partilhadas com a sociedade. Registra o enfrentamento de doenças novas e reemergentes. Constata a “necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde, em todos os setores e níveis da sociedade”. Em um texto

curto, de caráter técnico, coloca como ações a influência na planificação de políticas públicas, pesquisas e articulação institucional em torno da promoção da saúde.

A movimentação do debate ao longo das décadas que se seguiram⁸¹, retrata um discurso afinado com cada momento histórico. O conceito de saúde funcional à política de bem-estar, o discurso integrativo da comunidade, a individualização da promoção da saúde e a incorporação das contradições sociais aos debates, tensionados pelas possibilidades de mediações críticas, bem como a formulação de propostas que se apresentam como alternativas e retomam a perspectiva individualizada do processo social na saúde.

Retomando o questionamento sobre a direção social assumida pela proposta de saúde ampliada, é possível reconhecer que esta toma diferentes e contraditórios caminhos. Tendo como referência a perspectiva do tratamento da questão social – em um contexto de disputa hegemônica - o que se pode afirmar é que a saúde ampliada é uma proposta que comporta diferentes perspectivas, que pode se direcionar a diferentes projetos, em que a dimensão social da saúde é apreendida de diferentes formas.

Nessa direção, a família e a comunidade assumem centralidade na construção das políticas sociais, em especial, a política de saúde. A análise das referências internacionais que dão a direção as propostas de política de saúde evidenciam:

- A tendência de reprodução dos discursos das agências internacionais, que colocam as estratégias de enfoque familiar e comunitário como espaço de integração para o desenvolvimento, considerando que as demandas sociais devem ser controladas;

- As possibilidades de reconhecimento da realidade dos sujeitos e sua influência nas condições de saúde, com articulação coletiva para o enfrentamento das necessidades sociais, com construção de propostas de intervenção que busquem a autonomia dos sujeitos;

- A construção de perspectivas que privilegiam o enfoque individual, com esvaziamento político das demandas coletivas que se estabelece como proposta “mediadora”, centrada na subjetivação, no autocuidado e na responsabilização individual desse processo.

⁸¹ O debate sobre a APS nos anos 2000 será realizado no próximo item.

Diante dessas referencias, o movimento de disputa hegemônica entre os modelos de saúde vai se estabelecer em diferentes configurações de acordo com a correlação de forças na disputa entre projetos societários, em cada país. A base na qual a proteção social vai se estruturar indica também o lugar que vai ocupar a política de saúde e também o papel e perspectiva que a Atenção Primária em Saúde vai assumir nos sistemas de saúde.

2.5 A disputa hegemônica nos sistemas de saúde

Sabemos que o ponto de partida para o questionamento do modelo médico hegemônico foi a experiência de alguns países na organização dos serviços sócio assistenciais e que, a partir das Conferências internacionais na área da saúde, estas experiências foram sistematizadas e passaram a influenciar diretamente os sistemas de saúde, por meio de suas resoluções/recomendações, em um cenário de ajuste sócio econômico ao modelo neoliberal. Assim, as propostas de organização dos serviços pela saúde ampliada vão assumir um caráter estratégico na relação entre projetos societários, seja por grupos críticos com vinculação da saúde a propostas democráticas, como também pelas políticas de ajuste neoliberal.

Algumas experiências no mundo, no entanto, vão referenciar a constituição da Saúde da Família no Brasil, seja no caráter estrutural de organização dos serviços ou na concepção e processo de trabalho. Portanto, é necessário reconhecer as múltiplas funcionalidades que a defesa da saúde ampliada por meio da APS vai assumir na organização dos sistemas de saúde no contexto das reformas que se estabeleceram em diversos países.

Como já apontamos, as políticas sociais, em especial no período de bem-estar social, vão se organizar tendo como referência o modelo bismarkiano voltado para os seguros sociais, e o modelo beverigiano de seguridade social. A partir dos sistemas de proteção social, as políticas de saúde assumem características em três modelos:

O modelo liberal ou de mercado – no qual a resolução das necessidades da população é vista como passando basicamente pelo mercado, onde são comprados os serviços de acordo com os recursos e interesses individuais.[...] O modelo Estatizado – próprio dos países socialistas, nos quais as demandas sociais são atendidas a partir de um planejamento e serviços estatais. [...] O modelo do Welfare State – comporta diferente mix público/privado, na prestação de serviços, ficando resguardada a responsabilidade estatal na garantia dos direitos sociais de forma universal,

e um sistema de financiamento de base fiscal (TEIXEIRA, 1990, p. 6-7, apud BRAVO, 2013, p. 87).

Assim, a organização dos sistemas de saúde a partir da APS vai se realizar a partir dos modelos de proteção a que estes sistemas estão vinculados, assumindo o caráter privado, previdenciário, público e universal. No entanto, o debate sobre a APS e a Promoção da Saúde também é permeado por diferentes perspectivas, como está destacado por Verdi, Da Ros, Souza (2012, p. 28), num dos textos de referência dos cursos analisados:

Vale ressaltar que há outras formas de pensar APS. Existe, por exemplo, a APS Seletiva, que se caracteriza basicamente por programas de impacto a comunidades específicas. Um exemplo poderia ser o Programa de Terapia de Reidratação Oral em região com alta mortalidade por doença diarreica. Também seria considerado APS Seletiva um programa de saúde indígena. Outra forma de ver a APS é apenas como um nível de atenção, baseado em prevalência, centrada no atendimento clínico, ou seja, centrada nas doenças mais comuns, no indivíduo e na figura do médico (APS Clássica). A construção política que se pretende claramente não se afina com nenhum dos dois modelos anteriores, mas com o primeiro. Estamos neste momento assumindo integralmente os princípios da APS Ampliada, ou seja, orientada à comunidade. Esse posicionamento, apesar de ser político, tem uma base epistemológica, está profundamente relacionado com uma visão de mundo e, conseqüentemente, com uma concepção saúde-doença (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 63-64).

O enfoque comunitário é considerado então o eixo que estabelece a conexão com as demandas sociais de saúde, como destacam os autores. Com isso, evidencia-se que o debate sobre a APS não é isento de contradições e que nem sempre as formas de organização da APS são ampliadas, tanto que em seu conteúdo, os autores definem “a Estratégia Saúde da Família como Atenção Primária da Saúde Ampliada”.

Os autores Verdi, Da Ros, Souza (2012) também apontam diferentes perspectivas em relação ao debate sobre a promoção da saúde, as quais, para além da “importância do social” nelas presente, divergem “no entendimento do significado desse social em relação ao lócus de priorização das ações em saúde e na perspectiva com que se trabalha o tema sujeito”. Destacam a perspectiva centrada no comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida e o enfoque mais amplo de desenvolvimento de políticas e condições favoráveis à saúde. A partir da influência do debate sobre a promoção da saúde, podemos reconhecer os enfoques individuais e comunitários desse debate nos conteúdos dos cursos, como apreendido em Verdi, Da Ros, Souza (2012, p. 26).

Deve-se entender saúde através da politização das práticas sanitárias, tendo como objetivo a produção de bens e serviços, a produção de sujeitos (usuários e trabalhadores) e a democratização institucional. Nessa perspectiva, a promoção da saúde deve incluir o fortalecimento da democracia e a intervenção sobre o ambiente. A promoção da saúde é objeto de diferentes instâncias de decisões e, destacadamente, do aparelho estatal, que deve organizar um conjunto de políticas públicas de natureza estrutural (econômicas e infraestruturais) e sociais (saúde, educação, habitação etc.) (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 26).

O reconhecimento das contradições no debate sobre a APS e a Promoção da Saúde não é comum no conteúdo dos cursos. Percebe-se que há uma intenção clara de defesa da Saúde da Família por meio da afirmação do debate internacional sobre o tema, referendada, sobretudo, nos documentos das Conferências citadas anteriormente. No entanto, a falta de apreensão do debate no contexto onde ele se dá, não facilita, quando não impede, o aluno do curso reconhecer as contradições desse processo no nível mundial e local, sendo ainda mais restrita essa abordagem no que se refere à realidade brasileira. Ou seja, as resoluções/indicações presentes nos documentos finais das Conferências são tomadas como referência acriticamente, sem referência às suas raízes e ao momento histórico em que se realizam, da mesma forma que as experiências de outros países são importadas e/ou utilizadas como exemplo, sem as mediações necessárias perante as particularidades da realidade brasileira.

No entanto, o debate sobre as APS e suas diferentes perspectivas é posto como foco das discussões que se seguem nas organizações de saúde. Em sua análise, Giovanella e Mendonça (2012, p. 494) destaca as perspectivas da APS como: **seletiva**, com “programas seletivos e cesta restrita de intervenções ‘custo efetivas’, limitadas à atenção materno infantil e doenças infecto contagiosas em populações de pobreza extrema, característicos das intervenções adotadas por agências internacionais”; **primeiro nível x estratégia**, com “serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns, e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, incluindo amplo espectro de serviços clínicos e por vezes ações de saúde pública presente nos sistemas universais de proteção social em saúde”; **abrangente ou integral**, que apresenta-se como “estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde”, com referência a concepção de Alma Ata com a defesa do acesso e cobertura universais, ação e coordenação intersetorial para a promoção da saúde participação

da comunidade; e **APS como filosofia**, que enfatiza processos emancipatórios na luta pelo direito à saúde, como estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde”.

Mesmo considerando a concepção expressa em Alma Ata como abrangente, as autoras destaca que após sua publicação, o que imperou nos países em desenvolvimento foi a implementação de uma APS seletiva. Contudo, a discussão da saúde se ampliou e os movimentos sociais em âmbito internacional passaram a enfatizar a compreensão da saúde como direito humano, colocando a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde e estabelecer políticas de desenvolvimento inclusivas, apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, para reduzir desigualdades e alcançar equidade em saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

O debate internacional sobre o tema seguiu na busca pela Renovação da Atenção Primária à Saúde e, aqui, vale uma aproximação com os documentos que sintetizam o debate, para reconhecer suas perspectivas. A Carta dos Povos pela Saúde, fruto da Assembleia dos Povos sobre a saúde, realizada em Bangladesh em 2000 (ao em que não se cumpriu o lema Saúde para Todos), afirma que a “saúde é uma questão social, econômica, política e, acima de tudo, um direito humano fundamental”. Denuncia que “desigualdades, pobreza, exploração, violência e injustiça encontram-se entre as causas das doenças e morte dos pobres e marginalizados” e proporcionar condições de saúde para todos “implica desafiar interesses poderosos, resistir à globalização e mudar drasticamente as prioridades políticas e econômicas”. Faz um chamamento à saúde como Direito Humano, aponta como desafios sociais, políticos e ambientais, as guerras, a violência e conflitos. O texto reafirma os princípios de Atenção Primária em seu caráter universal e abrangente, com referência à Declaração de Alma Ata como base para a formulação de políticas relativas à saúde: “Agora, mais do que nunca, é preciso uma abordagem justa, participativa e intersetorial com relação à saúde e à assistência médica”. A carta, escrita a partir da mobilização de movimentos sociais de todo o mundo, expressa em tom de denuncia as desigualdades no campo da saúde e defende o caráter abrangente da atenção primária como estratégia.

Uma movimentação também acontece no campo dos Organismos Internacionais e, em 2005, é lançado o documento de posicionamento da OPAS/OMS sobre a Renovação da Atenção Primária nas Américas afirmando que

“a saúde foi considerada apenas como uma contribuição ao crescimento econômico, mas agora o entendimento predominante é multidimensional e tem base na ideia de desenvolvimento humano”; “uma nova abordagem reconhece que a saúde é uma capacidade humana básica, um pré-requisito para os indivíduos alcançarem a auto-realização, um elemento da construção das sociedades democráticas e um direito humano”. Destaca como valor o direito ao mais alto nível de saúde, a equidade, a solidariedade e toma como princípios a capacidade de responder as necessidades de saúde das pessoas, os serviços orientados à qualidade, a responsabilização dos governos, a justiça e a participação social, a sustentabilidade e a intersetorialidade, e traz como elementos a cobertura e o acesso universais, o primeiro contato, a atenção integral, integrada e contínua, a ênfase na promoção e prevenção.

Sobre a orientação familiar e comunitária, o posicionamento da OPAS/OMS destaca que “significa que este sistema não considera apenas a perspectiva clínica ou individual do cuidado [...] A família e a comunidade são vistas como sendo o foco principal para o planejamento e intervenção”. Afirma ainda que a orientação no sentido da promoção da saúde e da atenção abrangente e integrada deve basear-se em sistemas eficazes de atenção primária, dirigidos para a família e a comunidade, que incorporem a abordagem do ciclo de vida, sensíveis ao gênero e às culturas, que trabalhem para o estabelecimento de redes de atenção à saúde e coordenação social que assegurem a continuidade adequada do atendimento (OPAS/OMS, 2005, p. 26). Há nesse documento, uma clara referência à abordagem familiar e comunitária, ao orientar o foco do planejamento e intervenção e incorporar o ciclo de vida.

O Relatório Mundial de Saúde da OMS, de 2008, “Atenção Primária à saúde: Agora Mais do que Nunca”, representando a data comemorativa de 30 anos de Alma Ata, apresenta um interessante quadro abordando como mudou o rumo do movimento da APS, com as primeiras tentativas de implementação e as preocupações atuais das reformas da APS. O quadro aborda as reformas propostas: **reformas de cobertura universal** “que garantam que os sistemas de saúde contribuam para a equidade em saúde, justiça social e para o fim da exclusão, primordialmente através do progresso do acesso universal e da proteção social da saúde”; **reformas da prestação de serviço** “que reorganizem os serviços de saúde como preconizado pela atenção primária, isto é, em torno das necessidades e expectativas das pessoas, de forma a torná-las socialmente mais relevantes e que

respondam melhor ao mundo em mudança, enquanto produzem melhores resultados”; **reformas de política pública** “que garantam comunidades mais saudáveis, integrando ações de saúde pública na atenção primária em saúde e almejando políticas públicas saudáveis nos vários setores; **reformas da liderança** “que substituam o comando e controle autoritário e o laissez-faire descomprometido do Estado, por uma liderança com base na negociação, participativa e inclusiva exigida pela complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos”. O Relatório destaca ainda a centralização do cuidado nas pessoas “harmonizando a mente e o corpo, as pessoas e os sistemas”, apontando que “os países em desenvolvimento têm, muitas vezes, colocado menos ênfase em tornar os serviços mais centrados nas pessoas, como se isso fosse menos relevante em circunstâncias de recursos limitados”.

Nesse documento, chama a atenção o debate sobre a cobertura e o acesso universal à saúde, que são tratados em destaque. Para a OMS, “o passo mais fundamental que um país pode dar para fomentar a equidade em saúde é promover a cobertura universal: acesso universal a todo um leque de serviços de saúde necessários, pessoais ou não pessoais, com proteção social da saúde; [...], quer os sistemas para garantir a cobertura universal estejam assentados em impostos quer em seguros sociais de saúde”, têm princípios comuns “juntar em um fundo comum contribuições pré-pagas, determinadas com base na capacidade de pagamento de cada um, e utilizar esses fundos para garantir a disponibilidade e acessibilidade de serviços que produzem cuidados de qualidade para aqueles que precisam deles”. Este debate, apresentado em 2005, posto em evidência em 2008, tomou novas proporções no relatório de 2010 com o tema “Financiamento dos Sistemas de Saúde: O Caminho para a Cobertura Universal”, que abriu caminho para os defensores do mercado na prestação de serviços, o que levou o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) a se manifestar em nota pública e questionar “a consistência e a coerência da adoção da “Estratégia para Cobertura Universal de Saúde” e apoiar o “Sistema Universal de Saúde Brasileiro (SUS) como estratégia consequente para garantir o direito universal à saúde com potência real para a superação das iniquidades e desigualdades”. Ao considerar a cobertura e o acesso para além do serviço público e gratuito e a constituição de um fundo para seu financiamento, propicia-se as condições necessárias para a mercantilização das necessidades sociais, em especial na área da saúde.

As discussões seguem na “Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde”, realizada no Rio de Janeiro em 2011, abordando os temas “todos pela equidade” e “saúde para todos”. A Declaração apresenta um debate sobre determinantes sociais⁸² da saúde como “as experiências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças”. Evidencia-se, assim, o deslocamento da dimensão social da saúde para uma abordagem a partir de como as pessoas vivenciam as expressões da questão social, e não como suas determinações atingem a vida e a saúde, tampouco a origem de suas contradições. O conteúdo da carta foi levado a discussão da 65ª Assembleia da OMS, em 2012.

A ampliação do debate da APS reflete o processo de aprofundamento das reformas de ajuste neoliberal, bem como incorporam, como estratégia, as possibilidades de mercantilização da saúde como alternativa para o financiamento em um contexto de crise. Ao mesmo tempo em que os movimentos sociais denunciam as condições de saúde dos povos, também são evidenciados os temas como desenvolvimento humano, um novo significado para a universalidade, os determinantes sociais da saúde, a integralidade e estratégias como a abordagem familiar e comunitária, o ciclo de vida.

Portanto, todo esse movimento deve ser compreendido no contexto dos sistemas de saúde, que nos processos de reforma (de ajuste neoliberal) vão designar o papel da APS. Na análise sobre os sistemas de saúde, é comum a referência a estudos realizados muitas vezes em uma perspectiva comparada⁸³, que nos apresentam algumas características gerais sobre alguns países.

No debate sobre a APS, é comum a referência aos países europeus, mas, no entanto, é preciso destacar suas particularidades. Conforme nos aponta Gionvanella e Mendonça (2012, P. 494), nesses países, “os cuidados primários correspondem aos serviços ambulatoriais não especializados de primeiro contato, como porta de entrada do sistema de saúde, incluindo diferentes profissionais e um leque

⁸² O debate sobre determinação social e determinantes sociais da saúde será abordado no próximo capítulo considerando as particularidades que essa análise assume no Brasil.

⁸³ Observamos que a análise comparada tem sido um recurso comum nas análises sobre políticas sociais, em especial as políticas de saúde, com enfoque na APS. Segundo Giovanella e Lobato (2012), a análise comparada é uma área importante dos estudos de sistemas de saúde, que tem tornado possível o conhecimento das similaridades e diferenças entre os sistemas de diversos países. No entanto, mesmo considerando os limites da abordagem desses estudos, seus dados nos fornecem alguns pontos de partida para o debate sobre o tema proposto.

abrangente de ações preventivas e de serviços clínicos”. Destacam-se pela garantia do acesso universal aos serviços de saúde, seja mediante seguro social de contratação compulsória, financiados pelas contribuições de trabalhadores assalariados, ou via serviços nacionais de saúde ordenados por autoridades estatais e financiados com recursos fiscais, com acesso universal.

No contexto neoliberal, com propósitos de contenção de gastos em saúde, Giovanella (2006, p. 906) destaca que reformas organizacionais dos serviços de atenção primária foram implantadas em diversos países da União Europeia durante a década de 1990, com objetivo de promover a coordenação dos serviços prestados entre os diversos níveis de atenção, resultando em novos arranjos organizacionais. Para a autora, no processo de reformas, “os serviços de atenção primária ampliaram suas diferentes funções clínicas, de coordenação da atenção e financeiras, estando em curso mudanças organizacionais na atenção primária com redefinição das funções do clínico geral como condutor dos cuidados ao paciente”.

No entanto, é preciso destacar que as reformas no continente europeu voltaram-se para a disciplina orçamentária, estabilidade monetária, ajuste fiscal e abandono do pleno emprego. Segundo Behring e Boschetti (2007, p. 127), “as medidas implementadas, contudo, tiveram efeitos destrutivos para as condições de vida da classe trabalhadora, pois provocaram aumento do desemprego, destruição dos postos de trabalho não-qualificados, redução dos salários devido ao aumento da oferta de mão de obra e redução de gastos com as políticas sociais”.⁸⁴

Na América Latina, a APS exerceu um papel estratégico na implementação das políticas focalizadas recomendadas por organismos financeiros internacionais. No entanto, o processo de organização política com a constituição de governos de esquerda sinaliza mudanças como aponta Pereira et al. (2012, p. 412). Para os autores, “o novo contexto político nos países analisados deslocou o foco das políticas para a universalização e para modelos assistenciais fundados em uma APS integral com avanços na última década”. Neste contexto, “foi possível observar mudanças constitucionais com afirmação do direito à saúde, inovações importantes voltadas para implementação de uma APS abrangente e implementação in-

⁸⁴ As autoras também destacam a Inglaterra como país que incrementou os princípios neoliberais de forma mais pura (Anderson, 1995, p. 12-15), com contração monetária, elevação da taxa de juros, redução de impostos sobre altos rendimentos, criação de níveis de desemprego maciço, enfraquecimento das greves, aprovação de legislações antisíndicas, corte nos gastos sociais e privatização. Destacam também as reformas do governo norte-americano, com uma política de “keynesianismo militar disfarçado” (BEHRING E BOSCHETTI, 2007, P. 126).

cremental”, no entanto, “apesar das mudanças em direção à universalização, problemas como a segmentação com fragmentação dos serviços permanecem presentes”.

Em que pese as contradições existentes nesse processo, as análises apontam como as tendências de debate foram se realizando nos sistemas de saúde, tanto favorecendo a reorganização de serviços para contenção de gastos, mas também incorporando necessidades e debates que retratam movimentos de lutas e resistências no campo da saúde nos países da América Latina. Esta é uma constatação importante, pois situa o debate para além de uma visão “ingênua”, na qual a defesa da APS acontece sem mediações e sem considerar suas contradições e o movimento de disputa presente em seu interior.

Assim, em seu movimento contraditório, a APS vai se configurar como espaço propício à implantação de políticas neoliberais, com redução de gastos e focalização do atendimento, mas também vai ser um espaço de construção de resistências vinculadas a reivindicações democráticas no campo da saúde. Contudo, no interior desse processo, percebe-se também a formulação de debates que tentam colocar a APS para além dessa polarização, incorporando temas voltados para o cuidado e a gestão, vislumbrando a possibilidade de uma organização da disputa hegemônica de modelos de saúde para além do espaço de disputa entre projetos societários.

Com o debate posto, temos os elementos para compreender o contexto em que a APS se desenvolve nos diferentes países, o que se apresenta como um importante elemento para compreender a referência ao modelo de países que vão influenciar a formatação da Saúde da Família no Brasil.

No debate sobre os sistemas de saúde, é comum a referência ao sistema de saúde britânico, o National Health Service (NHS), tido como uma referência na construção de propostas públicas e universais, mas que também foi alvo de reforma liberal nos anos 1990. Segundo Tanaka e Oliveira (2007), o NHS surgiu na Grã-Bretanha, em 1948, com cobertura universal baseado no princípio de equidade e integralidade (com algumas exceções como tratamento dental, oftalmológico e dispensação de medicamentos). Esse sistema originou-se centrado na figura do General Practitioner (GP), médicos de atenção primária que recebiam por captação, isto é, conforme o número de pacientes que compunham sua lista de pacientes. Os GP proviam serviços ambulatoriais e agiam como porta de entrada (gatekeepers) para assistência hospitalar não-emergencial. Os pacientes podiam estar ligados a

apenas um GP. A maioria dos leitos estava em hospitais públicos, não havendo competição entre os hospitais. A atenção primária responde, no Reino Unido, por 90% da atenção em saúde, e 99% da população está cadastrada na lista dos GPs. Com a reestruturação do NHS, através do NHS Plan, em 2005, aproximadamente 81% do total dos recursos do NHS passou a ser controlado pelos Grupos de Atenção Primária, “de forma a propiciar condições e responsabilidades claras na porta de entrada do sistema de saúde e, assim, garantir a manutenção do modelo de atenção” (TANAKA E OLIVEIRA, 2007, p. 07-17).

Os autores apontam que as transformações ocorridas no NHS foram frutos de dois processos de reforma que ocorreram ao longo dos anos 1980 e 1990, sendo a primeira de caráter mais liberalizante do que a segunda. Embora essas reformas tenham gerado profundas mudanças no NHS, “não conseguiram obter o alcance desejado em termos de introdução do mercado privado mantendo as características centrais do sistema, ou seja, a universalidade e o caráter público”. Destacam que “a origem foi de certa forma determinante para a atual constituição do NHS e a importância e o papel político do NHS no Reino Unido ficam assim evidenciados” (TANAKA E OLIVEIRA, 2007, p. 07-17).

A análise das reformas da estrutura organizacional do sistema de saúde inglês aponta que a universalidade foi garantida pela oferta da atenção básica, bem como o caráter público do sistema. Além disso, “o sistema conta com mecanismos de financiamento e de organização que permitem o provimento da atenção à saúde de forma universal e baseado, quase que exclusivamente, no financiamento público”. Pontuam que, na Inglaterra, “os médicos de família atendem a todas as idades, em um sistema de captação no qual o médico ganha pelo número de pacientes atendidos, o que leva a diferentes médicos atendendo a diferentes membros da família”, sendo os primeiros a atender ao paciente e encaminhá-lo para os serviços especializados (TANAKA E OLIVEIRA, 2007, p. 07-17).

Em que pese as investidas das reformas na busca por articular o sistema ao mercado, a resistência desse modelo enquanto um sistema de saúde universal em um país desenvolvida continua sendo referência na defesa da universalidade no SUS.

Uma outra referência muito presente no debate sobre a Saúde da Família vem do modelo canadense, que tem um sistema de assistência médica predominantemente financiado pelo setor público, mas dispensado pelo setor

privado. O sistema, conhecido pelos canadenses como o Medicare (não confundir com o americano), fornece acesso a uma cobertura universal e abrangente de serviços médico-hospitalares internos e externos clinicamente necessário e está designado como um conjunto de seguro-saúde nacional, dado que todos os seguros médico-hospitalares provinciais e territoriais estão coligados pela adesão aos princípios nacionais estabelecidos em nível federal. A gestão e prestação dos serviços de saúde cabem individualmente a cada província ou território (ANDRADE e ANDRADE, 2010, p.64).

O modelo canadense tem seu início na primeira Faculdade de Medicina Família fundada em 1954 e hoje mantém a atuação médica voltada para a atenção primária, que, como contato inicial entre os pacientes e o sistema de saúde, controla os encaminhamentos aos especialistas e as internações hospitalares, decidindo sobre a necessidade de exames diagnósticos e processo terapêutico. A relação com a comunidade em que está lotado é a fonte de informações sobre a saúde dos pacientes. A intervenção é voltada para medicina de evidências. Os vínculos entre o médico e a família são valorizados através da escuta. (ANDRADE e ANDRADE, 2010, p. 65).

É do modelo canadense que surge o debate sobre promoção da saúde e outras influencias na Saúde da Família, como veiculado por textos dos cursos.

Os modelos de promoção da saúde oriundos do Canadá, [...] têm em comum a afirmação do social, já que apresentam a determinação do processo saúde–doença, a busca de superação do modelo biomédico e o compromisso de saúde como direito de cidadania. Isso inclui diversos conceitos novos que estão no coração da Estratégia Saúde da Família, mas que não fizeram parte dos nossos currículos tradicionais, tais como tecnologia-leve, coprodução de sujeitos e, mesmo, cidadania. Os “óculos” colocados pela biomedicina impedem que os profissionais de saúde vejam todo esse universo de promover saúde (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 21).

Sobre a análise das reformas realizadas em Québec, Conill (2008, p. 58) mostra “que a manutenção de direitos em saúde foi garantida durante uma conjuntura de controle de gastos por meio da redução seletiva da oferta com diminuição da atenção hospitalar em favor da reorganização de novos modos de prática”. Mas destaca que a atenção primária voltou à cena com uma “nova roupagem”: menos intersetorial e participativa, uma estratégia para racionalizar a oferta, diminuir custos, facilitar o acesso e a coordenação dos cuidados”.

As primeiras formulações do debate sobre a APS também se reportam à experiência de medicina familiar nos Estados Unidos da América nos anos 60, que também pode ser considerada uma resposta à preocupação com o crescente gasto hospitalar, como já apontamos anteriormente. O setor de saúde americano é predominantemente privado, com presença predominante de empresas de seguro de saúde que constituem os maiores compradores de serviços de saúde. Em 1960, foram criados dois programas públicos de saúde: o Medicaid, voltado para os grupos mais pobres da sociedade, e o Medicare, um programa de saúde público para americanos com mais de 60 anos de idade. Assim, somente os cidadãos mais pobres e idosos têm acesso ao serviço de saúde público, todos os demais dependem do setor privado. Como a cobertura é limitada, muitos acabam recorrendo aos seguros de saúde. O setor privado de saúde se organizou através de empresas de seguro ou planos de saúde, com base na prestação de serviços por procedimentos realizados, o que levou a criação do Managed Care, com objetivo de controlar os gastos dos serviços de saúde. A criação de um sistema de saúde universal e gratuito tem sido um tema politicamente importante, abordado em campanhas eleitorais, mas com propostas que têm fracassado devido ao lobby de empresas médicas. As reformas propostas por Obama, após muitas controvérsias, preveem o subsídio público aos seguros de saúde, ampliando a cobertura. No entanto, ainda existe um grande número de pessoas sem acesso a cobertura de saúde, pois não se encaixam nos padrões estabelecidos pelas coberturas, sendo muito comum as ações de redução de acesso a procedimentos. Conforme Rodrigues e Santos (2009, p. 39) “o exemplo norte americano torna claro que as forças do mercado deixadas por si só são incapazes de assegurar a cobertura universal dos serviços de saúde”.

Assim, mesmo no contexto das reformas, não se pode falar de uma reformulação ampla ou implantação do modelo de médico de família nos EUA uma vez que estas medidas, apresentadas como preventivas, via de regra são usadas no sentido de analisar o acesso ao sistema visando diminuir o uso de assistência médica mais cara. Na contramão da defesa do sistema de saúde público e universal, o sistema americano tem sido referência para a lógica de abertura para o mercado via seguro de saúde.

Num contraponto, não se pode negar a grande referência que se faz ao modelo cubano na construção da Saúde da Família. O Sistema Nacional de Saúde

(SNS) de Cuba tem seu marco no ano de 1959, a partir da Revolução, quando o governo cubano “elegeu como prioridade de Estado a organização de um sistema de cuidados de saúde universal, que tornasse os serviços acessíveis ao maior número de pessoas e que instituísse um programa de medicina preventiva”. Com a criação do SNS, em 1960, o governo investiu significativamente na formação de recursos humanos e na criação de um modelo de atenção integral que também se vinculou à campanha de alfabetização e, na década de 1970, os Policlínicos Comunitários passaram a substituir as casas de socorro. Em 1976, com a criação da Constituição da República de Cuba, o SNS ganhou legitimidade ao definir que “o Estado garantirá à população o direito aos serviços de saúde pública em todos os níveis de atenção, com desenvolvimento de ações de divulgação sanitária e educação para a saúde”. O SNS cubano tornou-se a única forma de oferta de serviços de saúde no país, orientado pelos princípios de universalidade, acessibilidade, gratuidade, regionalização e integralidade, além de ser um sistema estatal e público ao alcance de todos os cidadãos.

O SNS cubano organiza-se em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. A proposta ordenadora da APS é o Programa Médico e Enfermeira de Família (PMEF, composto por um médico e uma enfermeira, sendo responsáveis por até 1500 pessoas) e caracteriza-se por ser a principal porta de entrada do SNS, com ampla cobertura e baixa complexidade, sendo organizado por área e articulado a rede de Policlínicos, pelos Grupos Básicos de Trabalho (GBT) e por uma rede de serviços que visa o atendimento integral do indivíduo e de sua família e a implementação de todos os demais programas prioritários do sistema. Tem como característica singular a participação popular na sua gestão e administração dos recursos e serviços de acordo com as necessidades sociais de saúde da população, onde a administração de todas as estruturas de saúde é realizada pelos próprios profissionais de saúde em conjunto com os usuários do sistema.

A experiência Cubana é uma referência especialmente por ser um símbolo da organização socialista e ter inspirado o caráter emancipatório da APS. No Brasil, destaca-se a experiência do município de Niterói que por meio de uma assessoria constitui um modelo muito semelhante ao modelo cubano. Mesmo com as mudanças estruturais de implantação da ESF, mantém a particularidade de contratação de profissionais via Associação de Moradores, onde a “participação popular se operacionaliza pelo controle social da gestão e se dá nas reuniões de

setor, na participação das associações de moradores na gestão do programa através do contrato de co-gestão e nas reuniões comunitárias com enfoque na educação em saúde, considerando relevantes os saberes da própria comunidade no processo de gestão do PMF” (HUBNER, FRANCO, 2007, p. 173-191). A experiência de Niterói vem resistindo na busca pela manutenção de sua identidade e dos aspectos de funcionamento e organização do processo de trabalho, mas encontra dificuldades de articulação com a rede assistencial, a contratação de pessoal e, até mesmo, com a participação da comunidade.

A aproximação com as características que a APS assume no conjunto do sistema de saúde nesses países, nos permite ponderar a medida na qual as experiências apontadas como exitosas nos influenciam a partir das particularidades da construção sócio histórica da política de saúde no Brasil que nos apontam o lugar que a família e a comunidade vai ocupar na constituição da Saúde da Família hoje.

Toda reflexão apresentada até o momento nos ajuda a construir as mediações para compreender o papel estratégico da política de saúde na disputa hegemônica entre diferentes modelos e diferentes projetos societários e o papel estratégico da abordagem familiar e comunitária.

Considerando as premissas teóricas que orientam nosso estudo, ao considerar que o processo de trabalho em saúde possui uma dimensão educativa pois está inserido no contexto contraditório das políticas de enfrentamento da questão social, a análise sobre a abordagem familiar e comunitária neste capítulo sinaliza que:

- A política de saúde tem na família e na comunidade um espaço privilegiado para atuação em diferentes momentos históricos, na direção de diferentes modelos de saúde, sob influência diferentes perspectivas;

- Este espaço tem se reproduzido na perspectiva de controle das lutas sociais, seja pelo controle direto da vida dos trabalhadores na medicina social, seja pelo modelo médico e o caráter previdenciário dos sistemas de bem-estar, pela via integrativa da comunidade ao processo de desenvolvimento; bem como pela transferência de responsabilidades da perspectiva neoliberal;

- A proposta de contra-hegemonia pela saúde ampliada direcionada pela APS toma a família e a comunidade como abordagem estratégica de suas ações e comporta as diferentes posições da disputa societária, respondendo a interesses contraditórios.

Na continuidade dessa análise, nos próximos capítulos, abordaremos as particularidades da realidade brasileira, a formação sócio-histórica da política de saúde, o movimento de Reforma Sanitária e a constituição do SUS e da Saúde da Família, no processo de contrarreforma.

3 A SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL ENTRE REFORMAS

A disputa hegemônica entre projetos de Saúde no Brasil vai assumir contornos que expressam as particularidades de sua formação sócio histórica na conformação das relações entre as classes sociais, o Estado e as políticas sociais. O tempo e as condições em que se instala o capitalismo, as relações que perpassam a oferta das políticas e sua posição de dependência econômica vão marcar as condições em que a política de saúde vai se organizar.

As tendências apontadas na análise da política de saúde no mundo se expressam aqui sob novas mediações, que reafirmam este espaço na reprodução das formas de controle das lutas sociais em um contexto no qual não se estabeleceu uma política de bem-estar social e favoreceu uma política previdenciária e o processo desenvolvimentista. A vinculação da saúde ao setor privado também colocou as condições para o seu questionamento em uma perspectiva democrática, que mesmo alcançando legalmente o direito universal à saúde, sofreu diretamente os rebatimentos das políticas de ajuste.

Assim, o caráter contraditório das políticas sociais no enfrentamento da questão social e suas expressões aponta o papel estratégico da família e da comunidade como espaço no qual se materializa a direção social da política de saúde no Brasil.

É nesse contexto que a disputa hegemônica entre os projetos de saúde vai se estabelecer, o que nos leva a questionar: **como se configuram os diferentes projetos de saúde e da Reforma Sanitária no debate sobre a Saúde da Família no Brasil? Qual o papel estratégico da abordagem familiar e comunitária para o modelo de saúde proposto pela Saúde da Família?**

Considerando as reflexões construídas até o momento, neste capítulo, abordaremos as particularidades históricas da política de saúde no Brasil e o movimento de disputa hegemônica que vai se configurar com o movimento de Reforma Sanitária. Abordamos a Saúde da Família a partir do movimento de disputa hegemônica entre os princípios democráticos da Reforma Sanitária e a direção racionalizadora da contrarreforma.

3.1 As particularidades da política de saúde no Brasil

As políticas sociais se constituíram de diferentes formas de acordo com os reflexos do desenvolvimento capitalista e as particularidades de formação sócio histórica de cada país. Nesse sentido, considerar tais particularidades sobre a constituição da política de saúde em nosso país é um importante passo para uma análise que possa reconhecer as contradições de nossa organização de vida, trabalho e luta social. Dos conteúdos analisados, somente os textos da UFSC e UFMS tiveram essa perspectiva como ponto de partida.

Antes de falarmos da história da sociedade brasileira, é importante entendermos que há diferentes maneiras de contá-la e de vê-la. Uma das formas de ver a história pode ser como uma sucessão de fatos cronológicos, a partir do ponto de vista de quem a conta para impor um jeito de pensar. Outra forma de ver a história é pensá-la como uma construção permanente de possibilidades de mudança. Como um rio que não para perante pedras ou margens – evolui para desaguar (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 32).

A história pode ser contada de muitos modos. Costumeiramente, nas escolas de ensino fundamental e médio, ela é apresentada como uma sucessão cronológica de fatos históricos [...]. Na saúde não é diferente. [...]. Entretanto, nesse curso, entendemos que são as relações e os processos de luta entre os diferentes grupos sociais que dão vida ao processo histórico (SANTOS; BATISTON, 2010, p.26).

Partindo de uma análise crítica sobre a realidade brasileira, Santos e Batiston (2010, p.28) se reportam a noção de Estado de Gramsci e a relação entre sociedade política e sociedade civil, bem como os conceitos de força social e hegemonia. A partir destas premissas, destacam a situação do país como colônia dependente, a burocracia, a industrialização promovida pelo Estado e a nação constituída “pelo alto”. Traz o importante apontamento sobre “a massa de trabalhadores livres (ex-escravos e imigrantes) que, sem conseguir sobreviver nas lavouras, corria para as cidades, onde se formava uma nova classe média”. O caráter camponês / policial da política de saúde assegurava a moralidade e a disciplinarização higiênica. Sobre a revolta da vacina em 1904, pontua: “ao contrário do que muitos pensam, não foi apenas uma reação ao caráter compulsório da vacinação” e sim uma reação às “precárias condições de vida da população, à carestia, às reformas urbanas e, também, à vacinação obrigatória”. O enfoque nesse período, influenciado pelas ideias europeias, atribuía as causas das doenças aos agentes microbianos,

desviando o foco das condições de vida da população que dependia dos hospitais filantrópicos, de caridade e Santas Casas.

Já Verdi, Da Ros, Souza (2012, p. 32), também em uma leitura crítica, referem-se à constituição das forças políticas no Brasil, afirmando que “as tentativas de romper com a dependência externa e ter um projeto de país sempre esbarrou na corrupção e na conivência das figuras governamentais com o capital exterior”. Destacam as tentativas nacionalizantes, entre 1930 e 1945, com a ditadura de Getúlio Vargas, que em um governo contraditório “tinha um pensamento nacionalista, mas era intensamente repressor dos movimentos sociais”. Aponta o modelo de dependência com a vinculação aos Estados Unidos da América, momento em que vários aspectos do nosso “desenvolvimento” seguiram o modelo que interessava ao capital norte-americano.

Estes eventos históricos revelam a importância de uma análise crítica da formação social brasileira, movimento pelo qual se coloca a possibilidade de compreensão das relações de classe e do caráter das políticas no movimento de disputa hegemônica. Sem essa reconstrução crítica, a análise das políticas atuais certamente sofre prejuízo.

Uma referência é o reconhecimento das particularidades do capitalismo na formação social brasileira que Santos (2012, p. 95) destaca em três pontos: o caráter conservador da modernização operada pelo capitalismo brasileiro, em que há uma conciliação entre modernização e atraso e a constituição de um capitalismo retardatário; os processos de revolução passiva, com baixo grau de interferência das classes subalternas nas decisões políticas nacionais; e a centralidade da ação estatal para a constituição do capitalismo brasileiro.

Os processos de “revolução passiva” e “modernização conservadora” legaram ao regime político brasileiro uma característica de “excepcionalidade democrática”. [...] Assim é que, além de uma cultura política de subserviência e “naturalização” da superexploração do seu trabalho por parte dos próprios trabalhadores recém industrializados, deparavam-se os sindicatos com um modelo de regulação do trabalho corporativista, através de forte regulação estatal que parecia “dar-lhes de presente” o reconhecimento do seu direito de organização. Esse movimento das classes dominantes, típico do “transformismo”, indica que, malgrado a repressão e as dificuldades ideoculturais do processo de organização da classe trabalhadora, a luta de classes estava no cerne das preocupações que orientavam suas políticas de Estado (SANTOS, 2012, p. 140).

No Brasil, conforme Simionatto (2008, p. 01), os processos de revolução “pelo alto” ou “revolução passiva” também tiveram lugar na História, passando pela

República Velha, Revolução de 1930 e Golpe de 1964. Para a autora, “as decisões sempre foram levadas a efeito de forma elitista e com a exclusão das massas populares, através do consenso passivo, indicando a prevalência dos métodos de supremacia em detrimento das formas de hegemonia”.

Florestan Fernandes (1976, p. 202) traz elementos importantes para compreender o processo que chama de revolução “sem revolução”. O movimento de continuidade entre o velho e o novo na constituição política e econômica nos permite reconhecer as relações de favor, pessoalismo e consenso que envolve a constituição das políticas sociais no Brasil. Traz a discussão sobre a Revolução Burguesa e o Capitalismo dependente, afirmando que “o processo econômico é também um processo psicossocial”, e que “não há uma ruptura definitiva com o passado”.

Sobre a organização da classe trabalhadora nesse contexto, Bravo (2013, p. 116-117) destaca que, na transição entre o século XIX e início do século XX, surgiram os primeiros movimentos operários no Brasil e, com a Proclamação da República em 1889, os trabalhadores passaram a se organizar com a participação ativa dos imigrantes em três correntes: o trabalhismo, o socialismo reformista e o anarquismo, reivindicando a construção de hospitais e medidas previdenciárias, a melhoria das condições de vida e a redução da jornada de trabalho. Nesse período, houve desenvolvimento da tecnologia médico-sanitária⁸⁵, o que favoreceu o controle de doenças como a tuberculose, febre amarela e malária, ao mesmo tempo em que surgiram movimentos contrários à regularização da vacinação.

As medidas de saúde pública reduziram-se a soluções imediatas para os agudos problemas, que poderiam comprometer o processo de acumulação na cafeicultura, ou tentativas de respostas aos quadros calamitosos de epidemia, que ameaçavam a população em geral e provocavam pressões políticas. Entre as medidas, destacavam-se as campanhas (contra a febre amarela, peste bubônica, varíola) a notificação de doenças, a vacinação e a vigilância epidemiológica) (BRAVO, 2013, p. 119).

Mas é no início do século XX que a saúde emerge como “questão social” no Brasil “no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da

⁸⁵ Destacam-se as descobertas no terreno da patologia tropical nos institutos de pesquisas fundados no Rio de Janeiro (o Instituto Soroterápico Federal, em 1899, produzia soros e vacinas que em 1907, passou a chamar-se Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos e, em 1908, recebeu o nome de Instituto Oswaldo Cruz, em homenagem a erradicação da febre amarela na capital em 1906) e em São Paulo o Instituto Bacteriológico com direção de Adolfo Lutz, em 1892, com produção de vacinas e soros antipestosos, em 1899.

divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado e assumindo de forma embrionária a característica de política social ” (BRAVO, 2013, p. 118).

No contexto da expansão da ordem burguesa, que aconteceu em convivência com uma sociedade patrimonial, o processo de industrialização e modernização veio acompanhado da deterioração das condições de vida e de saúde da população. O movimento grevista reprimido pela política tem seu declínio, mas é retomado em 1917 com as ligas operárias. A década de 1920 representou o momento de questionamento da sociedade brasileira com a crise do padrão agroexportador, o movimento tenentista e a organização comunista⁸⁶. Nesse momento, a questão social era “considerada como ‘caso de polícia’ e tratada no interior dos aparelhos repressivos do Estado, mas ganha nova dimensão e passa a receber um cuidado bem diverso”. São postas novas demandas para seu enfrentamento, já que os governantes e as elites percebem que a mera repressão se torna insuficiente para enfrentar os problemas colocados pelas classes trabalhadoras. Assim, “tornava-se necessário responder as demandas “aceitáveis” da movimentação operária” (BRAVO, 2013, p. 121).

À medida em que se acirram os movimentos reivindicatórios, há em 1920 uma tentativa de ampliar o atendimento à saúde pelo poder central, pela reforma Carlos Chagas, em 1923, e das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), conhecida como Lei Elói Chaves. Essas ações, no entanto, constituem “uma estratégia da união de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso” (BRAVO, 2006, p. 03). No entanto, somente trabalhadores de grandes empresas tinham acesso, e grande parte dos trabalhadores assalariados que ficavam excluídos recorriam aos serviços filantrópicos e públicos, aos profissionais liberais ou as formas de medicina popular.

⁸⁶ Segundo Behring e Boscheti (2007, p. 105) com a paralisia do mercado mundial em função da crise de 1929-1932, as oligarquias agroexportadoras cafeeiras “ficaram extremamente vulneráveis econômica e politicamente”. Assim, as oligarquias do gado, do açúcar, e outras, que estavam fora do núcleo duro de poder político, aproveitam as circunstâncias para alterar a correlação de forças e diversificar a economia brasileira. As autoras destacam os produtores de carne do Sul, de onde vem a principal liderança desse processo, Getúlio Vargas, que consegue apoio dos segmentos militares médios, os tenentes, entre partícipes da famosa Coluna Prestes, outros com clara inspiração autoritária e fascista e de bases sociais mais populares. Ao chegar ao poder político as outras oligarquias agrárias e também um setor industrialista, quebram a hegemonia do café, com uma agenda modernizadora. Afirmam que “o movimento de 1930 não foi a revolução burguesa no Brasil, com incremento da indústria, como interpretavam muitos intelectuais e historiadores, mas foi sem dúvida um momento de inflexão no longo processo de constituição de relações sociais tipicamente capitalistas no Brasil”.

Segundo Santos (2012), nesse período, o Brasil sofre os rebatimentos da crise desencadeada em 1929, no início da segunda fase da constituição do capitalismo brasileiro, da industrialização restringida, que não rompeu com os interesses da burguesia. O governo Vargas com a centralização do poder e um discurso nacionalista implementa um “governo forte”, do governo provisório (1930 a 1934) até o Estado Novo (1937 a 1945), com o argumento de “segurança nacional” devido ao levante comunista de 1935. Neste momento, há uma mudança de orientação quanto as respostas estatais para a “questão social”, com a regulação das profissões, sindicatos e a previdência social, com um forte caráter populista, que fez Vargas entrar para a história como “pai dos pobres”, capitalizando para si o prestígio das medidas.

O caráter populista de Vargas foi ancorado na legislação trabalhista que “promoveu a garantia de alguns direitos básicos da classe trabalhadora” (leis de férias, proteção a menores, jornada de trabalho, repouso remunerado, trabalho feminino) contemplando os Institutos previdenciários e o sindicalismo atrelado ao Estado. Para Bravo (2013, p. 128), “a intervenção do Estado, via políticas sociais, visava a desmobilização e a despolitização da classe operária, com um discurso integrador e paternalista, ocultando a luta de classes”.

A expansão previdenciária se desencadeia com os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), com a criação do primeiro IAP, em 1933, onde eram oferecidos um conjunto de benefícios e serviços de acordo com a contribuição dos trabalhadores que cobriam riscos ligados à perda da capacidade laborativa para categorias estratégicas, sob a lógica de seguro. Nesse período, também foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública que conduzia as campanhas sanitárias, com desenvolvimento da saúde privada e filantrópica.

Em relação a política de saúde, segundo Bravo (2004, p. 5), “é possível identificar uma política de saúde de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária”. Nesse momento “a saúde pública, desenvolveu-se com ênfase nas campanhas sanitárias, criação de serviços de saúde, controle e combate a endemias; e da medicina previdenciária, com caráter contencionista visando a acumulação de recursos e reserva financeira.

Este período representa o marco da questão social e da institucionalização política social no Brasil, que surge como forma de controlar as greves e os movimentos sociais e operários que, segundo Faleiros (2000, p. 45), estabeleceu um

sistema de seguro social definido como fragmentado, limitado e desigual, em troca do controle social dos trabalhadores.

Tal estratégia de controle vai se consolidar nos períodos que se seguem, com destaque para a promulgação da CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), em 1943, no período da ditadura de Vargas, que aliou-se aos EUA entrando na guerra em 1942. Após 15 anos no poder, Vargas cai, mas retorna na busca pela continuidade de seu projeto, ficando no poder entre 1951 e 1954.

Nesse momento sócio-político, a família mais uma vez ocupa um espaço estratégico a ser utilizado pelas políticas sociais, em especial no âmbito da assistência social. Destaca-se o estreitamento da relação Estado e igreja, na década de 1930, e em 1942, a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), criada para atender as famílias dos pracinhas envolvidos na segunda Guerra, em uma perspectiva de tutela, favor e clientelismo.

No debate sobre família, Correia et al. (2010, p.118) traz um interessante relato que nos ajuda a perceber as relações que envolvem a família neste momento:

A noção de “pai de família” (pater famílias) implicava não apenas cuidado, mas autoridade. A instituição família era protegida pelo Estado de modo especial e em seus diversos aspectos: 1) patrimonial: não se podia, por exemplo, delegar a propriedade da família a alguém que não pertencesse a ela, com raras exceções (desobediência do/a filho/a, por exemplo); 2) moral: não raramente questões familiares tornavam-se questões públicas, oficiais. Assim, por exemplo, o historiador R. Graham, que realizou uma pesquisa sobre família e clientelismo no Brasil do século XIX, narra um caso em que “diplomatas e policiais consideraram seu dever informar a um padreiro que sua filha casada abandonara o marido por outro homem” [...] Tal ato não era um problema pessoal ou privado somente, era também uma questão pública, envolvendo não somente a família, mas o próprio poder público. Nesse exemplo histórico, vê-se claramente que a família, enquanto unidade doméstica chefiada por um homem, um “pai de família” responsável não somente pelo cuidado, mas também pelo exercício quase irrestrito da autoridade quando isso fosse necessário, era, de fato, uma instituição basilar e sagrada, valorizada e protegida pelo próprio poder público. Sendo assim, como centro de referência das principais relações sociais, a família, em seu conjunto, era portadora de direitos e deveres, e não os indivíduos, os quais só tinham direitos e proteção enquanto membros de uma família (CORREIA et al., 2010, p.118).

Paim (2008, p. 62), citando Ianni, (2004, p. 49), afirma que “no que diz respeito à sociedade, prevalece o pensamento sobre aspectos culturais e psicossociais ao tratar a família, parentesco, casa-grande, patriarcalismo, herança da colonização portuguesa, oligarquia, entre outros aspectos, esquecendo ou secundarizando a economia e a política”.

Ainda sobre a influência do pensamento conservador nas intervenções sociais, Iamamoto (2011, p. 28), opondo-se à noção de comunidade como resistência à organização social da sociedade capitalista, destaca que a intervenção nessa realidade se dá por meio “do princípio da solidariedade como base ordenadora das relações sociais”. Na mesma direção, toma “a ideologia do trabalho como elemento constitutivo da ordem social natural” considerando que “os efeitos da exploração capitalista do trabalho são reconhecidos e transformados em ‘problemas sociais’”, sem se colocar as razões históricas dessa exploração. A autora também destaca a ênfase na “formação social, moral e intelectual da família”, considerada como célula básica da sociedade”, no trabalho ‘educativo’ entre a família operária, especialmente entre os mais carentes que têm acesso aos equipamentos sócio-assistenciais, “com objetivo de reforçar o núcleo familiar e integrar seus membros à sociedade”.

Na análise histórica da luta das mulheres, Cisne (2014, p. 255) aponta as configurações do movimento feminista no Brasil, que contribuem para a “desnaturalização dessa ideologia”, permitindo que a mulher possa se reconhecer e se construir como sujeito político⁸⁷.

Caminhando na leitura sócio-histórica, o período entre 1946-1964 foi marcado pela intensificação da luta de classes e também pela ideologia desenvolvimentista⁸⁸ que segundo Iamamoto (2011, p. 360) “envolve a proposta de crescimento econômico acelerado, continuado e autossustentado, buscando superar o

⁸⁷ No Brasil, a luta sufragista ganha folego na década de 1920, quando o feminismo toma dimensão nacional, conquista o direito ao voto, mas tem sua organização abortada com o golpe de 1937. Nos anos 1940-50, são criados clubes de mãe, que se mantêm até os anos 1970, situados em bairros pobres e luta por melhorias de saúde, educação e serviços públicos, com influência das comunidades eclesiais de base da igreja católica. Esse movimento levou muitas mulheres a ocupar espaço público e conquistar a cena política. Com a ditadura, as feministas passam ser protagonistas do movimento de anistia. Com o exílio, muitas mulheres passam a ter contato com ideário feminista, criando o Círculo de Mulheres Brasileiras em Paris. Os anos 80 indicam a luta pelo direito à autonomia sobre o corpo e à sexualidade. Com o processo de democratização, o feminismo passa a ser mais institucionalizado, com a criação de conselhos e delegacias da mulher. Em 1990, passam a ocupar os espaços de ONGs com o que chama de feminismo profissionalizado, em detrimento do feminismo como movimento social. Destaca-se a influência do pensamento pós-moderno com os estudos de gênero, com influências neoliberal de organismos internacionais e a retomada da perspectiva de movimento social nos anos 2000 (CISNE, 2014, p. 123-142).

⁸⁸ Após a 2ª Guerra mundial, a ONU é institucionalizada em um ambiente em que as grandes potências mundiais estabeleceram uma disputa ideológica entre o Comunismo e o capitalismo (Guerra Fria). A ONU, sob influência imperialista e sob o argumento de que “a pobreza é um entrave para o desenvolvimento”, estabelece a OEA (Organização dos Estados Americanos) com assistência técnica aos mais pobres. A partir de 1950, a ONU se empenha em sistematizar e divulgar o Desenvolvimento de Comunidade com o discurso de “uma visão acrítica e aclassista, com isenção política em busca do equilíbrio”, buscando a participação do próprio povo nos esforços para melhorar seu nível de vida e apoio técnico governamental para tornar os programas mais eficazes.

subdesenvolvimento e o atraso”. A meta é atingir a prosperidade, a grandeza material da nação, a soberania, a paz e a ordem social. “É um meio de busca da expansão econômica e visa a integração mais dinâmica ao sistema capitalista”.

Este período é marcado pelo processo de industrialização, com abertura para o capital estrangeiro e um discurso de mobilização de toda a coletividade para valorização do homem brasileiro afirmando a miséria e a pobreza como condição transitória para o desenvolvimento.

Os governos que se seguem apresentam um forte caráter populista. Bravo (2013, p. 138) destaca que com uma coalização partidária conservadora, o Governo Dutra (1945-50) foi exceção e tentou eliminar a prática populista. No entanto, essa foi retomada por Vargas (1950-54) com aproximação ao proletariado facilitando o desenvolvimento do sindicalismo populista, com uma política de alianças. Em busca do aceleração do processo de industrialização e desenvolvimento econômico, Vargas assume o discurso nacionalista “O petróleo é nosso!” em busca da construção de uma cultura política que caminha para o nacional desenvolvimentismo, que será questionado pelo governo Café Filho (1954 a 1960).

Para Santos (2012), até esse momento, mesmo o Brasil caminhando para um processo de industrialização pesada, a “ausência” de suas revoluções preliminares, no plano político e cultural, “mantiveram as relações entre capital e trabalho distantes dessa modernização que tem na democracia um importante componente civilizatório”. Assim “[...] as expressões da questão social no Brasil preservaram traços incompatíveis com o regime de acumulação fordista e sua norma salarial”. (p.150).

Portanto, há de se considerar que mesmo o Brasil tendo assumido traços próximos aos do denominado Estado de Bem-estar-social, especialmente a partir de 1950 com aumento dos gastos estatais na área social, o país não conseguiu estender através das políticas sociais suas proposições a todos os segmentos sociais, constituindo o que alguns autores chamam de “Estado de Mal-estar-Social”, com políticas com caráter populista, clientelista, burocrático⁸⁹.

⁸⁹ Nessa direção, Bravo (2013, p. 145) destaca que “o enfrentamento da questão social pelo Estado fez-se através da extensão da educação, ampliação da previdência social, combate às doenças endêmicas e melhora da habitação popular”. As medidas tomadas com a relação as políticas sociais foram, entretanto, setoriais. Diversas instituições de assistência pública foram criadas: SESI (Serviço Nacional da Indústria) em 1946, Serviço Social do Comércio (Sesc) em 1946, Fundação Leão XIII para atuar nas favelas do Rio de Janeiro. em 1946, Fundação Casa Popular para melhoria da habitação popular, em 1951. A melhoria das condições de vida dos trabalhadores, porém, não

Com a morte de Vargas⁹⁰, ocorreram mudanças com uma política de industrialização com favorecimento do capital estrangeiro. O governo de Juscelino Kubitschek (JK), em 1956, promoveu mudanças na estrutura da economia industrial, com o processo de industrialização e o discurso de uma política de “milagre econômico”. Sob influência da CEPAL⁹¹ e construção do Plano de Metas, constituiu uma postura nacional desenvolvimentista, tendo a construção de Brasília como símbolo do discurso “é preciso crescer para prosperar”. Sob a lógica de que para que haja desenvolvimento é preciso uma transformação, promove a abertura ao capital estrangeiro.

A ação assistencial, influenciada pela postura desenvolvimentista, assume a perspectiva da integração e participação na busca de melhoria da vida local, através de uma perspectiva estrutural funcionalista. “Apesar de o debate ter sido ampliado, o sistema sanitário sofreu poucas alterações pois esta ideologia tinha por suposto a valorização da política econômica, em detrimento da política social”. (Bravo, 2013, p. 147)

O processo de transição entre os governos que antecedem ao golpe militar de 1964 sinaliza os reflexos da disputa hegemônica no mundo. Ao assumir e renunciar no mesmo ano (1961), Jânio Quadros - que em seu programa trazia temas como a

conseguiu avançar além das soluções do momento “[...] A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada nesta época. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a Segunda Guerra Mundial, em convenio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller, para principalmente controlar a malária e a febre amarela, em função das prioridades do esforço de guerra [...] No final da década de 1940, com o Plano Salte de 1948, a saúde foi posta com uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos, de 1949 a 1953, nas áreas de saúde, alimentação, transporte e energia, mas não foi implementado. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, com ampliação do atendimento das enfermidades (ancilostomose, bócio, boubá, brucelose, doença de chagas, esquistossomose, filariose, leishmaniose, tracoma), porém com baixo orçamento. O SESP ampliou suas atividades preocupando-se com a assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle de doenças transmissíveis e desenvolvimento de pesquisas em medicina tropical. Em 1956, criado o departamento nacional de endemias rurais”.

⁹⁰ Com seu retorno ao poder em 1950, após 15 anos de governo ditatorial, Vargas passa a ser pressionado contra sua posição nacionalista, sendo o ápice da crise o atentado contra o jornalista Carlos Lacerda. No dia 24 de agosto de 1954 Vargas é encontrado com um disparo que indicaram como suicídio. Deixou duas cartas ao povo brasileiro, que manifestou-se com revolta contra os adversários de Getúlio protestando pelas ruas. É comum até hoje o debate sobre sua morte.

⁹¹ A Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) foi estabelecida pela resolução 106 (VI) do Conselho Econômico e Social, de 25 de fevereiro de 1948, e começou a funcionar nesse mesmo ano. Mediante a resolução 1984/67, de 27 de julho de 1984, o Conselho decidiu que a Comissão passaria a se chamar Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. A CEPAL é uma das cinco comissões regionais das Nações Unidas e sua sede está em Santiago do Chile. Foi fundada para contribuir ao desenvolvimento econômico da América Latina, coordenar as ações encaminhadas à sua promoção e reforçar as relações econômicas dos países entre si e com as outras nações do mundo. Posteriormente, seu trabalho foi ampliado aos países do Caribe e se incorporou o objetivo de promover o desenvolvimento social.

moralização e austeridade na vida pública, a democracia, o desenvolvimento econômico equilibrado, a independência da política externa, o nacionalismo e a soberania nacional, além da reforma agrária – se envolveu numa contradição com a classe trabalhadora e seu vice João Goulart só pode assumir com apoio do movimento sindical (1960-1964) devido ao descontentamento dos militares. Ao assumir, João Goulart amplia o espaço de lutas pelas transformações como a defesa da Reforma, em meio a interesses e perspectivas conflitantes entre as diferentes classes sociais, o que resultou no golpe militar.

No campo da saúde, Bravo (2013, p. 148) desta que no governo JG aconteceu a 3ª conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, que “conseguiu definir uma ideologia de saúde pautada no desenvolvimento econômico, na racionalização do planejamento, submetida à produtividade e à distribuição das riquezas, visualizada como fontes de saúde”. No entanto, neste momento, já está estabelecido o complexo médico industrial, e a Associação Médica Brasileira (AMB) se posiciona contra a estatização do setor, defendendo a prática liberal e a indústria farmacêutica. A partir dos anos 1950, formação das empresas médicas ligadas aos interesses capitalistas passou a pressionar o financiamento através do Estado, da produção privada, com defesa da privatização”. Mas apesar das pressões, “a assistência médica previdenciária, até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos institutos”.

Em uma síntese sobre esse período, a autora aponta que “o discurso desenvolvimentista na saúde teve sua ascensão, mas suas propostas não foram colocadas em prática, predominando as práticas sanitaristas campanhistas numa rotina burocrática”. Assim, “a política de saúde continuou organizada nos dois subsetores saúde pública e medicina previdenciária”, com crescimento desta última, a partir de 1966, com o processo de industrialização.

Como apontamos, o tensionamento desse período colocou a perspectiva de dois rumos para a política econômica, conforme aponta Netto (2007, p. 25): “[...] ou o capital nacional (privado) concertava com o Estado um esquema de acumulação que lhe permitisse tocar a industrialização pesada, ou se impunha articular um outro arranjo político econômico, privilegiando ainda mais os interesses imperialistas”. Com o enfraquecimento das alianças de JG e o fortalecimento da direita, na madrugada do dia 31 de março de 1964, um golpe militar foi deflagrado contra o governo legalmente constituído. Para Netto (2007) “o desfecho do golpe de abril foi a

solução política que a força impôs: a força bateu o campo da democracia, estabelecendo um pacto contra revolucionário” e seu significado imediatamente político e econômico “expressou a derrota das forças democráticas, nacionais e populares; todavia, o seu significado histórico-social era de maior fôlego: o que o golpe derrotou foi uma alternativa de desenvolvimento econômico social e político que era virtualmente a reversão do já mencionado fio condutor da formação social brasileira”.

As condições que se estabeleceram pós o golpe militar favoreceram o “desenvolvimento dependente e associado”, seguindo uma doutrina de interdependência nas relações com os Estados Unidos da América, no qual o Estado assume o papel de assegurar o esquema de acumulação no confronto de interesses econômicos e sociais, constituindo um processo de “modernização conservadora”.

É comum a fala de que este período promoveu o crescimento e emprego. Santos (2012) aponta que este período é denominado como segunda fase da industrialização pesada, com o desenvolvimento do “fordismo à brasileira”:

Portanto, ao afirmar que se verifica uma espécie de “anacronia” da cidadania regulada em relação às características do padrão de desenvolvimento estimulado com a “industrialização pesada”, refiro-me à flexibilidade e precariedade do regime de trabalho e das ocupações que se tornam, a partir de então, marcas acentuadas da questão social no Brasil. A anacronia reside no fato de que o regime de acumulação fordista clássico tem na superação dessas marcas, através das negociações no emprego, algumas de suas características mais importantes que, associada ao modo de regulação Keynesiano, formaram a norma de consumo em massa, que alimentava a produção em massa. Quanto ao capitalismo brasileiro, mais uma vez, não estão presentes as características clássicas, neste caso, do fordismo/keynesianismo (SANTOS, 2012, p. 159).

O período que compreendeu o “ciclo autocrático burguês” (Netto, 2007) se estendeu de abril de 1964 a março de 1979 e pode ser analisado em três momentos: a busca pela legitimação política e apoio social de abril de 1964 a dezembro de 1968 nos governos Castelo Branco e Costa e Silva; o fortalecimento da repressão e o terrorismo de Estado entre dezembro de 1968 a 1974, no governo da junta militar e governo Médici: Repressão – Terrorismo de Estado; e com o esgotamento do regime, o processo de abertura e distensão política, de 1974 a 1979, no governo Geisel, com forte controle da vida cultural do país.

Na análise desse processo, Netto (2007, p. 44) aponta dois componentes fundamentais que vão percorrer a ditadura como “fio condutor”: o primeiro, a doutrina de segurança nacional como referencial político-ideológico, na conquista,

na conformação e na direção do Estado que se afirma como “incompatível com um processo substantivo de democratização”; como segundo componente o autor aponta que a “hegemonia nunca escapou das mãos de correntes burguesas”, não se constituindo “núcleos democráticos sólidos capazes de emergir, na crise da ditadura, com proposta social e política capaz de transcender os quadros da ordem burguesa”.

No campo da organização social, esses fundamentos se expressam por meio de um forte movimento repressivo, desde a cultura à educação, até aos movimentos sociais e organizações políticas, quando em 1968, o Ato Institucional nº 5⁹², inaugura a o momento que Netto (2007) chama de autocracia burguesa. Como resultado, a desmobilização e a paralisação dos movimentos políticos emergentes abre caminho para o discurso do “milagre brasileiro” onde é “preciso fazer o bolo crescer para depois dividir”. Na direção da aceleração do desenvolvimento econômico, a política social é feita por meio de prestação de serviços sociais e a educação reforça seu braço profissionalizante na busca pela integração social.

Em sua importante análise sobre a política de saúde no período da ditadura, Bravo (2008) destaca que neste período, apesar das mudanças no desenvolvimento econômico-social e político, “os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática”.

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2008, p. 88).

É nesse momento que ocorre uma importante mudança na organização previdenciária - eixo estruturante da oferta da política de saúde - com a unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs⁹³, em 1966, que aconteceu buscando

⁹² Como reação às mobilizações pelo país, no dia 13 de dezembro de 1968, foi publicado o Ato Institucional nº 5 (AI5) que permitia ao presidente estabelecer o recesso indeterminado do Congresso Nacional e de qualquer órgão legislativo, cassar mandatos e suspender direitos políticos de qualquer cidadão, por dez anos, realizar confisco de bens daqueles incriminados por corrupção. Também previa a suspensão dos direitos individuais permitindo as autoridades militares prender e coagir cidadãos de forma violenta. Sobre esse momento, Netto (2007) afirma que até então o que era uma “ditadura reacionária” se convertesse em um regime político de nítidas características fascistas com forte repressão e uma prática organizada e planejada oficialmente como terrorismo de Estado.

⁹³ Conforme Behring e Boschetti (2007, p. 136) a unificação, uniformização e centralização da previdência social no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, retiram definitivamente os trabalhadores da gestão da previdência social, que passa a ser tratada como

deu atendendo ao “crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores”.

Assim “a medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social”. Na direção do modelo biomédico e da indústria médico hospitalar, “o setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior”, o que promoveu o declínio da saúde pública e o crescimento da medicina previdenciária. Afim de controlar as reivindicações e pressões populares, no período de abertura a política de saúde enfrentou “permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário”. No entanto, as reformas realizadas na estrutura organizacional “não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado” (BRAVO, 2008, p. 89).

Diante do cenário de contradições da formação social brasileira, que se expressa na conformação das classes sociais e suas possibilidades de resistência por parte da classe trabalhadora, a política social se estabelece em seu caráter contraditório, permeada pelo viés populista e da oferta clientelista e assistencialista. A política de saúde, por sua vez, assume o caráter previdenciário e campanhista, com forte vinculação ao modelo médico hegemônico, articulado ao mercado. Fica claro, nesta direção, que a noção de direitos sociais, incluindo a saúde, é inexistente. Como reflexo, as intervenções resultantes dessas políticas assumem um caráter conservador, por meio do ajustamento moral e social das famílias e

questão técnica e atuarial. Em 1967, os acidentes de trabalho passam também para a gestão do INPS, apesar de certa contrariedade das seguradoras privadas e o Funrural, com caráter mais redistributivo com pequena taxação dos produtores, mas bom benefício de meio salário mínimo (1971). A cobertura previdenciária também alcançou as empregadas domésticas (1972), os jogadores de futebol e os autônomos (1973), e os idosos pobres, no valor de meio salário mínimo para os que tivessem contribuído ao menos um ano para a previdência. O Ministério da Previdência e Assistência Social foi criado em 1974, incorporando a LBA, a Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor (Funabem, criada em 1965, que veio a substituir o antigo SAM, extinto em 1964, sem necessariamente alterar seu caráter punitivo, mantido no Código de Menores de 1979), a Central de Medicamentos (CEME) e a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV). Esse complexo se transformou, com uma ampla reforma administrativa, no Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), em 1977, que compreendia o INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica (Inamps), além daquelas instituições referidas acima. As autoras destacam também o impulso na política nacional de Habitação com a criação do BNH (Banco Nacional de Habitação).

comunidades, seja no recorte previdenciário do acesso a saúde, seja pelas ações assistencialistas aos que estão fora do acesso ao trabalho. Nessas condições, serão construídos os questionamentos ao modelo médico hegemônico através da constituição do Movimento de Reforma Sanitária.

3.2 O Projeto de Reforma Sanitária brasileira e a disputa hegemônica

O movimento de Reforma Sanitária vai fomentar a conquista da saúde como direito universal e a constituição do Sistema Único de Saúde por meio de um movimento que tomou a saúde como eixo para defesa da democratização da sociedade brasileira. Por isso, mesmo diante das contradições que permeiam seu debate, não há como abordar a política de saúde hoje sem que este debate esteja presente.

Na análise dos textos de referência dos cursos de formação, reconhecemos que a Reforma Sanitária é abordada em diferentes perspectivas: duas unidades apresentam uma discussão de cunho político, situando a disputa entre projetos e a saúde como direito social (UFMS/ UFSC); duas não dão centralidade ao caráter político, mas se referem à mobilização e aos direitos alcançados na Constituição de 1988 e ao SUS (UFMA, Unifesp); duas não fazem referência direta à política de saúde (UERJ, UFMG).

O Movimento Sanitário é destacado por Santos e Batiston (2010, p. 30) com as discussões da 8ª Conferência de Saúde que culminou com a conquista da saúde como direito universal e dever do Estado na Constituição 1988. São destacados alguns aspectos da Reforma Sanitária no questionamento ao modelo biomédico, tomando como referência autores como Fleury, Paim, Arouca e concepções e valores do Movimento Sanitário como a determinação social do processo saúde doença e o processo de trabalho em saúde, sua articulação na defesa de um projeto civilizatório. Os autores destacam ainda que durante a história as políticas foram construídas pelo alto e que na Reforma Sanitária as políticas passaram a ser construídas com base nas reivindicações.

Diante de todo exposto, podemos afirmar que as políticas de saúde no país, até então, haviam sido estabelecidas pelo 'alto', na busca de atender as reivindicações de pequenos grupos com interesses econômicos evidentes. Foi somente no período, mediante o movimento de Reforma Sanitária, que as políticas de saúde no país começaram a ser estabelecidas, baseadas em

reivindicações de movimentos provenientes das bases da sociedade, pautadas pelas necessidades de saúde dos brasileiros. Esse Movimento mudou a Constituição do nosso país! (SANTOS; BATISTON, 2010, p. 30).

A articulação da Reforma Sanitária é destacada por Verdi, Da Ros, Souza (2012) ao apontarem que “nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical e em experiências regionais de organização de serviços” e se posiciona “na tensão entre duas forças, o complexo médico-industrial e o movimento sanitário”, em oposição ao complexo médico-industrial, com a participação de vários movimentos que iniciam a contraposição à política hegemônica. Como destacam os autores:

- a) os “preventivistas”, do Ministério da Saúde, reivindicando recursos para reiniciar uma medicina preventiva e denunciando os gastos com a atenção curativa;
- b) os “publicistas”, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), conclamando que os recursos do governo deveriam ser usados para a construção de hospitais e a compra de equipamentos públicos. Denunciavam também a forma de pagamento por unidades de serviço (USs) como fonte incontrolável de corrupção. Por exemplo, se pagava mais US por parto cesáreo que por parto normal, com isso, nessa época, o Brasil foi campeão mundial de cesarianas;
- c) a Igreja se organiza nas pastorais de saúde, cria os Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária (Enemecs) e defende o uso de fitoterapia;
- d) os antigos militantes da UNE, hoje profissionais e professores universitários, organizam-se em experiências de integração docente assistencial. Criam resistências ao movimento médico privatista, como, por exemplo, o Movimento de Renovação Médica (Reme) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que passa a ter vínculo de discussão da situação da saúde brasileira e a editar uma revista intitulada Saúde em Debate, publicada até hoje; e
- e) em 1976, nasce também a primeira residência em Saúde Comunitária, na Unidade Sanitária Murialdo, em Porto Alegre, que, rapidamente, junto com outras que se conformam nessa época, se torna mais um movimento contrahegemônico. (VERDI, DA ROS, SOUZA, p. 43-44, 2012)

Ao situar o movimento de Reforma Sanitária e sua direção na construção de um projeto contra hegemônico, os autores desses textos evidenciam a perspectiva política que a saúde assume nesse momento.

Como parte intrínseca do debate sobre o sistema de saúde, a Reforma Sanitária também pode ser abordada sob um outro aspecto, como precursora do direito à saúde conquistado. O texto de Garcia (2014, p. 6-12) destaca o papel da Reforma Sanitária no processo de construção do SUS:

A atual conformação do sistema público de saúde, universal, íntegro e gratuito, começou a ser construído com o processo de redemocratização do país e antes de sua criação pela Constituição de 1988. O evento mais

marcante dessa construção foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986. Essa promoção, precedida por uma série de conferências prévias estaduais e municipais, contou com expressiva participação da sociedade e a conclusão tornou-se referência para os integrantes, balizando as mudanças que se seguiram. O Movimento da Reforma Sanitária, contrário ao modelo de saúde considerado desestatizante, curativo e centralizador, surge nos anos 80, congregando acadêmicos ligados à Saúde Pública, profissionais da saúde e setores da sociedade (GARCIA, 2014, p. 12).

Ainda em destaque ao processo de construção do SUS, o texto de Reis, Araújo, Cecílio (2014, Unifesp) se refere à “Reforma Sanitária” como “a designação que se dá à plataforma política defendida pelo Movimento Sanitário Brasileiro, que representou uma ampla articulação de atores sociais”.

A “Reforma Sanitária” incluía em sua pauta uma nova organização do sistema de saúde no país – com várias características que o SUS afinal adotou –, em particular uma concepção ampliada dos determinantes sociais do processo saúde-doença e a criação de um sistema público de assistência à saúde, gratuito com garantia de acesso universal do cuidado para todos os brasileiros. (REIS, ARAÚJO, CECÍLIO, 2014, p. 3)

A reflexão sobre a Reforma Sanitária é abordada pela UFMG no conteúdo sobre Educação em Saúde, no qual Vasconcelos, et al. (2009, p. 12) se reportam ao caráter ideológico do movimento para debater as lutas sociais e ao pacto pela saúde apresentando o SUS como um esforço contra hegemônico:

[...] foram construídos por homens e mulheres que comungam, naquilo que é essencial, uma determinada ideologia. Essa ideologia vem se expressando por meio de reflexões teóricas e ações concretas ao longo dos últimos 25 anos, no mínimo. É um esforço contra-hegemônico, ou seja, que vai de encontro a outra forma de pensar o homem e sua inserção no mundo, que é hegemônica na área de saúde. Essa forma ou modelo hegemônico, que precisa ser desconstruído, se caracteriza, principalmente, por um modelo com foco mercadológico, com forte domínio das indústrias farmacêuticas e de equipamentos, voltado para a doença, biologicista, hospitalocêntrico, medicalizado, médico centrado e com serviços organizados para atender a demandas. Há, também, exagerada valorização do conhecimento técnico-científico em detrimento do saber popular e do direito do indivíduo de ter acesso ao conhecimento para decidir com autonomia. No modelo contra-hegemônico, representado pelo SUS, cuja consolidação precisa de seu apoio, conceitos e práticas como acolhimento, humanização do atendimento, integralidade da atenção e vínculo, procura-se resgatar a relação entre sujeitos sociais (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES, 2009, p. 12).

Considerando que é a partir do movimento da Reforma Sanitária que são construídos os questionamentos ao modelo médico hegemônico no Brasil, chama a atenção a forma como tema é tratado em um conteúdo específico sobre a política de saúde, em um curso de especialização, direcionado para profissionais do SUS. No

entanto, esse dado não causa surpresa, mas sim, reforça a tendência já apontada de esvaziamento da dimensão política da Reforma Sanitária nos processos de formação em saúde.

Os diferentes enfoques com os quais a Reforma Sanitária é abordada retrata as dimensões específica, institucional, ideológica e das relações que Arouca (1988) apresenta em sua análise sobre o processo de transformação da situação sanitária:

1a.) A dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como o coeficiente da mortalidade infantil, expectativa de vida, etc., pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc. 2a.) A dimensão institucional: como o campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, a formação de recursos humanos. Este campo é mais tradicionalmente definido como o Sistema ou o Setor Saúde. 3a.) A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária. 4a.) A dimensão das relações: num dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença (AROUCA, 1988, p.2 apud PAIM, 2008, p157).

No entanto, consideramos que a política de saúde não pode ser concebida somente em seu caráter técnico no campo de organização de políticas ou no campo do cuidado. A política de saúde assume um caráter político e sua organização e a prática de seus profissionais refletem essa direção. Sua ação está articulada a todos esses componentes, refletindo suas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Nesse sentido, concordamos com a síntese de Paim (2008) que apresenta a Reforma Sanitária como “simultaneamente uma proposta, um projeto, um movimento e um processo” em uma unidade dialética.

Em sua análise, Paim (2008, p. 309) define a Reforma Sanitária como uma “reforma social” centrada na democratização da saúde, do Estado, da sociedade apontando as vertentes mais críticas que a admitem como um “projeto civilizatório, articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo”. No entanto, sua análise aponta também que a Reforma Sanitária brasileira “reduziu-se a uma reforma parcial, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do SUS”.

Esta afirmação ajuda a compreender as perspectivas em que o tema é abordado nos cursos, mas também nos aponta mais um elemento para a análise do nosso objeto de estudo, pois, para além da disputa hegemônica em relação ao

modelo médico, também são evidenciadas divergências dentro do próprio movimento de Reforma Sanitária. Tais contradições nos levam a questionar: **como a dimensão social da saúde é reconhecida nesse processo?**

Retomando a conjuntura instaurada pela ditadura, podemos reconhecer as condições em que o modelo médico se ampliou através do setor privado. A saúde, até então, tinha a previdência como forma de acesso e, com a unificação através do INPS, sob alegação de incapacidade da rede, foi priorizada a contratação de serviços privados de saúde em um padrão de organização médica orientada pelo lucro, o que foi um “fator incontrolável de corrupção”. Nesse período, também se configurou uma modalidade de convênios com empresas por meio da “medicina de grupo”, na qual a empresa assumia a assistência médica de seu empregado e deixava de contribuir para o INPS. Também são levantadas propostas de venda de hospitais públicos para a iniciativa privada, que encontrou resistência entre os profissionais de saúde. A saúde pública, por sua vez, tornou-se restrita às campanhas, com relato de perseguições a pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (SCOREL, 2012, p. 330).

Contraditoriamente, é no contexto repressor da ditadura militar que serão construídos os questionamentos ao modelo de saúde em curso. Como já apontamos, a proposta de saúde ampliada vai responder as demandas de controle de gastos com a saúde e se estabelecer como estratégia de controle social, mas também vai propiciar a ampliação do debate sobre a saúde e sua vinculação aos movimentos reivindicatórios.

No Brasil, o processo de questionamento ao modelo médico hegemônico vai acontecer através da construção de uma abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde, por meio dos departamentos de Medicina Preventiva, inicialmente influenciados pela difusão do modelo preventivista americano, estimulado pelos organismos internacionais, como a medicina comunitária. No entanto, a legitimação do discurso internacional passa a ser questionado por ser “inadequado e insuficiente para analisar e transformar a realidade sanitária do país”, e como alternativa construiu-se uma “teoria social da saúde”⁹⁴, a partir de “uma

⁹⁴ Scorel (2012) destaca que alguns Departamentos de Medicina Preventiva no estado de São Paulo começaram a questionar o ideário preventista. Em 1972, no encontro de Cuenca no Equador, representantes de 11 países destacaram a necessidade de metodologias e marcos teóricos que relacionassem os processos de saúde com a estrutura social, sendo fundada a Associação Latino Americana de Medicina Social (ALAMES). Em 1973, apoiada pela OPAS e pela Fundação Kellogg, é

abordagem histórico-estrutural, materialista, marxista, que travou uma luta teórica com duas outras escolas de pensamento: a preventivista liberal e racionalizadora técnica”. Esse enfoque, considerava o caráter público da área da saúde e a determinação social do processo saúde-doença, com crítica à teoria de sistemas e sua visão positivista da sociedade e a neutralidade do planejamento (SCOREL, 2012, p. 333).

A medicina social, conforme aponta Bravo (2007, p. 268), tem seu desenvolvimento no contexto do triunfo da Revolução Cubana e do questionamento do papel imperialista dos Estados Unidos, questionando a produção positivista funcional e enfatizando o marxismo⁹⁵. A autora destaca que a “preocupação preventivista visava preparar o médico, para visualizar o doente de forma integral, enfatizando os aspectos biopsicossociais, centrado na análise crítica da política de saúde e das instituições médicas” para “capacitar o profissional para atuar no contexto social em que se situa”. No curso dessas mudanças, a autora aponta experiências da medicina comunitária que, financiadas por fontes estrangeiras, principalmente norte-americanas e organismos internacionais, inicialmente são dirigidas para as populações das periferias urbanas, mas que, “também procuram rever os fundamentos teóricos que pautavam as proposições originais, enfatizando a consciência sanitária das populações com discussões referentes à saúde e

criado o primeiro curso de medicina social no Rio de Janeiro que se transformaria no Instituto de Medicina Social (IMS/ UERJ). A autora aponta que, em meados da década de 1970, estavam estruturadas abordagens do campo da saúde em diferentes instituições e, citando Paim (1985), apresenta três correntes de pensamento do social em saúde: preventivismo, com um conjunto de atributos pessoais, como educação, renda, salário, ocupação, etc.; o modelo racionalizador, um coletivo de indivíduos; e a abordagem médico-social, um campo estruturado de práticas sociais. Para a autora, a corrente médico-assistencial era representada institucionalmente pelos DMPs da Unicamp e da USP, pelo IMS e, em um segundo momento, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), que distinguiam-se por considerar o social como determinante das condições de saúde, e por apontar a necessária prática do profissional de saúde como sujeito da transformação pretendida. Assim “iniciou-se uma luta pela hegemonia no interior do próprio movimento preventivista, contestando tanto os sanitaristas tradicionais quanto os racionalizadores.

⁹⁵ Bravo (2007) aponta o protagonismo de Juan Cesar Garcia. Nunes (2015) ao analisar a contribuição de Garcia, destaca três dimensões que constituem as orientações básicas de sua trajetória no campo da saúde: a elaboração de um pensamento sistemático e reflexivo sobre o social; uma atitude crítica na problematização do ensino e das práticas profissionais; um compromisso com a institucionalização e divulgação do saber sanitário. As três dimensões revelam-se, respectivamente, nas perspectivas sociológicas e históricas de seus trabalhos, a partir da década de 1960, que se estende até 1984, no movimento, primeiramente, em torno da educação médica e depois direcionado à medicina social, da década de 1970, ao qual se associa a sua permanente atividade de arregimentar pessoas e grupos e trabalhar na difusão das ciências sociais e da medicina social, especialmente, a partir de sua entrada na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 1966. Para o autor “as bases do seu projeto assentavam-se em dois eixos: a visão crítica-progressista que trazia desde a época como estudante universitário e a perspectiva ampliada de um *saber-fazer* latino-americano no campo da saúde” (NUNES, 2015, p. 140).

condições de vida”. Essa abordagem passa a se articular dois eixos: o discursivo, com análise do processo saúde-doença a partir dos determinantes históricos-sociais; e o político, que toma como ponto de partida a reorganização das forças democráticas, com elaboração de propostas que resultaram na Reforma Sanitária.

A análise de Escorel (2012, p. 333) aponta que, no Brasil, a teoria social da medicina adotou como conceitos básicos “a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde doença, o processo de trabalho, a medicina como prática social, o poder do médico e a medicalização”, adotando uma prática política e a consciência sanitária como “parte da consciência social, visando sua transformação. Assim, com uma estreita vinculação entre produção do conhecimento e a prática política, entre a academia e o campo das políticas públicas, o movimento sanitário vai se constituir, a partir das lutas pela democratização do país e o fortalecimento das organizações da sociedade civil.

Dessa forma, são tecidas as condições para que a abordagem comunitária fosse provocadora de uma análise diferenciada da dimensão social da saúde, para além da abordagem sistêmica e integralista, tendo a mobilização social como estratégia para a construção de uma nova organização do sistema de saúde. Uma perspectiva comunitária voltada para os movimentos sociais que só foi possível devido ao período de crise do regime militar que, sem legitimidade de suas ações, passou a estabelecer novas estratégias por meio de concessões e negociações das vias de transição para outras formas de dominação.

Em tempos de desmonte e fragilização dos direitos sociais, em especial da saúde, torna-se necessário retomar alguns detalhes do processo da Reforma Sanitária que fizeram parte da conquista da saúde como um direito em nosso país e que nos ajudam a compreender as contradições existentes na construção do SUS.

Na conjuntura da ditadura militar, a repressão atacou diretamente o movimento operário, sindical, organizações políticas e sociais vinculadas à questão democrática. Com a crise do regime militar, as forças sociais de diversos estratos da sociedade emergiram, a partir dos movimentos de democratização do país, em busca de uma nova ordem social. Os efeitos da “crise do milagre econômico”, a partir de 1974, foram sentidos pela população e proporcionaram o “reaparecimento de forças sociais como o sindicalismo operário, aliados às categorias profissionais dos estratos médios, os trabalhadores rurais, uma parcela da igreja, que se posicionou em favor das classes trabalhadoras, e entidades da sociedade civil”. No

período do governo de general Geisel, entre 1974-79, a distensão política, por meio da abertura “lenta, gradual e segura” da sociedade brasileira, buscou “canalizar as reivindicações populares, com permanente tensão entre a disponibilidade de recursos e a ampliação dos serviços, tensão esta que se estendeu aos setores estatal, médico empresarial e do movimento sanitário”⁹⁶ (BRAVO, 2007, p. 46).

Segundo Bravo (2007, p. 59), é neste contexto, nos anos 1970, que o movimento de Reforma Sanitária vai se organizar, com um debate que “colocou a relação da prática em saúde com a estrutura de classes, sofrendo determinação estrutural e conjuntural da sociedade, tendo como articulador o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde)”. Criado em 1975, tinha como finalidade gerar correntes de ideias para defesa da saúde coletiva e produção de conhecimento, se articulando também a outras entidades da sociedade civil ligadas às questões populares. No entanto, o movimento de reforma não se manteve isolado, mas contou com a articulação das entidades representativas dos profissionais, sindicatos médicos e outros sindicatos de trabalhadores, entidades, movimentos populares e até mesmo no âmbito parlamentar.

Os desafios postos ao movimento sanitário se estabeleceram na politização da questão saúde e organização de propostas para a reestruturação do sistema de saúde. Com a incorporação de intelectuais do movimento sanitário em cargos da Previdência Social, estabeleceu-se uma arena política de interesses em conflito na definição da política de saúde. As estratégias de luta pela Reforma Sanitária foram

⁹⁶ Diante do desgaste do sistema do regime militar, Bravo (2007) destaca a perda de legitimidade no campo político, quando, em 1974, o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) superou os votos da Aliança Renovadora Nacional (ARENA) e assumiu o papel de partido de oposição. Com o resultado expressivo nas votações municipais, polarizou a oposição ao regime chegando a contar com a participação dos partidos comunistas. Nesse movimento, alguns acontecimentos marcam a vitória dos ‘moderados’ sobre a ‘linha dura’ na estratégia do regime militar em 1978, sendo o fim do AI5 a medida mais importante do processo de distensão política, mas que só vai se realizar no governo Figueiredo. Este foi o momento no qual diversos grupos da sociedade civil, através de suas organizações, aliam-se à oposição parlamentar, questionando o regime militar e exigindo o retorno do estado de direito. (Associação Brasileira de Imprensa, Ordem dos Advogados do Brasil, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência). A autora sinaliza a anistia como o movimento político mais destacado nesse momento, através da criação dos primeiros Comitês Brasileiros pela Anistia, em 1979. Como espaço de aglutinação de forças, destaca a Igreja Católica, através da Conferência Nacional dos Bispos Brasileiros (CNBB), as Comunidade Eclesiais de Bases (CEBs), com a difusão da teologia da libertação e a UNE (União Nacional dos Estudantes) que, após um movimento de reorganização, ressurgiu a partir de 1977. Nesse movimento de distensão, Bravo aponta ainda um novo sujeito político, a classe operária, com destaque para o Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo (SP), com as greves na indústria automobilística, metalomecânica, siderúrgica e petrolífera e profissionais de classe média. Nos anos 70, novos movimentos sociais, ligados a questão urbana, começam a se manifestar, através de associação de moradores de bairros e favelas, e movimentos feminista e negro, e outras manifestações populares.

marcadas em três direcionamentos: a politização da questão da saúde visando aprofundar e difundir uma nova consciência sanitária; a alteração da norma legal necessária à criação do sistema único universal da saúde; a mudança do arcabouço e das práticas institucionais sob a orientação dos princípios democráticos (TEIXEIRA e MENDONÇA, 1988, p. 210).

Nesta conjuntura de crise e distensão política, na qual a política de saúde estava voltada para o setor privado, é que ao final do governo Geisel, o movimento sanitário começou a ocupar espaços como um pensamento contra hegemônico. Ainda que com baixa capacidade de interferências nas decisões institucionais, abriu espaço para experiências que vão se colocar como estratégicas para o movimento⁹⁷.

Como desdobramento desse momento, o fim do AI5 iniciou uma nova fase do regime militar, com governo Figueiredo (1979-1985) que em continuidade ao processo de “democratização” decretou a anistia política e a reforma partidária. O aprofundamento da crise econômica fragilizou as alianças do regime militar com o empresariado nacional assim como a previdência entrou em crise por diminuição de suas receitas. A crise política e econômica, em conjunto com as reivindicações populares, sindicais e de entidades, promoveram o movimento “Diretas Já”, exigindo eleições livres e diretas para a presidência da República. Com a formação do PMDB

⁹⁷ Sobre essas experiências, Escorel (2012) aponta que na segunda metade da década de 1970, desenvolveram-se três grandes projetos de âmbito nacional e regional e diversas experiências municipais. Destaca o Plano Plus, onde um grupo da saúde pública atuou na previdência social para planejar a expansão física dos serviços de saúde previdenciários e, por meio de plano para sete regiões metropolitanas, evidenciou o excesso de leitos hospitalares, sugeriu o descredenciamento dos leitos privados e convênios com instituições públicas, o que fez com o grupo de saúde pública fosse rapidamente derrotado pelos interesses mercantilistas hegemônicos. Outro destaque é o Projeto Montes Claros, entre 1975-1977, que possibilitou a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular, que foi incorporado ao Piass, criado em 1975-1976. O Piass buscou implantar uma estrutura básica de saúde pública em comunidades até 20 mil habitantes na região Nordeste e unia a abordagem médico-social ao pensamento sanitário desenvolvimentista, que proporcionou visibilidade, sendo a primeira participação da previdência social em um programa de saúde pública e também a articulação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), fundado em 1982, por secretários que participaram da experiência do Piass. O Piass foi institucionalizado em 1981, passando a integrar o Programa Nacional de Serviços Básicos. Assim, a experiência desses três projetos caracterizou-se como regionalizada, hierarquizada em quatro níveis assistenciais, com definição de porta de entrada para o sistema com diretrizes de universalização, acessibilidade, descentralização, integralidade e ampla participação comunitária. A essas experiências, somam-se as experiências municipais, sob governo do MDB, como os projetos desenvolvidos pelas secretarias de saúde de Londrina, Campinas, Niterói, que tiveram como modelo de desenvolvimento a extensão de cobertura através dos serviços básicos (atenção primária) difundida pelos organismos internacionais, que gerou um movimento de reafirmação da exigência de priorização municipal para a atenção primária através dos postos de saúde e outras medidas enfocando a gestão do município.

e a Aliança Democrática, foi eleito Tancredo Neves, encerrando o ciclo de vinte anos de governos militares, mas com continuidades do processo de transição pactuada.

É nesse momento, com a abertura política e o processo de democratização, que o movimento de Reforma Sanitária vai construir novas mediações para seu projeto de saúde. A inserção de integrantes do movimento de Reforma Sanitária nas instancias de planejamento e assistência com propostas voltadas para a organização de um sistema em contraposição ao projeto privatizante por meio da atenção primária vai refletir na construção do projeto que segue na luta pelo direito a saúde. Para Escorel (2012, p. 352), nesse momento, “a movimentação no setor saúde alcançou grande desenvolvimento” e o movimento sanitário não só participou com os demais setores da sociedade brasileira da campanha “Diretas Já”, como trabalhou específica e intensamente em um projeto para a saúde diante das perspectivas de um regime democrático e justo⁹⁸.

Com a morte de Tancredo Neves e posse de José Sarney (1985-1990), tem início o período de transição. Em um cenário de crise econômica e o slogan “tudo pelo social”, as anunciadas políticas sociais-democráticas foram progressivamente substituídas por políticas conservadoras. No entanto, em 1985, representantes do movimento sanitário são nomeados para importantes cargos de direção governamental, com Sergio Arouca para a presidência da Fundação Oswaldo Cruz e Hésio Cordeiro para a presidência do Inamps, que reafirmam as Ações Integradas de Saúde (AIS) como estratégia de reorientação setorial. No entanto, a proposta de

⁹⁸ Como aponta Escorel (2012, p. 353), no governo Figueiredo, a partir das AIS, em 1982, “o movimento sanitário foi construindo e ampliando sua organicidade, estabelecendo contatos e alianças como os demais movimentos pela democratização do país e configurando sua singularidade”. Nessas condições, é construída a proposta do Prevsauúde, inicialmente denominado como pró-saúde, gestado por um grupo interministerial e com participação de técnicos do movimento sanitário, visava articular os ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, a partir dos serviços básicos de saúde. Esta proposta tinha influência do ideário “Saúde para todos no Ano 2000” difundido na Conferência de Alma Ata em 1978, como estratégia da OMS. Seu caráter racionalizador e democrático, no entanto, favorecia o setor público e enfrentou resistências dos setores privatizantes e conservadores que exigiram sua reformulação e após algumas versões foi engavetado. Com a crise da previdência tornada pública, em 1982, é apresentado o plano Plano Conasp (que previa um novo sistema de contas hospitalares, a racionalização da assistência ambulatorial e convênios para utilização de capacidade pública ociosa), e como proposta de ação é apresentado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que mesmo diante das resistências de posturas privatizantes, iniciou o processo de universalização da assistência médica, no qual as prefeituras passam a receber por produção e, financiadas pelo Inamps, oferecem atendimento a toda população. Em 1984, o PAIS foi transformado em AIS, redimensionado como uma estratégia de reorientação setorial que privilegiava o setor público e visa a integração interinstitucional, descentralização e democratização, sendo reconhecida oficialmente como estratégia federal. O PAIS/AIS significou a entrada do movimento sanitário na direção geral do Inamps, que no contexto dos conflitos existentes, evidenciou a implementação de propostas de articulação interministerial e unificação dos sistemas de saúde (ESCOREL, 2012, p. 353).

unificação do sistema de saúde com incorporação do Inamps ao Ministério da Saúde encontrou obstáculos, até mesmo por parte do movimento sanitário que estava dividido. Assim, foi convocada a 8ª Conferência de Saúde, em 1986, que deveria proporcionar elementos para o debate da Constituinte.

A partir desse momento, foram estabelecidas tensões entre as propostas para a saúde no país, que passam então a representar projetos societários distintos e antagônicos, disputa essa acirrada pelo movimento da sociedade brasileira no processo de democratização e do movimento de Reforma Sanitária. Nos debates da 8ª Conferência de Saúde, em 1986, com a participação ampliada de representantes populares e a não participação dos setores empresariais, foi reafirmada a necessidade de reestruturação do setor e a concepção da saúde determinada pelas condições sociais⁹⁹. Nesse momento, considerado um marco, a questão da saúde “transbordou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO, 2007, p. 93).

Como desdobramento dessas propostas, foi criado o Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), em 1987, visando a descentralização dos serviços de saúde, como uma estratégia transitória para o SUS. O Inamps deixou de atuar como órgão responsável pela execução direta ou indireta de ações de saúde, repassando gradativamente suas atribuições aos governos estaduais e municipais. A implantação do Suds gerou a polarização do debate no interior do movimento sanitário, com questionamentos sobre seu caráter de reforma administrativa. As resistências também ocorreram por parte das lideranças político-regionais, após a demissão do presidente do INAMPS.

No processo da Constituinte, a assembleia se transformou numa arena política em que os interesses na saúde se organizam em dois blocos polares: os grupos empresariais, representante dos hospitais e da indústria farmacêutica e as

⁹⁹ A 8ª Conferência Nacional de Saúde reuniu mais de quatro mil pessoas. Segundo Escorel (2012), as conferências tiveram início em 1937 com objetivo de articular o governo federal com os governos estaduais prestando informações sobre as políticas e as subvenções financeiras. Mesmo com algumas mudanças instituídas, o caráter da 8ª Conferência é um marco de transformação nesses Fóruns. Com ampla participação das organizações da sociedade civil, com delegados eleitos, representações sindicais, associações de profissionais de saúde, movimentos populares, CEBES, ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), foram discutidos e aprovados, a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaboradas novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social. A partir dessa Conferência, foram modificadas as bases de organização, deliberação e representação das Conferências Nacionais de Saúde, configurando o modelo que perdura até o presente momento. A 8ª Conferência teve desdobramentos com discussões em conferências específicas.

forças da Reforma Sanitária. Após o debate detalhado de cada projeto, de diversos interesses em disputa, as alterações incorporadas ao texto, o texto constitucional foi inspirado nas proposições defendidas durante pelo movimento sanitário, embora diversas demandas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo (BRAVO, 2007, p. 93). Como parte do conjunto da Seguridade Social, junto com a Previdência Social, de acesso contributivo, e da Assistência Social, não contributiva, mas voltada para aqueles de que dela necessitem, a Saúde é apresentada como direito de todos e dever do Estado, de acesso universal.

Seção II DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199 – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convenio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

O processo da Constituinte revelou uma sociedade que emergiu com força, referendando a dimensão política das políticas sociais com estreita vinculação com a defesa da democracia e incorporando direitos e conceitos de proteção de cunho universais, num embate direto com os interesses do setor privado frente às propostas. Contudo, o projeto privatizante alcançou uma brecha – Art. 199 - estabelecendo-se como ação complementar.

O processo de distensão e abertura política expressa a tensão existente entre a continuidade e a mudança presentes em nossa história. Sobre esse momento de transição, Viana (2004) aponta que a lógica democrática instituída não constituiu um movimento de ruptura revolucionária, com dissociações entre democracia política e

o processo de democratização social, com racionalização da participação política. O autor aponta os avanços na elaboração da Constituição de 1988 e as mudanças na configuração da direção das elites políticas, agora direcionadas por valores do mercado, com subordinação às exigências da modernização capitalista. Nesse momento, o “fermento revolucionário” está centrado na democracia e as estratégias do Estado centradas na dissociação entre democracia política e processo de democratização social, buscando racionalizar a participação política e propor reformas, não constituindo um movimento de ruptura revolucionária. A forma de resistência à ditadura que abriu caminho para a transição à democracia foi a das rupturas moleculares, tendo como inspiração principal os temas da democracia política, os quais, sobretudo a partir de meados dos anos 1970, foram crescentemente vinculados ao da agenda da democratização social. Foi esse binômio democracia política – democratização social “que extraiu uma política de erosão – e não de enfrentamento direto – das bases de legitimação do poder autocrático, combinando-se eficácia nas disputas eleitorais – então heterodoxamente convertidas em “formas superiores de luta” – com a defesa dos interesses do sindicalismo e a explicitação de uma nova pauta de direitos a serem conquistados pelos setores subalternos (VIANNA, 2004, p. 53).

As contradições do processo de democratização vão repercutir diretamente na oferta dos direitos sociais, diante dos ataques à reforma constitucional por meio da contrarreforma do Estado. Bravo (2007, p. 81) reconhece que “esse período foi marcado por intensas contradições e teve como binômio a dialética continuidade X ruptura, embora aspectos de continuidade tenham sido predominantes na sua efetivação”. Com isso, “pode-se apontar como elementos significativos para a ocorrência deste fenômeno a histórica fragilidade dos partidos políticos brasileiros e o refluxo dos movimentos da sociedade civil”.

O cenário que se configurou com a democratização do país também teve suas repercussões no movimento de Reforma Sanitária. Bravo (2006, p. 12) reconhece os limites quanto à implementação da reforma sanitária, pois no final da década de 1980 já haviam algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária e destaca “a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a

reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor”.

Sobre este momento, Paim (1997, p. 16) traz a reflexão sobre os obstáculos da prática da Reforma Sanitária na constituição dos serviços, destacando os impasses e as distintas análises e posições ideológicas no projeto, chamado de “dilema reformista”. Para o autor, uma das estratégias do movimento estava centrada na proposta de mudança do modelo, os quais foram constituídos pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), considerados passos fundamentais para a Reforma. No entanto, a crítica à defesa desse modelo assistencial questionava se o paradigma adotado seria capaz de dar conta da complexidade e da abrangência do projeto, o que estabeleceu uma polêmica, entre a “dialética do possível” e a “dialética do desejo”.

Essas contradições no interior do movimento de Reforma Sanitária, com a presença de diferentes perspectivas, levaram ao questionamento da real efetivação dos ideais do projeto de reforma, que se constituiu de forma racionalizadora e não representou rupturas significativas. No entanto, Paim (1997) rebate essa crítica, afirmando que:

Se a leitura da crise do setor saúde efetuada pelo projeto de Reforma implicava a reorganização do sistema de saúde, a gestão democrática e o planejamento participativo, como não considerar, seriamente os resultados alcançados nesses componentes técnico-institucionais? Se a unidade dialética entre a construção de um saber, a ideologia e as práticas têm uma história que precisa ser ensinada, a unidade dialética da teoria da Reforma Sanitária com a práxis no sistema de serviços de saúde tem que ser, progressivamente, posta em prova gerando acumulações de fatos políticos – sociais. Não parece convincente, portanto, aguardar o “Grande Dia” em que seria declarada, finalmente, a implantação da Reforma Sanitária. Muito menos esperar que todos os objetivos perseguidos resultem ações concretas a partir das práticas teóricas, política e ideológica do movimento sanitário (PAIM, 1997, p. 16).

Em que pese as contradições desse momento, a Reforma Sanitária também influenciou a formação do conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes, incorporado à Constituição da República e pelas legislações que a regulamentaram. Segundo Paim (1997), esses conceitos refletem a produção teórico-crítica da Saúde Coletiva no Brasil.

[...]do mesmo modo, os princípios e diretrizes relativos aos direitos à saúde, à cidadania, à universalização, à equidade, à democracia e à descentralização conferem uma atualidade dessa produção, sobretudo pela contribuição das ciências sociais ao campo da Saúde Coletiva. Já as

propostas de Sistema Único de Saúde de rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, de atendimento integral, de participação da comunidade, e de adoção de promoção, proteção e recuperação da saúde, presentes naquele arcabouço jurídico, tiveram como matriz conceitual o paradigma originário do movimento preventista e da saúde comunitária (PAIM, 1997, p. 14).

A saúde foi uma das áreas em que os avanços foram mais significativos, constituindo uma política de cunho universal no cenário de disputa com o projeto privatista. Nessa direção, destaca-se como avanço a incorporação da concepção ampliada de saúde, considerando a determinação social da saúde na busca por melhores condições de vida e de trabalho; a nova organização do sistema de saúde através da construção do SUS, em consonância com os princípios da integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e o financiamento do Estado.

Por outro lado, destaca-se a derrota do projeto de Reforma Sanitária ao ser garantida abertura para a saúde privada, considerando sua oferta de forma complementar. Situado nesse campo de disputa, a constituição da política de seguridade social passa a ser intensamente atacada nos anos seguintes, evidenciando-se a disputa entre dois projetos societários.

Nessa retomada histórica, podemos reconhecer que as propostas do movimento de Reforma Sanitária, que trouxeram importantes avanços na política de saúde no país, também apresentam em seu interior, impasses que vão se refletir diretamente na construção dos modelos de atenção construídos na década de 1990. Os elementos de discussão da medicina comunitária vão se constituir na proposta da atenção básica no país que, no cenário de ajuste neoliberal, vai se efetivar na proposta de Saúde da Família.

3.3 O Sistema Único de Saúde e a Contrarreforma

A distância entre a noção de direito presente na legislação e a qualidade dos serviços ofertados é um questionamento comum na crítica ao SUS. No entanto, é preciso considerar que sua concepção se deu em um processo de democratização, mas sua implantação, ocorreu em um cenário neoliberal. Os avanços na política de saúde, resultado das mobilizações ocorridas no período de 1980, retrocedem nos anos seguintes em suas conquistas e organização política. O movimento de

continuidade presente na história brasileira mais uma vez consolidou os interesses econômicos e políticos da elite burguesa.

A análise da política de saúde hoje traz como exigência a mediação entre os princípios de sua concepção na Reforma Sanitária e sua real efetivação frente ao embate com o projeto privatista no processo de contrarreforma. No entanto, a fragilidade da discussão sobre o neoliberalismo no debate sobre Atenção Primária revelada na análise dos textos de referência dos cursos é reforçada na discussão sobre o SUS e a implantação da Saúde da Família no Brasil. No plano geral, a análise do SUS e da Saúde da Família é feita sem considerar ou mencionar os impactos do neoliberalismo.

Dos cursos analisados, somente os conteúdos da UFMS e UFSC abordam a questão, com destaque aos impactos do neoliberalismo na fragilização dos movimentos sociais, no fortalecimento das seguradoras de planos de saúde, do complexo médico industrial e da lógica das agências internacionais. Como afirmam Santos; Batiston (2010):

Nos anos 90, os efeitos sociais e ideológicos do neoliberalismo começam a ser sentidos com toda intensidade, também no Brasil, e sua expressão nos setores populares se traduz em uma redução importante da organização e mobilização dos movimentos sociais e sindicatos dos trabalhadores. [...] Tudo que vimos até aqui nos indica que, no caso do SUS, além de construir é preciso resistir, e muito, contra as forças sociais que buscam um projeto hegemônico de cunho privatista na área da saúde. [...] reafirmamos que em cada momento histórico de cada sociedade, forças sociais se aliam e se enfrentam, buscando assegurar a hegemonia de seus projetos. [...] O direito à saúde e outras importantes histórias e conquistas efetivas, capazes de indicar o que é possível fazer coletivamente, são, entretanto, pouco lembrados no dia-a-dia. Concorrem para isso vários motivos, entre eles, a dificuldade de perceber que a luta coletiva pela saúde de qualidade para todos nós ganha, pois forças sociais, comprometidas com outros projetos, em especial a privatização da saúde, permanecem na busca pela hegemonia. (SANTOS; BATISTON, 2010, p. 50)

Do mesmo modo, podemos observar em Verdi, Da Ros, Souza (2012, p. 48), apontam que um fator determinante para a manutenção desse modelo de política foi o apoio financeiro do Banco Mundial, entendendo que isso baixaria o custo total do sistema de saúde. Assim, a lógica de política de “cesta básica” era uma lógica completamente diferente da do Movimento Sanitário.

No debate sobre o SUS, os demais textos apresentam alguns impasses ou dificuldades como o subfinanciamento e as insuficiências da gestão local:

Apesar dos seus inegáveis avanços, como atestam os números citados anteriormente, a construção do SUS encontra vários entraves, entre os quais destacamos, para os propósitos do presente texto, apenas dois, até porque eles com certeza impactam diretamente no seu trabalho como membro de uma equipe de Saúde da Família: a) o subfinanciamento; b) as insuficiências da gestão local do SUS (REIS, ARAÚJO, CECÍLIO, 2014, p. 13-17).

A contraposição do SUS ao modelo médico hegemônico é questionada por Faria et al. (2010, p. 28) ao afirmar que “atualmente, convivem no Brasil diversas formas de organizar e prover os serviços”, pois “seja no SUS ou na saúde suplementar, o sistema de saúde é ainda fortemente centrado nos médicos e hospitais”.

Considerando que este é o cenário no qual a Saúde da Família é implementada, a análise dessa conjuntura assume centralidade, pois é ela que vai determinar os rumos que o Projeto de Reforma Sanitária vai tomar. É nesse contexto que os embates pela direção pública ou privada do sistema de saúde que já se desenhavam no processo do movimento de Reforma Sanitária vão tomar novos contornos em uma disputa hegemônica. Ao se consolidar o projeto com o reconhecimento do direito à saúde como direitos público, gratuito e universal, os interesses privatistas foram acirrados tendo como ferramenta as políticas de ajuste neoliberais que serão assumidas pelos governos que se seguirem.

Neste momento, é configurada a disputa hegemônica entre diferentes projetos na saúde: o projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, conforme nos aponta Bravo (2007). Essa disputa, no entanto, está situada em um contexto social no qual se estabelecem dois projetos societários antagônicos em disputa: “o da sociedade articulada sobre uma democracia restrita que diminui os direitos sociais e políticos e o de uma sociedade fundada na democracia de massas com ampla participação social”. Esses dois grandes projetos societários vão repercutir diretamente nas diversas esferas das políticas sociais e na saúde vão se estabelecer nas tensões entre o projeto de reforma sanitária e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista.

O projeto de Reforma Sanitária toma como base o Estado Democrático de Direito, tendo como premissa a saúde como direito social e dever do Estado, com defesa da ampliação das conquistas sociais, democratização do acesso, déficit social e financiamento efetivo, com a estratégia da descentralização e controle social. O projeto privatista, toma como base o Estado Mínimo, com parcerias e

privatização, com recurso ao debate da crise financeira, a dicotomia entre universalização e focalização, déficit público, diminuição dos gastos sociais, com a estratégia da refilantropização (BRAVO, 2007, p. 13).

As propostas de reforma neoliberal implementadas nesse momento buscam adequar-se às orientações de organismos financeiros internacionais, que assumem o protagonismo na condução das políticas sociais nos “países em desenvolvimento”, em especial, na política de saúde. Segundo Correia (2007), o poder do capital financeiro é defendido pelas instituições financeiras internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) e Organização Mundial do Comércio (OMC) que, representando os interesses dos Estados mais poderosos do mundo, pressionam os demais Estados nacionais a adotarem políticas de ajuste, impondo reformas políticas, econômicas e socioculturais, interferindo na autonomia desses países mediante as condicionalidades de suas políticas.

Na perspectiva neoliberal, o Estado deve deixar de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para tornar promotor e regulador. Atacando especialmente a política social, como destaca Laurell (1997, p. 163), os organismos internacionais “propõem uma política de beneficência pública ou assistencialista com um forte grau de imposição governamental sobre que programas instrumentar e quem incluir, para evitar que se gerem “direitos”. Além disso, para se ter acesso aos benefícios dos programas públicos, “deve-se comprovar a condição de indigência. Rechaça-se o conceito dos direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los através da ação estatal. Portanto, o neoliberalismo opõe-se radicalmente à universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais”.

É nesse cenário de disputa que o Sistema Único de Saúde vai se colocar como espaço de disputa hegemônica entre projetos. Os governos que se seguiram, sob orientação neoliberal, vão, conseqüentemente, limitar o caráter universal e democráticos das conquistas constitucionais. A Lei Orgânica da Saúde (8080/90), que instituiu o sistema e regula todos os serviços de saúde no país, especifica princípios, objetivos, atribuições, organização, direção e gestão em diversos níveis, a relação com o setor privado, financiamento, gestão financeira, recursos humanos, planejamento, foi alvo de diversos vetos. A Lei 8142/90 veio complementar com a regulação da participação na comunidade no SUS, assegurando as instancias colegiadas, as conferências e conselhos de saúde, bem como orientar a

transferência de recursos financeiros e exigir a formulação de planos de saúde e criação de fundos de saúde. No entanto, Paim (2007) destaca que nos bastidores desse processo se alterou a correlação de forças no interior do próprio movimento sanitário e o recuo dos movimentos sociais impôs um espaço mais fechado no qual “encontros de bastidores e negociações pouco transparentes deram as cartas no jogo político de implantação do SUS”¹⁰⁰.

O processo de municipalização também trouxe grandes embates no processo de construção do SUS, que configurou o crescimento do movimento municipalista no aparelho estatal de saúde. Após o impeachment de Collor, em 1992, o governo Itamar promoveu a descentralização através da NOB/93 que, ao estabelecer diferentes condições de gestão (incipiente, parcial e semi-plena), reforçou o papel dos conselhos, propiciou a experimentação de modelos assistenciais alternativos e a reativação de movimentos de cidadania. No entanto, observou-se a expansão da assistência médica supletiva com diversificação de planos de saúde e pressões da indústria farmacêutica. Paim (2007) destaca que, nesse momento, houve redefinições no movimento sanitário, com a distinção entre movimento social em relação aos movimentos de gestores e de profissionais. Com a extinção do Inamps, momento em que o Ministério da Previdência Social deixou de repassar recursos para o SUS, questionava-se a concepção solidária da seguridade social. É nesse período que foi criado o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS).

A afirmação da hegemonia neoliberal com redução dos direitos sociais repercutiu diretamente nas políticas sociais e trabalhistas, no momento em que a reestruturação produtiva¹⁰¹ transformou as relações de trabalho e impôs um novo modo de vida aos trabalhadores, contribuindo com o crescimento da pobreza, com o

¹⁰⁰ Paim (2007) destaca que, no período do governo Collor, acreditava-se em um sanitarismo de resultados, capaz de oferecer num período recessivo e marcado pela ideologia neoliberal. Considerava-se possível que grupos orgânicos às políticas racionalizadoras poderiam aderir ao projeto conservador em saúde, atuando numa faixa paralela entre a privatização do setor, ainda que utilizando a retórica da Reforma Sanitária. O recuo da Abrasco na desmobilização do discurso da Reforma Sanitária deu espaço aos gestores do Conass e Conassens, que ocuparam espaço e alcançaram um protagonismo maior no processo político, repercutindo até mesmo no espaço dos conselhos.

¹⁰¹ Segundo Antunes (1996, p. 92), o capitalismo tardio transitando para um regime de “acumulação flexível”, reestrutura radicalmente o mercado de trabalho, seja alterando a relação entre excluídos/incluídos, seja introduzindo novas modalidades de contratação (mais flexíveis, do tipo trabalho precário), seja criando novas estratificações e novas discriminações entre os que trabalham. A exigência do trabalho vivo e polivalente, bem como a capacidade de decisão requerida pelas tecnologias emergentes, conserva os padrões de exploração, que se revelam mais acentuados.

desemprego estrutural, com a precarização do trabalho, com o desmonte da previdência pública e com o sucateamento da saúde e da educação.

No governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), esse processo foi aprofundado através da Reforma do Estado¹⁰², dirigida por Bresser Pereira, quando a administração pública, em seu caráter patrimonialista e burocrático construído no cenário histórico, assume a dimensão gerencial. O impacto desse processo recaiu sobre os serviços públicos, com privatização de empresas estatais, flexibilização de serviços sociais oferecidos pelo Estado com a transferência dos serviços para o setor público não estatal através de Organizações Sociais atuando como parceiras do Estado (BATISTA, 1999, p. 63).

Ao tempo em que o Estado se desresponsabiliza pela condução direta das políticas sociais, transfere essa responsabilidade para a sociedade civil, por meio de Organizações Não-Governamentais (ONG's), o chamado Terceiro Setor, ao meio empresarial através da responsabilidade social. Ainda no governo FHC, são adotadas as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), em que a prestação de serviços públicos é transferida para ONGs, cooperativas, associações da sociedade civil, por meio de parcerias. A lei das OSCIPs (Lei Federal nº 9.790/1999) garante maior alcance da terceirização e privatização, devido a seu caráter mais autônomo, permitindo que as ações do governo sejam transferidas para o setor privado.

Como exemplo claro desse processo, destaca-se a Assistência Social que, mesmo estando no campo de seguridade social e sendo regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social em 1993 (LOAS 8742/93) (mesmo depois de ter sido vetada integralmente por Collor), permaneceu na condição assistencialista através

¹⁰² Segundo o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (Brasil, 1995, p. 13) “a reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. [...] Para realizar esses dois últimos objetivos, que se tornaram centrais neste século, o Estado tendeu a assumir funções diretas de execução. As distorções e ineficiências que daí resultaram deixaram claro, entretanto, que reformar o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado. Daí a generalização dos processos de privatização de empresas estatais. [...] Deste modo, o Estado reduz seu papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se entretanto no papel de regulador e provedor ou promotor destes, principalmente dos serviços sociais como educação e saúde, que são essenciais para o desenvolvimento, na medida em que envolvem investimento em capital humano; para a democracia, na medida em que promovem cidadãos; e para uma distribuição de renda mais justa, que o mercado é incapaz de garantir, dada a oferta muito superior à demanda de mão-de-obra não-especializada. Como promotor desses serviços o Estado continuará a subsidiá-los, buscando, ao mesmo tempo, o controle social direto e a participação da sociedade”.

do Programa Comunidade Solidária, com forte presença de ONGs e do setor empresarial, por meio da responsabilidade social. Nesse sentido, Motta (2010) confirma a tendência sinalizada na década de 1990 sobre a seguridade social, apontando “a privatização e assistencialização da proteção social”, instituindo a figura do cidadão consumidor e do cidadão pobre, objeto da assistência social.

As Organizações Sociais (OSs), instituídas pela Lei nº 9.637/1998, segundo Resende (2008), são concebidas como instrumentos de viabilização e implementação das políticas públicas sob o entendimento de que ao Estado cabe a função reguladora¹⁰³. Sob o argumento de parceria e modernização do Estado, diversos municípios passaram a transferir serviços de saúde a entidades terceirizadas, por meio de contratos de gestão, entregando para as OSs bens e imóveis, recursos humanos e financeiros, dando-lhe autonomia para contratar, comprar sem licitação, outorgando-lhe o gerenciamento, execução e prestação de serviços públicos de saúde. As OSs podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas, ficando sob a supervisão de uma comissão de avaliação.

Além do processo de Reforma do Estado, a saúde, como área de grande interesse do capital, é alvo das determinações dos organismos internacionais conforme apontamos acima, que pelos seus documentos estabelece as diretrizes para reformas políticas nos países sobre seu domínio financeiro. As diretrizes do Banco Mundial estabelecem a quebra da universalidade do atendimento à saúde, a priorização da atenção básica, simplificação de procedimentos, seletividade e focalização do atendimento aos mais pobres, estabelecendo a lógica de custo-efetividade no financiamento, redução de recursos, com defesa da participação da rede privada e racionalização da gestão (CORREIA, 2007, p. 26).

Nessa lógica de forte ataque à concepção de seguridade social no governo FHC, Paim (2007, p. 205) identifica distintos projetos políticos disputando a hegemonia no campo da saúde: o projeto conservador reciclado pelo neoliberalismo que trata a saúde como doença e como mercadoria com assistência pública aos pobres; o projeto de Reforma Sanitária respaldado nos princípios constitucionais

¹⁰³ Conforme o Plano de Reforma do Estado encaminhado ao Congresso Nacional em 23 de agosto de 1995, o governo FHC parte do princípio de que as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não executá-las (Resende, 2008, p. 25). As Organizações Sociais são estabelecidas na Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998, classificadas como “organizações sociais de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e à preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde”.

conquistados; e o projeto de “reforma da reforma”, com a proposta de reconstrução dos sistemas públicos de saúde na perspectiva do planejamento, da gestão e de práticas médico-sanitárias comprometidas com novos modelos de gestão.

Sobre o movimento de Reforma Sanitária, Paim aponta que este se transformava cada vez mais em sistema “resignando-se com o instituído e reduzindo uma reforma social do porte da RSB como uma mera questão administrativa de financiamento e gestão”. Para o autor, com a instituição da CPMF como estratégia para financiamento, cresce o discurso de “flexibilização do SUS e abre-se espaço para as ordenações do processo de Reforma do Estado”. Nesse contexto, ocorre a formação da Rede Unida¹⁰⁴, como novo sujeito político do movimento sanitário.

É neste cenário que a Saúde da Família, iniciada com o PACS, vai assumir um novo foco na gestão de José Serra no Ministério da Saúde, através do Piso da Atenção Básica. Com a reeleição de FHC, a Saúde da Família é posta como meta de ampliação, enfatizando o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), programas voltados para a criança e adolescente, vigilância e controle de doenças, assistência de urgência e emergência, humanização do atendimento e a proteção ao consumidor, incluindo a regulação dos planos de saúde. Nesse momento, a Reforma Sanitária não se apresentava na agenda do governo nem era enfatizada pelo movimento sanitário, inclusive através de seus protagonistas como o CEBES e a ABRASCO. No entanto, o Brasil passa a ocupar posição de destaque no plano internacional com a política HIV/ AIDS.

Diante do cenário de desmonte das políticas públicas instituídas nos governos FHC, a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva para presidente da República gerou a expectativa de mudança desse paradigma, já que se elegia pela primeira vez no país um representante da classe operária. As expectativas nesse momento eram da implementação de medidas com direção popular para reafirmação dos princípios democráticos das políticas sociais e da participação popular¹⁰⁵. No entanto, Bravo

¹⁰⁴ Paim (2007) identifica três correntes entre os participantes da Rede Unida: a que se identificava com o governo FHC e procurava reatualizar a RBS para melhor integra-la (“reforma da reforma”); a que apostava no espaço de contradições e nas possibilidades de FHC avançar na saúde e outra que criticava o projeto do governo como incompatível com as políticas sociais.

¹⁰⁵ Sobre o governo do Partido dos Trabalhadores, Menezes (2014) citando Iasi (2012), aponta que o Partido dos trabalhadores foi organizado pelos setores mais combativos do operariado, com posição anticapitalista e projeto socialista, se transformando, posteriormente, em um dos baluartes do capitalismo no Brasil, em uma inflexão que levou o partido da negação ao consentimento. Em sua análise, cita Demier (2008) que aponta que o PT transitou de um projeto original socialista – embora um socialismo mal definido e difuso- para a linha social-democrata da terceira via, ou seja, sem ter passado pelo Estado de Bem-Estar Social com políticas sociais distributivas. Com os governos de

(2007, p. 14), ao analisar a política de saúde no Governo Lula, afirma que as propostas defendidas após o seu primeiro governo “dão sequência à contrarreforma do Estado iniciada na gestão de FHC, encolhendo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado, ligadas não somente à produção econômica, mas também aos espaços conquistado”.

No primeiro mandato, Bravo (2007) destaca como inovação na política de saúde o retorno da concepção da Reforma Sanitária com a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar cargos de direção no Ministério da Saúde, com criação de secretarias de Gestão estratégica e participativa e Gestão do trabalho e educação em saúde. A convocação da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) também representou um avanço com a escolha de um representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT), para assumir a diretoria executiva do Conselho. A realização do 8º Simpósio sobre a Política de Nacional de Saúde, em 2005, resultou na elaboração da Carta de Brasília, reafirmando o compromisso do direito universal e integral à saúde.

As iniciativas de debate sobre as propostas da Reforma Sanitária se fortalecem com a formação do Fórum da Reforma Sanitária. O Pacto pela Saúde (Portaria 399/GM/2006) rediscutiu a organização e o funcionamento do SUS para avançar na implementação de seus princípios, proposta esta que ainda não tem sido debatida amplamente (Bravo e Menezes, 2008, p. 20). No segundo mandato, houve a escolha do Ministro José Gomes Temporão, participante do movimento de Reforma Sanitária, que leva ao debate questões polêmicas como o aborto, as bebidas alcoólicas e a fiscalização farmacêutica, mas, no entanto, não abordou as questões centrais do debate reformista como a concepção de Seguridade Social (BRAVO, 2007, p. 17).

Nessa política de continuidade do governo Lula, a questão da gestão dos serviços de saúde reafirma a tendência de transferência de responsabilidades e privatização e a proposta das Fundações Estatais de Direito Privado, em 2007, surge como mais uma estratégia para privatização das políticas sociais, com o discurso de melhoria da qualidade e eficiência da gestão. As Fundações são caracterizadas por instituições da administração indireta gestonária do serviço

Lula e Dilma, esse processo de transformismo político do partido, finalmente, se completaria. Sendo assim, aponta a reflexão de Arcary (2011) que sinaliza que os governos PT têm sido uma experiência de “um reformismo quase sem reformas” ou governos quase sem reformas progressistas e muitas reformas reacionárias ou contrarreformas.

público, com função de gerenciar, executar em lugar do Estado e com recursos públicos os serviços que eram administrados diretamente. Trata-se de uma modalidade específica de descentralização da administração pública por delegação de serviço que ocorre sempre que um serviço público é prestado por intermédio de uma instituição de direito privado.

As Fundações se diferenciam das OSs ou OSCIPs pelo fato de serem de origem pública, mas com gestão organizada à maneira da iniciativa privada, nos moldes do direito civil comercial. Para Granemann (2008), as Fundações Estatais simbolizam a contrarreforma do Estado brasileiro no âmbito das políticas sociais. A autora enfatiza que “a contrarreforma estatal permitiu à iniciativa privada transformar todas as dimensões da vida social em negócios”; ao definir de modo rebaixado o que são atividades exclusivas do Estado, permitiu a entrega das estatais ao mercado pela via das privatizações. É exatamente sobre as políticas sociais (de saúde, educação, cultura) que as fundações direcionam sua ação, o que representa uma estratégia para destruir a concepção de seguridade social. Para a autora, “o gerencialismo reivindicado amputa e despolitiza as relações de classe presentes nas políticas sociais”.

As repercussões desse processo, no entanto, abrangem uma série de processos, dentre eles os trabalhadores já que, nesse modelo, as contratações são realizadas pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em detrimento da estabilidade; a remuneração fica subordinada ao contrato de gestão e cada fundação terá seu plano de carreira, empregos e salários, o que cria um cenário propício para destruir o potencial de crítica e oposição da força de trabalho. A proposta também vai de encontro aos princípios da participação e controle social já que o processo decisório nas fundações é constituído de “forma técnica, neutra sobre a política” (GRANEMANN, 2008, p. 38).

No governo Lula, a perspectiva da política social é tratada a partir da focalização, precarização e terceirização de recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade para viabilizar a concepção de Seguridade Social (Bravo e Menezes, 2008). Como exemplo, as autoras citam o enfoque no programa Bolsa Família como política de assistência social para enfrentamento da pobreza. Esse programa não se constitui como um direito, pois se trata de uma iniciativa do governo que pode ser extinta a qualquer momento. Destacam também a política de contrarreforma na previdência.

Como exemplo da focalização na política de saúde, Bravo e Menezes (2008, p. 20) destacam a centralidade do Programa Saúde da Família, “sem alterações significativas para que o mesmo se transformasse em estratégia de reorganização da atenção básica superando seu caráter de programa de extensão de cobertura para as populações carentes”. Nesse momento, a Saúde da Família é instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, como Estratégia para a mudança de modelo assistencial e, para sua reafirmação, há intenso investimento na expansão da proposta nos municípios brasileiros.

No campo da seguridade social, Mota (2010, p. 144) afirma que “o Estado capitalista amplia o campo de ação social da Assistência Social ao mesmo tempo em que limita o acesso à saúde e previdência social públicas”. Para a autora, ao absorver as demandas derivadas do agravamento das condições de vida e trabalho da população brasileira através de políticas compensatórias, como é o caso da Assistência Social, “o Estado brasileiro define sua principal estratégia de enfrentamento da questão social”. Assim, “a Assistência Social passa a assumir, para uma parcela significativa da população, a tarefa de ser a política de proteção social e não parte da política de proteção social”.

Uma das características que o governo vai assumir é a perspectiva do neodesenvolvimentismo. Segundo Gonçalves (2012, p. 638), a experiência de desenvolvimento econômico brasileiro durante o governo Lula expressa um projeto que se pode denominar “desenvolvimentismo às avessas”, ou seja, “é a ausência de transformações estruturais que caracterizam o projeto desenvolvimentista”. Como aponta Sampaio Jr (2012, p. 679), o neodesenvolvimentismo consiste “em conciliar os aspectos ‘positivos’ do neoliberalismo”, e seu comprometimento “com o crescimento econômico, industrialização, papel regulador do Estado e sensibilidade social”.

Castelo (2012, p. 613) aponta que o novo desenvolvimentismo brasileiro emergiu da intelectualidade tucana que implementou o neoliberalismo no país, citando Bresser Pereira, que juntamente com outros autores, apontou para uma estratégia de desenvolvimento que “compatibilize altas taxas de crescimento econômico com a equidade social e propõe medidas de políticas macroeconômicas associadas a programas sociais de promoção de igualdade de oportunidades e reformas nos sistemas financeiros, educacionais e inovação tecnológica”. Desse modo, o autor afirma uma nova etapa da revolução passiva com acordos entre

modernas e arcaicas classes dominantes sob a égide da aristocracia operária que abandonou seus projetos de socialismo antes mesmo de assumir o governo, e um processo de transformismo, com uma nova fase do capitalismo dependente: sem rupturas, reafirmou-se o desenvolvimento desigual e combinado brasileiro.

Para Sampaio Jr. (2012) “a modesta retomada do crescimento econômico, após quase três décadas de estagnação, a lenta recuperação do poder aquisitivo do salário após décadas de arrocho, a ligeira melhoria na distribuição pessoal da renda”, junto com o aumento do consumo financiado pelo endividamento das famílias e a aparente resiliência do Brasil perante a crise econômica mundial “dão um lastro mínimo de realidade à falácia de que, finalmente, o Brasil estaria vivendo um ciclo de desenvolvimento”.

No governo Dilma Rousseff (2011-2014), Menezes (2014) aponta que as medidas demonstram que o enfoque no social não seria o mesmo do governo anterior e, sim, assumiria uma posição ainda mais privatista e comprometida com a manutenção do atual modelo econômico onde destaca-se: a lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo direitos sociais e ampliando o espaço do mercado; a falta de viabilização da concepção de seguridade social; o subfinanciamento e as distorções nos gastos públicos influenciados pela lógica do mercado; os avanços e recuos na experiências de controle social e participação popular, face à não observância das deliberações dos conselhos e conferências e a falta de articulação entre os movimentos sociais e avanço da privatização, em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através das parcerias público privadas.

É no contexto do governo Dilma que EBSEH¹⁰⁶ vai ser adotada como estratégia de transferência de gestão dos Hospitais Universitário no âmbito Federal. Para Correia (2014), “a entrega dos Hospitais Universitários (HUs) para uma empresa com personalidade jurídica de direito privado rompe com o caráter eminentemente público da Universidade e permite que a lógica do setor privado seja predominante nesse espaço”. A autora aponta que o que está em jogo nesse processo é “a quebra da autonomia universitária, da liberdade de ensinar, estudar e pesquisar, em um Hospital Universitário, a partir da necessidade em saúde e do

¹⁰⁶ A Lei Federal 12.550 de 15/12/2011 cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH)¹ para administrar instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, o que inclui hospitais universitários federais e hospitais das três esferas de governo.

processo de formação profissional”. Assim, alerta que a predominância da lógica mercantil, neste espaço, leva à priorização dos interesses do mercado privado da educação e da saúde, da indústria de equipamentos e medicamentos. Destaca a questão da estabilidade trabalhista, com fim do Regime Jurídico Único (RJU), pois os vínculos de trabalho com a empresa passam a ser CLT, substituindo servidores públicos por empregados públicos. Ressalta que “está em jogo o projeto de Universidade Pública, de qualidade, socialmente referenciada”.

Neste contexto, em que são evidenciadas as disparidades sociais diante dos investimentos em megaeventos no país, com a insatisfação de diversos grupos sociais, ocorrem diversas manifestações em massa com reivindicações por mudanças estruturais, culminando com as mobilizações de junho de 2013. No entanto, Demier (2014) destaca a estratégia midiática para enfraquecimento do potencial dessas mobilizações, através dos discursos de defesa da bandeira anticorrupção e da ideologia antipartido e a divisão dos manifestantes entre pacíficos e vândalos e artifícios jurídicos-políticos para atacar os que demandavam direitos sociais. As propostas apresentadas não representaram mudanças estruturais e no processo eleitoral evidenciou-se a polarização dos discursos, quando, após uma reeleição apertada, deu-se início a um intenso embate político, paralelo a um ataque maciço contra os direitos garantidos na Constituição, em especial a saúde, radicalizando o processo de contrarreforma.

Na direção da chamada “onde conservadora”¹⁰⁷, Cislighi (2016) destaca os impactos na política de saúde, que apesar de seu desmonte histórico, passa a sofrer ataques diretos a partir de políticos financiados por planos privados de saúde. A autora destaca, neste contexto, a MP 656/14 que passa a permitir a entrada de capital estrangeiro na saúde, o orçamento impositivo com a EC 86/2015, a Lei das Terceirizações PL 4.330/14, a PEC 451/14 que inclui o plano privado pelos empregadores, o não prosseguimento da CPI dos Planos de Saúde, e a Agenda

¹⁰⁷ A eleição de Dilma Roussef em 2014, com uma diferença de apenas 3,28% dos votos, contra o candidato do PSD Aécio Neves, evidenciou também a composição conservadora do congresso nacional com as denominadas, bancada do Boi (setores do agronegócio), bancada da Bala (com defesa a redução da maioria penal, do armamento e privatização dos presídios) e bancada da Bíblia (cristãos conservadores). Para Demier (2016, p. 23), “o conservadorismo vem, portanto, há algum tempo, se sedimentando no tecido social brasileiro e hoje rareiam suas manifestações epidérmicas. Em várias instâncias da sociabilidade burguesa periférica, a hegemonia conservadora é visível. Na política, na economia, nas expressões artísticas, na educação, nas ciências, na saúde, no esporte, nas relações afetivas e domésticas, enfim, no ramerrão da vida cotidiana, predominam, no país, prática e visões de mundo profundamente conservadoras”

Brasil com propostas de restrição a judicialização de demandas para o SUS e cobrança diferenciada do SUS por faixa de renda por meio do IRPF.

Assim, o processo de ajuste neoliberal denominado como reforma, que inviabiliza ou nega a efetivação dos princípios universais, configura-se como uma ampla contrarreforma na política de saúde. Uma contrarreforma que, na busca pela desresponsabilização do Estado na condução da política de saúde, seguindo as recomendações do Banco Mundial, tem priorizado a transferência da prestação de serviços.

No campo da saúde, além das repercussões da contrarreforma na estrutura da política, estas também vão atingir o processo de trabalho e as práticas em saúde, que também determinam a direção social dos serviços.

Em sua análise sobre os impactos da contrarreforma da saúde nas demandas de atendimento no serviço social, Soares (2010) desenvolve uma clara abordagem sobre as repercussões desse movimento no cotidiano do SUS. A autora destaca o movimento de racionalização do SUS, em que a contrarreforma na saúde não se caracteriza como um movimento explícito e amplo, pois é enfatizada a inovação em gestão, como as experiências das organizações sociais, fundações e cooperativas, divulgada sob forma de consenso como experiência exitosa, com a participação de lideranças do movimento de reforma sanitária, o que contribuiu para a legitimidade do processo. Para Soares (2010):

Este processo não vem ocorrendo de forma de um movimento explícito e amplo, muito pelo contrário, para burlar as possíveis resistências vem se constituindo de modo fragmentado, experimental e se espalhando paulatina e continuamente no interior do sistema [...] os princípios do SUS não são negados explicitamente, tendo em vista as possibilidades de resistência. Os princípios e fundamentos legais do SUS são refuncionalizados, adquirem conteúdos distintos da racionalidade hegemônica hoje no sistema [...]. Para isso foi necessário que ocorresse o transformismo de muitas lideranças do movimento de reforma sanitária, como um engajamento ativo destes como defensores e/ou formuladores da contrarreforma [...] Como seus princípios são refuncionalizados, os defensores da contrarreforma apresentam-se como defensores do SUS, da saúde pública e da reforma sanitária, quando, na verdade, o que está em gestação é um outro SUS, materializado hoje, que se contrapõe ao SUS histórico, efetivamente público, universal, democrático, resolutivo e integral, como consta na Constituição de 1988. As mudanças no sistema são apresentadas como continuidade da reforma sanitária e a contrarreforma realiza-se de maneira implícita, por dentro do próprio sistema (SOARES, 2010, p. 57).

A autora destaca ainda que a incorporação de intelectuais do movimento de reforma sanitária ao projeto de contrarreforma na saúde apresenta-se como o transformismo apontado por Gramsci. Reconhece que o transformismo “há ‘a

incorporação – engajamento molecular’ de intelectuais e lideranças do movimento de reforma sanitária ao projeto de contrarreforma na política de saúde”, que possibilita “uma defesa “dosificada” da reforma sanitária e, ao mesmo tempo, um empobrecimento de sua radicalidade, de maneira que a contrarreforma realiza-se molecularmente”, gestando-se um novo SUS dentro do SUS histórico. Com isso a autora afirma que é defendida a ação voltada para o “SUS possível”, em uma aceitação dos limites da contrarreforma (SOARES, 2010, p. 58).

Para Bravo (2007, p. 17), com a mudança no discurso dos protagonistas do Projeto de Reforma Sanitária, “há uma flexibilização de suas proposições pautadas nas possibilidades de ação no atual contexto brasileiro”. Desse modo, “diversos sujeitos sociais do Movimento Sanitário não têm enfrentado a questão central do governo, que é a subordinação da Política Social à política macroeconômica”. Assim, a perspectiva de Reforma relacionada à mudança de projeto societário tendo como horizonte a transição para o socialismo aparece de forma muito tênue e não se percebe a busca de articulação como outros movimentos sociais.

Este momento de intenso ataque aos direitos sociais também veio acompanhado pela desmobilização da sociedade. Se no campo da saúde os Conselhos representaram um importante avanço, para Menezes (2014, p. 07), nos anos 90, “os conselhos sofreram o impacto da desmobilização da sociedade e despolitização da sociedade que cria obstáculos concretos aos projetos societários contestadores das relações capitalistas de produção e limita as possibilidades de mudanças aos marcos do reformismo político”. Nesse contexto, a repolitização da sociedade civil tem se dado por meio de ações que contribuem para o apassivamento dos movimentos sociais populares e da valorização da participação popular colaboracionista. Nessa conjuntura de fragilização das lutas sociais, constata-se que as entidades da sociedade civil não conseguiram uma defesa da seguridade social, e da saúde em particular, com destaque aos movimentos sociais, sindical, partidos políticos e o movimento sanitário. No entanto, a autora ressalta o surgimento, nos anos 2000, de novas frentes no campo sindical, movimentos sociais e partidos com caráter classista que resistem ao processo de cooptação.¹⁰⁸ Como

¹⁰⁸ Menezes (2014), como exemplo, cita a CSP Conlutas (Central Sindical Popular) e a Intersindical (Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora) que rompeu com a CUT (Central Única dos Trabalhadores), o MST, o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), o Movimento de Trabalhadores sem Teto (MTST), o PSOL (Partido do Socialismo e da Liberdade), o PSTU (Partido Socialista dos Trabalhadores Unificados), o PCB (Partido Comunista Brasileiro) e a Consulta Popular.

movimento contra hegemônico, destaca a Frente Nacional contra a privatização da Saúde e os Fóruns de Saúde que, compostos por diversas entidades, retomam as lutas da Reforma Sanitária e buscam articular a defesa da saúde pública estatal e universal.

Ao analisar o espaço do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, Silva (2014, p.84) afirma que quanto aos intelectuais, na contemporaneidade, no que diz respeito ao projeto de RSB, identifica-se a disseminação junto aos sujeitos políticos coletivos de duas perspectivas antagônicas que orientam as suas práticas: as ideologias da pós-modernidade e a do neodesenvolvimentismo; e a radicalização da democracia e a construção da vontade coletiva. As concepções da pós-modernidade em articulação com a ideologia social-liberal “vêm se constituindo como base para o projeto de hegemonia do capital e têm contribuído para apassivar as lutas sociais, através da construção de consensos”. Para a autora “tais ideologias tem uma influência significativa no modo como esses consensos tem realizado e disseminado a leitura da realidade e orientado as práticas dos sujeitos políticos coletivos”.

Em sua reflexão sobre as concepções de práticas de saúde e de organização de serviços, Paim (2007, p. 168-69) aponta que a partir da operacionalização do preventivismo, a Medicina Comunitária imprimiu certa racionalidade na organização dos serviços de saúde, enfatizando noções como regionalização, hierarquização, participação comunitária, multiprofissionalidade entre outras”. No entanto, “novos aportes conceituais, metodológicos e operativos surgiram a partir das disciplinas de planejamento e administração, tais como análise de custo-benefício e custo-efetividade, programação, planejamento participativo, sistema de informação etc.” Na busca pela problematização do economismo e do estruturalismo e da redução ao enfoque na estrutura de poder, o autor aponta a recomposição conceitual, em especial, a organização social das práticas em saúde e a produção no campo da saúde coletiva sobre alternativas de práticas, a partir de uma reflexão teórica sobre tecnologias (materiais e não materiais) e sobre o modelo de organização tecnológica do trabalho em saúde. Destaca que “o conceito de práticas de saúde, inicialmente pouco considerado na análise política do movimento sanitário ou na formulação macro-política, tornou-se imprescindível para balizar a implementação da Reforma Sanitária”. Nessa renovação das práticas de saúde surgiu a proposta de vigilância da saúde, “concebida como prática sanitária que organiza os processos de trabalho em saúde no plano coletivo, articulada às intervenções centradas sobre os

danos, riscos e determinantes sócio-ambientais”, estimulando a reatualização do debate sobre promoção da saúde e a qualidade de vida.

O autor destaca ainda que, “a valorização da dimensão subjetiva dessas práticas, das vivências dos usuários e dos trabalhadores do setor, além de uma preocupação com a comunicação e diálogo com outros saberes e prática, abre novas perspectivas de reflexão e ação”. Nesse sentido, destaca um conjunto de pesquisas sobre processo de trabalho em saúde e as tecnologias, reconhecendo a fragilidade do movimento em torno da Reforma Sanitária no Brasil, com debates que estimulam a construção de modelos voltados para a qualidade de vida e humanização do cuidado, o debate sobre a promoção da saúde (Carta de Fortaleza, 1995), Política Nacional de Saúde, Pacto pela Vida em 2006), a experiência dos distritos sanitários e das ações programáticas de saúde, como acúmulo significativo do SUS, em torno da Estratégia de Saúde Da Família”. Esta perspectiva, irá ter grande incidência nas formulações da Saúde da Família.

O caráter progressista da Saúde da Família, defendido muitas vezes por grupos participantes da Reforma Sanitária brasileira, deve ser considerado neste contexto de contrarreforma e transformismo com estratégias de refuncionalização dos princípios SUS. Podemos considerar, portanto, que a implementação da Saúde da Família no âmbito da contrarreforma na saúde, ao ser incorporada inicialmente como programa e, posteriormente, como estratégia para atenção básica em saúde, é composta por grupos com diferentes posicionamentos que representam o jogo de forças sociais no âmbito da reforma sanitária e do projeto privatista.

Como discutimos acima, a contrarreforma no tempo do capital financeiro tem sua repercussão direta na construção dos serviços e também na prática profissional em saúde. Nesse sentido, reconhecemos que a Saúde da Família em sua particularidade é revestida por uma instrumentalidade referenciada em perspectivas teórico-práticas que representam distintos projetos e que tem se apresentado como novo recurso para leitura da realidade das famílias e das comunidades, determinando a direção social da estratégia.

O processo de contrarreforma no campo da saúde afirma o forte investimento na desconstrução dos princípios democráticos conquistados e expressam a disputa entre projetos societários. As repercussões desse movimento vão incidir sobre a estrutura das políticas sociais e também sobre sua concepção, sua fundamentação teórica e sua prática de assistência. Nesse processo de desmonte e focalização das

políticas sociais, o desafio está em desvelar as contradições que se concretizam no cotidiano dos serviços, especialmente na saúde, num contexto em que essa tendência neoconservadora toma proporções que incide sobre as mais complexas dimensões da vida social. E o que está presente de forma contraditória e/ou incompleta ou ausente nos textos de referência dos cursos analisados são os conteúdos necessários ao desvelamento de uma realidade extremamente complexa e contraditória.

Tal movimento tem como resultante uma ameaça direta ao SUS por meio da proposta dos Planos de Saúde Popular¹⁰⁹ que para Paim (2016):

[...] expressam na realidade um movimento do capital na saúde que já vem se conformando no país nos últimos anos e corroendo qualquer possibilidade de manutenção do SUS, enquanto um sistema público e universal de saúde. Este capital que não tem pátria, ampliado com a globalização, interfere em outros sistemas de saúde do mundo, especialmente com a crise de 2008. E a própria Organização Mundial da Saúde, ao aprovar a resolução referente à Cobertura Universal em Saúde, já abria as possibilidades de reversão dos sistemas universais de saúde para sistemas de saúde fragmentados e desiguais, com maior espaço para a acumulação do capital no setor. Essa proposta de “planos populares” não é boba nem descolada. Mesmo que não entregue o que promete e iluda seus possíveis consumidores, ela é consistente com as políticas delineadas pelo governo, com os documentos elaborados e divulgados pelos empresários da saúde durante as eleições de 2014 e de 2016, bem como com a privatização que se desenvolve nos sistemas de saúde do mundo. Portanto, não há espaço para o SUS democrático ou o SUS constitucional nesse governo medíocre. Algum SUS, no entanto, pode existir enquanto um

¹⁰⁹ Em um processo chamado de golpe parlamentar jurídico midiático, a presidente Dilma Roussef foi destituída da presidência da república, sendo esta assumida pelo vice-presidente Michel Temer. Após a admissibilidade do pedido de sua cassação na Comissão de Ética da Câmara, o presidente da Câmara dos Deputados Eduardo Cunha, acolheu o processo de impeachment a partir da acusação feita por Hélio Bicudo, Miguel Reali Junior e Janaina Paschoal com alegação de crime de responsabilidade em razão da edição de decretos que permitiram, através de bancos públicos, financiar programas como crédito rural e bolsa família. Em uma forte movimentação da mídia, de movimentos da chamada nova direita (dentre elas o Movimento Vem pra Rua e o Movimento Brasil Livre), do uso midiático da Operação Lava Jato, a votação na Câmara demonstrou claramente o viés político do pedido de impedimento. O PMDB rompe com o governo e, sob liderança do vice-presidente, apresenta o documento “Ponte para o Futuro” em que apresenta claramente a perspectiva liberal, com ajuste fiscal, privatizações e reforma trabalhista. Ainda no governo interino, o Ministro da Saúde, Ricardo Bastos, após afirmar que “O SUS não cabe no orçamento” e que “o país precisa rever o direito universal à saúde”, anunciou no dia 05/08/2016 a criação de um grupo de trabalho para elaborar um projeto de Plano de Saúde Popular, chamado de Plano de Saúde Acessível. Tal medida, com caráter autoritário, vem em conjunto com outras como uma PL que prevê o congelamento dos gastos públicos por 20 anos, a Reforma da Previdência com alteração da idade de contribuição, a Reforma trabalhista com a previsão de livre negociação e carga horária de 12 horas de trabalho, a Reforma do Ensino Médico via Medida Provisória, com exclusão de disciplinas como artes, educação física, sociologia, filosofia. Após tramitação no Senado, o impeachment foi concretizado no dia 31/08/2016, em uma votação contraditória, que condenou a perda do mandato da presidente, mas não cassou seus direitos políticos. O golpe, representa a estratégia da elite brasileira, que não conseguiu alcançar o poder via voto, para o retorno de um projeto de governo em que prevaleça os interesses de grupos de poder e do mercado em detrimento dos direitos sociais.

simulacro, desde quando seja orgânico aos interesses do capital e das classes dominantes no Brasil (PAIM, 2016, p. 01)

Dessa forma, o processo de contrarreforma que inicialmente se apresentava de forma velada, com um discurso revestido por um reformismo e até mesmo sob defesa de grupos progressistas, após ter preparado o terreno, dá seu golpe fatal e passa a questionar diretamente a existência de um sistema de saúde público, universal, gratuito. Diante desse cenário, cabe discutir também a funcionalidade da Saúde da Família nesse processo, bem como seu potencial de resistência via trabalhadores e usuários.

A seguir, apresentamos a discussão sobre a implantação da proposta da Saúde da Família e sua configuração no país, reiterando que o processo de contrarreforma no campo da saúde afirma o forte investimento na desconstrução dos princípios democráticos conquistados e expressam a disputa entre projetos societários.

3.4 A Saúde da Família: entre a Reforma e a Conarreforma

Diante das conquistas alcançadas na Constituição de 1988, a concepção de saúde como direito e dever do Estado e a condução das políticas sociais passam a ser atacadas diretamente pela política de ajuste neoliberal e a contrarreforma do Estado iniciada nos governos seguintes a essas conquistas. É neste cenário que a Saúde da Família se constitui como direção estratégica no SUS.

A proposta da Saúde da Família possui em sua história uma relação de dualidade entre a ampliação da forma de conceber e organizar os serviços de saúde e a focalização da oferta e da prática assistencial. Essa contradição, no entanto, pode ser reconhecida desde a emergência das primeiras propostas, passando pelo marco da Medicina Comunitária, até a proposta atual.

Nesse contexto, a implementação da Atenção Básica no Brasil, por meio da Saúde da Família, tem sofrido as repercussões diretas de todo o processo de contrarreforma na saúde. A construção dessa política sofreu grande influência das recomendações do Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI), como direção dada a partir dos planos de ajuste estrutural da economia e gasto público. Tal enfoque determinou a focalização e a fragmentação dessa política, e a priorização de investimentos nesse modelo não vieram em conjunto com a

estruturação dos outros setores, também essenciais para o atendimento da população, afirmando-se as intenções de redução de investimentos com precarização do setor.

Não há, portanto, como apresentar, analisar, estudar, conhecer e aprender a Saúde da Família no Brasil sem situa-la no contexto de implementação do SUS no processo de contrarreforma. A Saúde da Família como objeto central dos cursos de especialização analisados é abordada sob diferentes perspectivas que refletem a tendência anterior de fragilização na discussão sobre a conjuntura neoliberal e suas repercussões. Dos cursos, somente a UFMS e UFSC situam diretamente a Saúde da Família no contexto neoliberal. Os demais, abordam a perspectiva focalizada com que a proposta inicialmente foi implementada e se reafirmam as definições do Ministério da Saúde. Mesmo assim, os conteúdos são unânimes em apresentar a Saúde da Família como estratégia para mudança do modelo assistencial.

Anderson (2009, UERJ), ainda que em um formato de aula em slides, apresenta a Saúde da Família no contexto das políticas de saúde, mas não faz referência às contradições da política de saúde no Brasil, ao neoliberalismo e à Reforma Sanitária. No debate sobre Saúde da Família, toma como referência as definições do Ministério da Saúde:

O PSF é uma estratégia para organização do modelo assistencial. Baseado na promoção, proteção assistência e reabilitação da saúde, indivíduos e famílias, do recém-nato ao idoso, sadios ou doentes; forma integral e contínua, sendo o eixo estruturante da atenção básica. Reafirma e incorpora os princípios do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (ANDERSON, 2009).

Sobre política de saúde, Reis, Araújo, Cecílio (2014, p. 3) apresentam o SUS, o debate sobre o direito à saúde e as leis de regulamentação. Fazem referência à Reforma Sanitária, destacam autores como sanitaristas e defensores do SUS e apontam impasses ou dificuldades do SUS como o subfinanciamento, as insuficiências da gestão local. Apresentam um contrabalanço com o modelo biomédico em relação à resolutividade, à deficiência da formação dos trabalhadores da saúde, mas não fazem referência ao neoliberalismo e à precarização das condições de trabalho. Ao apresentarem a Saúde da Família, associam-na ao processo de consolidação do SUS:

É inquestionável a importância de uma política de saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos. Todos os investimentos e

esforços visando à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) do nosso país – inclusive este curso do qual você está participando – só podem ser entendidos no contexto da consolidação do SUS e da extensão dos seus benefícios para milhões de brasileiros (REIS, ARAÚJO, CECÍLIO, 2014, p. 3).

Faria et al. (2014, UFMG, p. 42-43) não abordam as contradições políticas desse momento, o neoliberalismo, nem a precarização das políticas de saúde. Retomam os conceitos definidos pelo Ministério da Saúde e relatam a história de construção da Saúde da Família como proposta de substituição ao modelo anterior, apontando diretrizes operacionais como o caráter substitutivo, a adscrição da clientela, visitas domiciliares, cadastramento, e o trabalho em equipe. Apresentam a Saúde da Família como potencializadora do SUS:

Atuando no espaço da Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família propõe-se a potencializar a construção do modelo proposto pelo SUS, apresentando uma proposta substitutiva ao formato anterior de organização dos serviços de saúde, com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras. A Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo maior potencializar a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da ABS, buscando ampliá-las e garantir-lhes mais efetividade (FARIA et al, 2010, p. 38).

No curso da UFMA, Garcia (2014, p. 10) desta que “após muitas relutâncias e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi estabelecida uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF)”. Ao apresentar o histórico da Saúde da Família no Brasil, indica dois momentos: de focalização e de expansão. O primeiro “marca sua fase de formulação e implantação quando ocupava uma posição marginal no contexto global da política de saúde, apresentando características de focalização”; num segundo momento, a ESF como “proposta organizativa da Atenção Básica, passa a ser considerada estratégica para reorientação do modelo de atenção ainda predominante no SUS”. No entanto, o autor não aborda diretamente o motivo dessas relutâncias: o processo de ajuste neoliberal. Assim, pode defender a Saúde da Família, de forma isolada, como estratégia para a mudança do modelo assistencial:

A ESF possibilita a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. A abordagem de Saúde da Família representa uma mudança no paradigma do modelo assistencial do país. Ao promover um

novo relacionamento entre os serviços e a população e ao buscar o entendimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, os profissionais de saúde passam a perceber o indivíduo nos seus diversos ciclos de vida, inserido no contexto das relações familiares e das relações com a comunidade (GARCIA, 2014, p. 10).

Santos e Batiston (2010, p. 30), da UFMS, situam o PSF no cenário dessa disputa, “implementada de modo contraditório pelos governos neoliberais dos anos 1990”. Apontam a acirrada luta micropolítica no âmbito das práticas, valores e vontades no cotidiano dos serviços, o modelo biomédico, a subordinação dos profissionais e o uso dos saberes da medicina como subordinação, preconceitos, e articulação entre o macro e o micro. Apresentam as experiências municipais por grupos de esquerda, como responsáveis pela efetivação da Saúde da Família.

Embora fosse, nas origens, uma política de focalização apresentada pelos organismos internacionais e pelo governo Federal, foram os governos municipais, do campo da chamada esquerda brasileira, os maiores responsáveis pela concretização do PSF (SANTOS, BATISTON, 2010, p. 66).

Verdi, Da Ros, Souza (2012) fazem uma análise de conjuntura e sinalizam as contradições do processo de construção da Saúde da Família no Brasil, reafirmando o processo de consolidação da política.

[...] alguns autores reconhecem que o PSF tinha a intenção de incidir sobre a organização do SUS e a municipalização da integralidade [...] De qualquer forma, não se pode negar o fato de que o objetivo político de se efetivar a universalidade através da descentralização inspirou a implementação e a difusão do PSF a partir de 1994 [...] Essa forma de pensar ganhou corpo, e pensar em um programa passava a não atender aos anseios do projeto político. Queria-se mais! Então, a operacionalização deixa de ser apenas um programa e ganha a autoridade de estratégia de reorganização do modelo de atenção, a Estratégia Saúde da Família. O PSF deixou de ter as limitações de um programa focal e setorial e expandiu limites, mudou a forma de ver o cuidado em saúde, reorganizou a APS e consolidou os princípios do SUS, portanto não poderia mais ser lido como um programa. O Ministério da Saúde promoveu a mudança de programa para estratégia, com todas as implicações que essa mudança abrangia. Em 2006, o Ministério da Saúde, mediante a Portaria nº 648, de 28 de março, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 76).

As posições dos cursos de especialização que tem como objetivo a qualificação de profissionais que já estão vivenciando o cotidiano das unidades, certamente é a de apresentar o serviço em suas potencialidades, visando até mesmo superar resistências. A medida em que este movimento de reafirmação é realizado sem as devidas mediações conjunturais, coloca-se o risco de construção

de um discurso idealista de mudança de um modelo assistencial e da prática em saúde sem considerar em que condições e em qual direção ela se realiza.

Ao tomar como referência de análise o processo de expansão, não há como não apontar o crescimento e ascensão da Saúde da Família como uma estratégia central assumida pelo Ministério da Saúde. No entanto, ao se retomar as experiências que balizaram a construção da proposta no âmbito da Reforma Sanitária, verifica-se o oposto: a proposta que inicialmente tinha uma direção progressista foi operacionalizada de forma focalista de acordo com as políticas neoliberais e assume uma nova racionalidade no contexto da contrarreforma.

Nesse sentido, debatemos a construção da proposta Saúde da Família em seu histórico de formação, estrutura, organização e processo de trabalho no contexto da contrarreforma na saúde. A questão que nos provoca nessa análise é: **como se estabeleceu a relação entre o caráter social assumido pelas propostas ligadas a Reforma Sanitária e a direção social assumida pela Saúde da Família no contexto da contrarreforma?**

Considerando o debate realizado até o momento, observamos que a proposta de contestação do modelo médico hegemônico tem seu marco na constituição da medicina social e comunitária emergente nos anos 50, que desencadeou a discussão sobre o conceito ampliado de saúde, em um contexto histórico de extensão da cobertura da saúde às comunidades, especialmente em países periféricos, como estratégia de dominação americana.

O conceito ampliado de saúde situa a discussão sobre o processo saúde-doença numa perspectiva para além da ausência de doença, considerando as determinações das condições de vida e de trabalho. A partir deste conceito, são construídas propostas para a superação do modelo de saúde individual, medicalizante e hospitalocêntrico, que apontam a necessidade de organização dos serviços de saúde voltados para prevenção, a partir da Atenção Primária.

A defesa da Atenção Primária faz parte de um debate mundial sobre os sistemas de saúde, tratando-se de uma estratégia não específica do Brasil, constituindo parte das indicações da convenção de Alma Alta. Nessas indicações, defende-se a construção de um modelo de serviço de saúde que oferece a entrada ao sistema para todas as necessidades e problemas, direcionado para a promoção, prevenção, manutenção e melhora da saúde, com vistas a integrar todo sistema de saúde e promover a equidade. Em seu caráter contraditório, a proposta vai ser

utilizada como estratégia para diferentes projetos, em um cenário de disputa entre projetos societários. Assim, a APS assume um caráter estratégico na construção de propostas de contenção de gastos em alta complexidade, bem como de ações integrativas ao desenvolvimento e de focalização das políticas sociais. Contudo, também tem sido o eixo do debate que coloca a possibilidade de politização da saúde e articulação de movimentos reivindicatórios pela saúde como direito universal e com acesso público.

A característica que a proposta assume no Brasil transita sobre todas essas perspectivas e assume novas direções com o processo de expansão em um contexto de contrarreforma. Considerando o contexto em que as propostas de Alma Ata foram articuladas, Gil (2006, p. 1172) reconhece que, com a criação após a Segunda Guerra das agências internacionais de sustentação do capital financeiro como o FMI, Banco Mundial, estas propostas passaram a exercer influência e decisão nas políticas sociais e econômicas em diversos países do hemisfério sul.

A luta pela saúde com o movimento de Reforma Sanitária no Brasil, a partir de suas experiências, assumiu como pauta de luta a construção de um sistema de saúde descentralizado, voltado para o atendimento das necessidades locais, com reconhecimento da dimensão social do processo saúde doença. O processo de mobilização social e política estabeleceu, na Constituição de 1988, o direito à saúde pública e universal, com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que considerou os determinantes e condicionantes sociais da saúde e tinha como principal estratégia os serviços de atenção primária. Em seguida a estas conquistas, o direito à saúde passou a ser alvo direto da política de ajuste neoliberal para adequação destes direitos às necessidades e demandas políticas da estrutura econômica. A construção do SUS em um cenário de contradições elegeu a atenção básica como foco para organização dos serviços de saúde, estabelecendo a Saúde da Família como orientação governamental em implantação em todo país.

A retomada da trajetória da política de saúde já nos sinalizou que a atenção à saúde voltada para o atendimento primário e preventivo foi marcada por ações de saúde pública de caráter campanhista e assistência de caráter previdenciário. Na trilha das ações comunitárias e na busca pela superação de seu caráter desenvolvimentista, algumas experiências¹¹⁰ pautaram-se na dimensão social do

¹¹⁰ Sobre as experiências desse momento, Giovanella e Mendonça (2012) destacam outros programas de atenção primária direcionados a grupos específicos como Programa de Atenção

processo saúde-doença, voltadas para ação comunitária com ações de atenção primária.

As experiências desse momento evidenciaram a demanda pela descentralização dos serviços, hierarquização, regionalização e reorientação dos gastos públicos e fomentaram o debate sobre a Atenção Primária. Como já apontamos na discussão sobre a Reforma Sanitária, as experiências do Pias (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), do PrevSaúde (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), do Plano Conasp e das AIS (Ações Integradas de Saúde) foram, naquele momento, a estratégia de contestação ao modelo médico hegemônico adotada pelo movimento de Reforma Sanitária, em disputa com o setor previdenciário e o crescimento do setor privado.

No processo de implementação do SUS, já com os rebatimentos da perspectiva de ajuste neoliberal, em 1991, é implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs) que, de caráter seletivo e focalizado, atendeu inicialmente as regiões norte e nordeste em áreas rurais e periféricas, com enfoque em situações de alto risco para doenças infecciosas e desnutrição. Implantado para ser uma ação emergencial, revelou o trabalho do Agente Comunitário de Saúde como articulador local e também colocou a necessidade de capacitação e supervisão especializada.

A experiência do Pacs se estendeu a todo território brasileiro no governo FHC, através do Programa Saúde da Família (PSF) instituído pela portaria MS 692/93. Inicialmente voltado para atender a pequenos municípios e absorver a demanda reprimida, passou a ser incentivado pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB SUS 01/06), que colocou a Atenção Básica como primeiro nível de atenção e estabeleceu o Piso da Atenção Básica (PAB) com um novo modelo de transferência de recursos financeiros. O estímulo financeiro passou a ser o elemento estratégico para implantação do PACS, pois por meio dele se vislumbrava a aquisição de recursos. Ainda que no formato de equipe mínima, o PSF fomentou a

Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC). Lançados entre 1984 e 1987, como parte da estratégia para consolidar a rede de serviços básicos de saúde, serviram de modelo para outros programas de atenção integral voltados para grupos de risco: idosos, adolescente, portadores de doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Outros modelos assistenciais foram sendo buscados por meio de discussões teóricas e aplicações práticas, os quais os autores chamam de modelos assistenciais alternativos em: Em Defesa da Vida e suas estratégias de acolhimento (Unicamp), as Ações Programáticas de Saúde (USP), e o Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e seus distritos sanitários. Difundem-se também as experiências de saúde comunitária em diversos municípios do país, com governos eleitos de oposição ao regime militar.

experiência de reorganização das práticas de trabalho. No entanto, permaneceu voltado para áreas muito pobres com restrição de acesso aos serviços de saúde, mantendo o caráter focalizado.

A Saúde da Família passa a ser concebida como estratégia pelo Ministério da Saúde, em 1997, no documento intitulado “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”. Tal perspectiva busca colocar a Saúde da Família como porta de entrada do sistema de saúde e também preconiza uma equipe multiprofissional.

Em um processo de expansão¹¹¹ nos governos Lula, foi instituída através de portaria 648/GM de 28 de março de 2006 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que, reafirmando esse modelo, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A PNAB também propõe uniformizar o atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e consolidar o processo de educação permanente.

Com a ampliação da demanda de atendimento, foi constituído o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a partir da portaria 145/2008, atualmente regulamentada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Configura-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), como apoio matricial às equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Como consta da legislação, esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais.

¹¹¹ A expansão da Saúde da Família ocorreu nos anos 2000 sob indução do Ministério da Saúde por meio do PAB, variável que prevê pagamentos adicionais por equipe em funcionamento. Em 2003, passou a ser apoiado pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), a partir de financiamento internacional, visando a organização e fortalecimento da atenção básica em grandes centros urbanos. Em 2011, foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que instituiu o PAB variável relacionado ao desempenho das equipes. (GIOVANELLA E MENDONÇA, 20120, p. 526)

Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.¹¹²

Hoje a Saúde da Família representa o serviço para o qual são direcionados todos os esforços na Atenção Básica em Saúde no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde (2016), em janeiro de 2000, haviam 1753 municípios com equipes de Saúde da Família implantadas, num total de 9,2 % da população coberta. Até agosto de 2016, somavam-se 5481 municípios com ESF, totalizando 64,28 % de cobertura população (MS, DAB, 2016).¹¹³

Para o Ministério da Saúde, a Saúde da Família é uma estratégia de reorganização do modelo assistencial da saúde, voltado para a atenção integral através da promoção e prevenção, estabelecendo a porta de entrada para o SUS. A Saúde da Família propõe um modelo de atenção no qual o usuário é visto de uma forma integral, com ênfase no contexto familiar e comunitário, facilitando o acesso dos usuários ao sistema de saúde e a extensão da cobertura na tentativa de garantir a qualidade da assistência de forma humanizada.

Segundo a PNAB (2006), o atendimento nas Unidades de Saúde da Família é realizado tendo como referência a área de abrangência, com cobertura de cerca de mil famílias para cada equipe¹¹⁴. As áreas são divididas em micro áreas e atendidas por uma equipe mínima, composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. São adotados instrumentais como visita domiciliar, grupos educativos e

¹¹² Poderão compor os NASF as seguintes ocupações: Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. São previstas três modalidades de Nasf: O NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas; NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, configurando-se como uma equipe ampliada.

¹¹³ http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

¹¹⁴ O debate sobre as particularidades do processo de trabalho na Saúde da Família será realizado no próximo capítulo.

consultas como estratégias de assistência à saúde. As atividades são realizadas com a priorização de grupos como hipertensos, diabéticos, idosos, recém-nascidos, combate à tuberculose e hanseníase, saúde da mulher, entre outros.

A implantação da Saúde da Família em todo o país, no entanto, apresenta contradições entre as perspectivas para o modelo de atenção básica/ primária, já que o caráter focalista do programa implantado pelo Ministério da Saúde tem colocado em cheque sua possibilidade de promover mudanças. Um programa que tem como prerrogativa atuar como porta de entrada, não consegue estabelecer uma rede de referência, seja em grandes e pequenos municípios.

Essas diferentes tendências vão influenciar a construção da proposta de Saúde da Família no Brasil, que vai se realizar com favorecimento a uma ou outra tendência. É o que apontam Giovanella e Mendonça (2012, 494) que afirmam que o SUS no Brasil “permite identificar a presença simultânea das diversas concepções de APS, em disputa com períodos de predomínio de uma ou outra concepção e o uso de diferentes termos para qualificá-la”. Para as autoras, “no período anterior à criação do SUS, a atenção primária à saúde abrangente – com ênfase nos determinantes sociais da saúde e nas suas inter-relações com o desenvolvimento econômico e social do país” representou a alternativa de mudança do modelo assistencial engajado no movimento da Reforma Sanitária brasileira. No entanto, durante a implementação do SUS, em um contexto histórico internacional de difusão das propostas de ajuste fiscal, a APS muito seletiva esteve presente no PACS que também esteve presente no Programa Saúde da Família. Assim, as autoras afirmam que a superposição de abordagens, “passando de um enfoque seletivo restrito a uma estratégia abrangente de mudança do modelo assistencial” a partir da Política Nacional de Atenção Básica, ampliou o escopo e a concepção da atenção primária brasileira, incorporando os atributos da atenção primária à saúde abrangente.

Apesar de reconhecerem que “a tensão entre concepções de APS e a competição entre modelos assistenciais de APS persiste” e que “há ainda um longo caminho a se percorrer até a hegemonia de novo modelo assistencial”, as autoras ainda afirmam que a ESF “tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial, efetivando o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos”. No entanto, apesar de fazerem alguns apontamentos sobre os desafios no campo das relações comunitárias, não há indicativo de construção de propostas coletivas com

mobilizações e reivindicações na defesa ampliada dos direitos sociais e da saúde pública e universal (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012, 494-496)

Um dos debates que cerca a Saúde da Família no Brasil e que está presente no conteúdo dos cursos é o uso do termo Atenção Primária à Saúde utilizado no debate internacional e a opção pela denominação Atenção Básica em Saúde no Brasil¹¹⁵. Para além do uso semântico dos termos, esta questão traz o debate sobre a perspectiva de focalização do programa.

Os textos de Garcia (2014, UFMA) e de Santos; Batiston (2010, UFMS) trazem o debate entre atenção básica e atenção primária. Os atores apontam que, para evitar que a prática da APS – que no plano internacional estava sendo implantada com caráter focalista - no Brasil fosse traduzida como uma assistência sem recursos tecnológicos para os mais pobres, o Ministério da Saúde assumiu que a Atenção Básica em Saúde seria interpretada como APS ampliada. Já para Demarzo (2014, Unifesp), sobre a equivalência entre os termos atenção básica e atenção primária, “vale lembrar que a Política Nacional de Atenção Básica, ora proposta, considera equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde”. Sobre o debate, Verdi, Da Ros, Souza (2012, UFSC) reconhecem a Estratégia Saúde da Família como Atenção Primária da Saúde Ampliada.

Dos tipos de APS discutidos anteriormente (seletiva, clássica e ampliada), poderíamos afirmar que a Atenção Primária da Saúde Ampliada é a opção teórica escolhida pelo Ministério da Saúde. Na busca de uma identidade que caracterizasse uma opção política, e para diferenciar essa opção, o MS assumiu que APS Ampliada será chamada de Atenção Básica de Saúde, a forma estruturante de organização do modelo. Já a Estratégia Saúde da Família é a opção operacional de implantação e consolidação da Atenção Básica de Saúde no Brasil. [...] A ESF é a estratégia operacional da ABS, que é a personificação brasileira da APS Ampliada, ou seja, orientada para a comunidade (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 75).

Neste debate, é possível reconhecer que a opção pelo termo Atenção Básica remete à idealização de superação do caráter focalista da proposta. No entanto, percebemos que seu efeito foi contrário, estando hoje o termo Atenção Básica

¹¹⁵ Gil (2006), em sua uma análise sobre esse debate, afirma que “vinte anos depois de Alma Ata emerge o conceito de Atenção Básica que, assim como a Atenção Primária à Saúde, sofreu influência do Banco Mundial na organização das ações de saúde”. Destaca que o debate surge num contexto de ajustes econômicos permeados por políticas de redução do papel do Estado (Estado Mínimo) que caracterizaram a década de 1990, mas passam a ser facilmente incorporado ao cotidiano do setor saúde. Aponta que a explicação para isso reside na própria trajetória de construção do SUS na implantação de instrumentos e normas para orientar a descentralização e organização do sistema, como as NOB, o PAB, as formas de habilitação do sistema, observando-se neste processo institucional a incorporação do tema nos documentos oficiais do MS, Relatórios das Conferências.

estritamente associado à perspectiva restrita do modelo, que não conseguiu atingir as mudanças almejadas. Com isso, hoje, o termo Atenção Primária tem sido utilizado para se remeter ao caráter abrangente da proposta. Reconhecemos que, com o processo de expansão da cobertura e a constituição de equipes multiprofissionais, em especial nos últimos anos, as análises sinalizam a incorporação de atributos da APS abrangente, como aponta Giovanella e Mendonça (2012). No entanto, não há referência à Saúde da Família como estratégia para a construção de processos emancipatórios, em um contexto em que o potencial político da participação tem sido enfraquecido e sua dimensão política crítica esvaziada, em um contexto de grande ataque ao caráter público da política de saúde. Apesar de sinalizado como fragilidade, o caráter público não aparece como uma característica do sistema a ser alcançada.

Diante das contradições e polêmicas em torno da Saúde da família, diversos estudos vêm sendo realizados, por diferentes áreas, a fim de analisar seu real potencial enquanto estratégia de mudança do modelo assistencial, e revelam os desafios postos para o reordenamento do modelo de atenção.

Ao analisar o potencial da atenção básica na reorganização do modelo assistencial, Pires e Götens (2009, p. 196) afirmam que essa estratégia “tem tido pouca influência no reordenamento do mercado de bens e serviços de saúde, comprometendo seu potencial de inversão do modelo de atenção”. As ações básicas de saúde pública de menor custo são consumidas eminentemente pela população pobre. Os investimentos nesse modelo de atenção não vieram em conjunto com a estruturação dos outros setores. O sistema não conseguiu desencadear mecanismos de referência e contrarreferência, como sinalizado acima, pois não há garantia de atendimento nos setores especializados.

Fertonani et al. (2014, p. 1869) aponta que no processo de construção deste “novo” modelo assistencial na atenção básica, após 20 anos de implantação, verifica-se que ainda persistem muitos desafios”: o trabalho em equipe mantém-se em geral fragmentado, com persistência de práticas hierarquizadas e da desigualdade entre as diferentes categorias; a centralidade das ações nos cuidados ao corpo biológico, no diagnóstico e tratamento de patologias e na medicalização; a existência de uma heterogeneidade de configurações no trabalho das equipes de Saúde da Família e permanecem, ainda, as dificuldades na implantação da integralidade, seja na perspectiva do entendimento da multidimensionalidade do ser

humano, seja no que diz respeito à relação de referência e contra referência no âmbito do SUS e de integração entre os níveis de atenção.

O autor destaca também, o problema da formação inadequada ou insuficiente para o trabalho na Saúde da Família, seja por problemas na educação profissional, seja pelos déficits na educação permanente e a superação de significativos déficits nas condições de trabalho, incluindo a instabilidade dos vínculos trabalhistas, salários precários e jornada excessiva, problemas na relação quantitativa de equipe/população e déficits nos instrumentos e ambiente de trabalho. Finaliza apontando o problema da relação assimétrica entre profissionais e usuários: as dificuldades no envolvimento dos profissionais com a comunidade e do estabelecimento de vínculo de respeito mútuo e corresponsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Sobre os espaços coletivos, afirma que ainda são incipientes os espaços para a construção coletiva de novas práticas de saúde, pois as instâncias formais de pactuação entre gestores, trabalhadores e usuários, ainda se dedicam mais ao debate da organização e financiamento do sistema do que ao debate sobre a organização da atenção (FERTONANI et al., 2014, p. 1869).

Silva, Casotti, Chaves (2013, p. 221-239) apontam que “apesar da melhoria do processo de trabalho na atenção primária, seu caráter substitutivo não foi evidenciado, predominando a expansão da universalização do acesso aos serviços de saúde, a extensão de cobertura e a focalização. As mudanças são verificadas quando analisadas sob o foco da demanda, como maior acolhimento e vínculo. Os limites mais evidentes se situam no pouco foco nas necessidades de saúde, como na territorialização, participação comunitária e enfrentamento dos determinantes sociais de forma intersetorial. Foram verificados diferentes graus de implantação da estratégia, mas que ainda não resultou na reorganização do sistema no nível local.

Em sua reflexão, Gil (2006, p. 1179) já identificava no modelo brasileiro as sequelas do caráter racionalizador defendido pelas agências financeiras, nos anos de 1970, quando pressupostos estruturantes de um novo modelo defendido pelos formuladores das políticas (universalidade, equidade, integralidade) são obscurecidos pelo ideário neoliberal racionalizador (focalização, baixo custo, pacote básico, excludente).

As contradições que já se configuravam como racionalizadoras nas propostas iniciais, vão se ampliar e encontrar um cenário propício para sua efetivação diante

da contrarreforma no Brasil que, segundo Teixeira (2007), ao mesmo tempo que amortiza os conflitos “internos” (relações interfamiliares) e “externos” (relações sociais) em potencial, “tende a reproduzir a prática médica que trata de patologias e não de cidadãos”.

Considerando que o processo de contrarreforma na saúde veio acompanhado da retração dos movimentos sociais, da desvinculação da questão social ao processo de exploração capitalista e da individualização das relações sociais, **questionamos como tem se dado o reconhecimento da dimensão social do processo saúde-doença.**

A análise do processo de implementação da Saúde da Família no Brasil aponta o distanciamento das propostas defendidas inicialmente pelos movimentos de saúde. Nesse movimento, são identificados grupos com propostas alternativas que atuam na política de saúde que defendem a atenção básica como estratégia para mudança do modelo de atenção, como mostra Gil (2006):

[...] o referencial da **Vigilância à Saúde** (organização das ações a partir do território e problemas de saúde, intersetorialidade, discriminação positiva de saúde, paradigma da produção social da saúde) que sustenta a Saúde da Família como estratégia de organização da Atenção Primária, negando as versões de que esta seria um arranjo contemporâneo da medicina simplificada, um programa, apenas de medicina familiar e somente atenção materno-infantil. Por sua vez, as **Ações Programáticas de Saúde** (inspiradas na Programação em Saúde revisitada que trata, fundamentalmente, da discussão sobre a medicina enquanto um recurso essencialmente epidemiológico e da transição da dimensão médica individual para a coletiva) também têm seus pressupostos permeando a organização dos serviços e influenciando o PSF. Várias experiências relatadas representam buscas em torno do equilíbrio demanda espontânea *versus* oferta organizada, com padronização de condutas e definição de protocolos e uso da epidemiologia para a priorização das ações de saúde. Essas orientações estão incorporadas nas discussões sobre a organização dos sistemas locais e permeiam o trabalho das equipes de Saúde da Família cotidianamente. A proposta **Em Defesa da Vida**, com seu foco mais voltado aos processos de trabalho em saúde, ao investir em métodos, instrumentos de gestão e de organização do trabalho coletivo para produzir mudanças no interior do sistema e transformações das pessoas e de suas práticas, privilegia o acolhimento, o vínculo, o contrato e a autonomia dos sujeitos na organização progressiva do cuidado como estratégias de transformação do sistema e, como as anteriores, estas formulações estão bastante contidas nas reflexões contemporâneas e nos debates em torno da estruturação da Saúde da Família (GIL, 2006, p.1178, grifos nosso).

Além dos grupos citados acima, Paim (2012) afirma que, na busca de alternativas aos modelos de atenção hegemônicos, têm sido valorizadas diversas propostas que tentam conciliar o atendimento à demanda e as necessidades na perspectiva da integralidade, algumas voltadas para a valorização da efetividade e

qualidade técnica e outras priorizando a satisfação das pessoas e a humanização dos serviços como: a **oferta organizada** que, voltada para o nível local, busca compatibilizar a ideia de impacto com o princípio da não rejeição à demanda; a **distritalização**, que procura organizar serviços e estabelecimentos em uma rede estruturada com mecanismos de comunicação e integração; **o acolhimento**, que privilegia a organização dos serviços de saúde centrada no usuário buscando fortalecer vínculos entre profissionais e clientela com vistas a uma atenção mais personalizada e humanizada; as **linhas de cuidado**, em que são estruturadas por projetos terapêuticos que valorizam o vínculo com o usuário, a partir da atenção básica; a **promoção da saúde** com medidas voltadas para melhoria das condições e estilos de vida de grupos populacionais. Como destaca o autor, “certos componentes dessas propostas alternativas de modelos de atenção têm sido incorporados em política e normas jurídicas do SUS”, como o acolhimento e apoio institucional presente na Política Nacional de Humanização (PNH), o apoio matricial, a criação das Secretarias de Vigilância em Saúde, a organização da rede e linhas de cuidado entre outras.

A influência desses debates pode ser reconhecida na análise dos conteúdos dos cursos de especialização, em especial, sendo possível identificar diferentes formas de reconhecer a dimensão social da saúde.

Quadro 4 – Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Concepções do Processo saúde doença.

INSTITUIÇÃO	CONCEPÇÕES DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA
UERJ	Complexidade e integralidade biopsicossocial (Donato, 2015, aula 1).
UFMG	Determinantes Psicossociais (Faria et al., 2009, p. 39)
UFMS	Determinantes Sociais (Correia, 2010, et al. p. 122)
UFSC	Promoção da Saúde (Verdi, Da Ros, Souza, 2012, p. 20-23)
UNIFESP	Saúde no plano subindividual, individual e coletivo (Vianna, 2014, p. 5)
UFMA	Saúde como bem comum / Direito Social (Garcia, 2014, p. 9-11)

Fonte: GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. *A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família: desvelando contradições e construindo mediações críticas*. 2016. 343 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ UERJ. Rio de Janeiro, 2016.

A reflexão realizada por Donato (2015, UERJ) apresenta a análise da saúde e do adoecimento sob a ótica da **complexidade e da integralidade biopsicossocial**. Toma como ponto de partida a abordagem centrada na integralidade na qual “saúde e doença não decorrem de fenômenos restritos à ordem biológica” e propõe repensar a noção de causalidade e determinação no campo da saúde, ao considerar os processos de natureza biopsicossocial relacionados à vida humana em sua plenitude. Para o autor:

[...] as condições que influenciam a saúde agem simultaneamente, e estabelecem conexões atuando de modo sinérgico através de conexões e complexidades. A complexidade de um fenômeno não está somente na multiplicidade dos elementos envolvidos. Mas nas conexões estabelecidas entre eles, na forma como se relacionam, interagem e retro-alimentam. Os componentes de um fenômeno complexo organizam-se como uma teia de relações (DONATO, 2015).

A partir da “perspectiva da complexidade”, conceitua o processo saúde doença como “um processo histórico, processual que representa uma condensação de expressões de diferentes dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais, ambientais”. Assim “os fenômenos relacionados à saúde e ao adoecimento devem ser compreendidos como produto da interação de fatores celulares, teciduais, orgânicas, mas, também, interpessoais e ambientais”. Apresenta a concepção de saúde na perspectiva biopsicossocial:

A Saúde depende da capacidade de fazer frente aos desafios inerentes à própria existência. Os desafios (ou agentes estressores) do mundo atual são numerosos, complexos e multidimensionais. Compreendem ameaças reais ou questões mais sutis, quase impalpáveis, inclusive de ordem subjetiva, nem sempre reconhecidas pela consciência (DONATO, 2015).

Em um quadro que aparenta ter como objetivo apontar o caráter ampliado da saúde são destacados elementos como: “Amor, Solidariedade, Meio ambiente, Qualidade de Vida, Condições de Vida, Corpo, Autonomia, Esperança, Condições de Vida, trabalho, família, amigos”. Para o autor, a abordagem centrada no modelo biopsicossocial resgata a noção de complexidade que envolve o binômio saúde adoecimento, realça as relações homem-ambiente, valoriza a totalidade biopsicossocial do ser humano bem como a historicidade dos fenômenos relativos à sua saúde, favorece a abordagem holística, considera a participação dos indivíduos e sociedade indispensável, supera a dicotomia entre práticas preventivas e curativas em que mente e corpo são únicos e a saúde individual e coletiva, inseparáveis.

O movimento proposto pelo autor no entendimento do processo saúde-doença, apesar de pretender ser constituir em estímulo para considerar as diversas dimensões da vida, ainda é feito sob a perspectiva da influência dessas dimensões voltadas para a doença, apresentando um movimento aparentemente sem contradições. Ao se reportar à noção de complexidade, fica clara sua fundamentação na perspectiva sistêmica. Neste caso, afirma que a dimensão social da saúde é mais uma das dimensões que deve ser reconhecida no processo saúde-doença, com ênfase em seus condicionantes excessivamente subjetivos, que não ultrapassam o nível individual. O autor não menciona as contradições de ordem social e condiciona a saúde à “capacidade de fazer frentes aos desafios inerentes à própria existência”, situando a responsabilidade pela condição de saúde à pessoa.

Faria et al. (2009, p. 39), elegendo a perspectiva dos **Determinantes Psicossociais**, reconhecem que é “consenso no pensamento social contemporâneo que os indivíduos são determinados por sua posição na sociedade”. O exemplo “claro e evidente” dessa determinação macrosocial sobre a vida das pessoas “é a acentuada diferença entre as possibilidades de desenvolvimento e realização pessoal que estão dadas para as populações dos diversos países”. Ao considerar as “determinações macro” nesse processo, também apontam a possibilidade dos indivíduos de fazerem escolha e se comprometerem coletivamente. Sobre a concepção de saúde, rejeitam “uma definição tradicional da saúde”, considerando “puramente negativa, pois nela a saúde é considerada como simples ausência de doenças”, bem como rejeitam a concepção positiva da OMS. Assim, apresentam uma terceira definição que, influenciada pela carta de Otawa, 1986, “entende que a saúde é um meio, um recurso para a vida das pessoas”, definição que, como afirmam, “tem conquistado progressivamente mais espaço no setor saúde”.

Sobre os determinantes sociais da saúde, reconhecem o campo físico ou ambiental, mas também destacam as determinações para o campo psicossocial:

O grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm no curso de suas vidas são igualmente determinantes de suas condições de saúde. De fato, esse campo da determinação social da saúde é cada vez mais relevante, estando na base da série causal dos principais problemas de saúde da atualidade, no mundo em geral e mesmo nos países de renda média e baixa, em particular (FARIA, et al., 2009, p. 57).

A partir dessa reflexão, os autores debatem as evidências da determinação social na saúde e questionam o pensamento liberal e naturalista comum na área médica “que pretende que as atitudes e os comportamentos individuais sejam fundamentalmente frutos da escolha individual e que, em última instância, as bases da personalidade e do comportamento dos indivíduos sejam determinadas pela natureza”. Por outro lado, esses comportamentos são tratados como “objeto de uma escolha individual que se pretende ser essencialmente livre, independentemente de determinantes sociais”. Os autores fazem uma clara crítica à medicina baseada em evidências e citam uma série de estudos que correlacionam as condições de saúde com as condições de vida e social.

No entanto, ao se referirem às doenças não-transmissíveis e aos agravos, como sendo os principais problemas de saúde no mundo contemporâneo, apontam que “as evidências são de que as condições sociais atuam preponderantemente por mediação psíquica, isto é, por seu efeito sobre as emoções pessoais no curso da vida; e a qualidade e o caráter das interações sociais estão diretamente implicados nessa determinação”. A concepção da saúde dos autores tem como base essa leitura, como pode-se observar a seguir:

Parece razoável concluir, portanto, que fatores psicossociais como o nível de reconhecimento, autonomia e segurança, o balanço entre esforço e recompensa, entre demandas e controle, entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos conseguem, assim como a rede social que eles constroem durante a sua vida, têm forte impacto sobre o seu nível de saúde. Dessa forma, pode-se concluir que a qualidade e o padrão das relações sociais constituem um elemento com ampla e inquestionável determinação sobre a saúde. Essa determinação realiza-se predominantemente pela mediação psíquica, sendo a via do estresse crônico o mecanismo de ação mais conhecido para essa determinação (FARIA et al., 2009, p. 61).

Esta reflexão, considera a determinação social dos indivíduos em relação a sua posição na sociedade, mas afirma que esses determinantes atingem o campo físico ou ambiental e sustenta a necessidade de ampliação para o campo psicossocial. A análise dos autores parece não vincular as determinações sociais ao campo psíquico. Contudo, ao afirmarem que essa determinação se realiza “predominantemente” pela mediação psíquica, situam a responsabilidade pela condição de saúde no plano individual, negando o movimento dialético entre as demandas individuais e coletivas, entre subjetividade e determinações sociais.

Correia et al. (2010, p. 122) fazem a discussão sobre **Determinantes Sociais da Saúde**, considerando que “os fatores que podem interferir no estado de saúde do indivíduo e da coletividade podem ser fatores sociais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais”. Recuperam a afirmação de que, até o século XIX, o conceito era meramente biológico, destacando que, a partir de 1948, a ONU apresentou o conceito ampliado de saúde. Apontam a diferença entre os determinantes da saúde dos indivíduos e de grupos e populações, ao afirmarem que “fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas”.

Como recurso metodológico os autores apresentam os modelos de Dahlgren e Whitehead e de Didericksen, um com enfoque individual e outro a partir da estratificação e do contexto social, no qual deve se ter como “prioridade o atendimento a populações com maior vulnerabilidade”. Destacam a formação de Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde, em 2005, e reafirmam a concepção da OMS como saúde ampliada e sua inspiração para a Constituição de 1988.

A perspectiva apresentada pelos autores reproduz claramente o conceito de saúde da OMS e o debate das agências internacionais sobre determinantes sociais da saúde. Quanto ao debate sobre determinação social e determinantes sociais no processo saúde doença, Rocha e David (2015, 129) apresentam uma importante reflexão que aponta que determinação social é entendida “como uma perspectiva que considera o campo mais amplo na qual se produzem os processos saúde-doença, buscando trazer para o plano da consciência uma compreensão que estabeleça mediações entre a realidade fragmentada e a totalidade social”; enquanto determinantes sociais “expressa o privilegiamento da identificação de variáveis sociais mensuráveis sobre uma compreensão mais descritiva e densa dos contextos de saúde”. Na análise, os autores vinculam o debate sobre determinação social da saúde a abordagem marxista vinculada ao movimento de Reforma Sanitária, e no debate sobre os determinantes sociais, a influência do neopositivismo e da ciência contemporânea que reduziram o conceito a um fator causal empírico, através do uso de métodos e inferências estatísticas.

Verdi, Da Ros, Souza (2012, p. 25) abordam a **Promoção da Saúde** tendo como referência o debate da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde,

em 1986, em Ottawa, que segundo os autores apresentou uma concepção de promoção da saúde que “rompeu com o modelo de níveis de prevenção de Leavell e Clark, sustentado durante décadas”. Destacam o modelo do Canadá e sua afirmação social e a inclusão de diversos conceitos novos que estão no coração da Estratégia Saúde da Famílias como tecnologia-leve, coprodução de sujeitos e, mesmo, cidadania. Afirmam que “Os “óculos” colocados pela biomedicina impedem que os profissionais de saúde vejam todo esse universo de promover saúde”.

Os autores apontam duas tendências de debate sobre a promoção da saúde: a de enfoque fortemente comportamental, expresso por meio de ações de saúde que visam a transformação de hábitos e estilos de vida dos indivíduos, considerando o ambiente familiar, bem como o contexto cultural em que vivem, priorizando aspectos educativos ligados a fatores de riscos comportamentais individuais que se aproximam muito do modelo preventivo; a outra tendência considera fundamental o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, cujo amplo espectro de fatores está diretamente relacionado com a qualidade de vida individual e coletiva. Assim, promover a saúde envolve também “dirigir o olhar ao coletivo de indivíduos e ao ambiente em todas as dimensões, física, social, política, econômica e cultural. Por fim, promover a saúde implica uma abordagem mais ampla da questão da saúde na sociedade”, com destaque para conceitos como “*empowerment* comunitário” e “*empowerment education*”. Nessa direção, consideram a saúde como:

[...] a capacidade para viver a vida de modo autônomo, reflexivo e socialmente responsável, cujo núcleo de intervenção do setor da saúde deve ser em torno dos “serviços e territórios”. Deve-se entender saúde através da politização das práticas sanitárias, tendo como objetivo a produção de bens e serviços, a produção de sujeitos (usuários e trabalhadores) e a democratização institucional. Nessa perspectiva, a promoção da saúde deve incluir o fortalecimento da democracia e a intervenção sobre o ambiente. A promoção da saúde é objeto de diferentes instâncias de decisões e, destacadamente, do aparelho estatal, que deve organizar um conjunto de políticas públicas de natureza estrutural (econômicas e infraestruturais) e sociais (saúde, educação, habitação etc.) (VERDI, DA ROS, SOUZA, p. 26, 2012).

A referência à Promoção da Saúde, mesmo que seja ao seu caráter mais ampliado, coloca como estratégia de vinculação com as demandas coletivas o empoderamento (cujo conceito será analisado no debate sobre educação em saúde). Mesmo que considerem as determinações sociais na vida dos indivíduos, ainda remetem à questão comportamental e individual.

Sobre a perspectiva individualista presente na discussão sobre a Promoção da Saúde, Correia e Medeiros (2014, p. 142) afirmam que “a propagação da onda conservadora condicionou um retorno a uma visão individualista e liberal correspondente à racionalidade”, que insinua que cada indivíduo é responsável pelo seu estado de saúde e pelas enfermidades que o acometem. Apontam que essa compreensão do processo saúde doença, “possibilita e contribui com a análise das determinações interdependentes do processo saúde-doença, constituído por complexos”, no entanto, “ao retirar a articulação numa totalidade da mesma forma complexa, retira o fundamento que permite o desvendamento e a transformação radical da realidade”.

Souza et al. (2014, p. 2265), aponta para a influência das perspectivas **crítico-social e pós-estruturalista** no debate sobre a promoção da saúde. Apontam que na perspectiva do referencial crítico-social o *empowerment* possui dois sentidos, o psicológico ou individual e social ou comunitário que “possibilita que os indivíduos tenham um sentimento de maior controle sobre a própria vida, capaz de influenciar e adaptar-se ao seu meio e desenvolver mecanismos de autoajuda e de solidariedade”. No campo social apontam a necessidade de análise macroestrutural e destacam a influência de Paulo Freire. Assim,

A perspectiva pós-estruturalista surge a partir das discussões acerca das relações de poder e subjetividade e, mais especificamente, sobre a constituição de uma das formas de poder estudadas por Michael Foucault, o poder disciplinar, que age na docilização dos corpos. Essa perspectiva teórica considera que realidades e verdades constituídas são temporais, e que são produzidas em tensões entre discursos dominantes e emergentes, na tentativa de manter ou modificar determinadas práticas sociais estabelecidas. Para o pós-estruturalismo, as pessoas são constituídas dos mesmos discursos que compõem o seu "exterior", o que torna difícil distinguir interioridade de exterioridade, questionando a noção de sujeito autônomo, com um *self* independente e com possibilidade de livre escolha. Nesta perspectiva, o poder passa a ser compreendido como uma prática social histórica e não como uma "coisa", um objeto natural que alguns possuem. Todos exercem poder, governam e são governados por discursos dominantes compartilhados, produzindo, inclusive, desejo e necessidades que as pessoas assumem, "naturalmente", como suas (CARVALHO; GASTALDO¹¹⁶, 2008, apud SOUZA, et al, 2014, p. 2267).

¹¹⁶ Carvalho; Gastaldo (2008) apontam que “o modelo teórico-conceitual da Promoção à Saúde (PS), formulado a partir dos anos setenta em países ditos desenvolvidos como Canadá, Inglaterra, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia, vem exercendo uma crescente influência junto a políticas de saúde de diferentes países. No Brasil, a Promoção à Saúde faz-se presente em diversos projetos, merecendo destaque o seu papel estruturante na proposta de Vigilância à Saúde, junto ao Projeto Cidades Saudáveis, na Educação em Saúde e em inúmeros projetos de reorganização da rede básica vinculados ao Programa Saúde da Família”.

Apesar de apontar para suas contribuições, Carvalho e Gastalbo (2008) também alertam que “a perspectiva pós-estrutural, ao enfatizar aspectos processuais das relações de poder, pode levar a um relativismo que coloca em risco a necessária articulação de práticas de saúde, podendo ensejar a fragmentação dos discursos emergentes e a pulverização de programas e políticas que tenham compromissos com a promoção e produção de saúde” (SOUZA, et al, 2014,p. 2267).

Dessa forma, o debate sobre a promoção da saúde também apresenta contradições que vão se expressar desde o debate sobre a política de saúde, até o processo de trabalho, a abordagem familiar e comunitária e a educação em saúde.

Em sua produção, Vianna (2014, p. 05, Unifesp) inicia seu texto propondo uma análise da determinação social e histórica do processo saúde doença. Questionando o conceito da OMS, apresenta um conceito de saúde que aborda o **plano subindividual, individual, coletivo**:

O plano subindividual seria o correspondente ao nível biológico e orgânico, fisiológico ou fisiopatológico. Nesse plano, o processo saúde-adoecimento seria definido pelo equilíbrio dinâmico entre a normalidade – anormalidade/funcionalidade – disfunções. Assim, quando a balança pender para o lado da anormalidade/disfunção, podem ocorrer basicamente duas situações: a enfermidade e a doença [...] O plano individual entende que as disfunções e anormalidades ocorrem em indivíduos que são seres biológicos e sociais ao mesmo tempo. Portanto, as alterações no processo saúde-adoecimento resultam não apenas de aspectos biológicos, mas também das condições gerais da existência dos indivíduos, grupos e classes sociais, ou seja, teriam dimensões individuais e coletivas. [...]. O plano coletivo expande ainda mais o entendimento sobre o processo saúde-adoecimento, que é encarado não como a simples soma das condições orgânicas e sociais de cada indivíduo isoladamente, senão a expressão de um processo social mais amplo, que resulta de uma complexa trama de fatores e relações, representados por determinantes do fenômeno nos vários níveis de análise: família, domicílio, microárea, bairro, município, região, país, continente etc. (NARVAI et al, 2008 apud VIANNA, 2014, p. 5)

A partir desse debate, Vianna assume o conceito de saúde como “o contínuo agir do ser humano ante o universo físico, mental e social em que vive, sem regatear um só esforço para modificar, transformar e recriar aquilo que deve ser mudado”. O autor atribui ao conceito uma dimensão dinâmica, valorizando o papel dos seres humanos na manutenção e na transformação da saúde (individual e coletiva), colocando-os como atores sociais do processo da própria vida (BRÊTAS; GAMBA, 2006 apud Vianna, 2015, p. 6).

Dessa maneira, define que o processo saúde-doença está diretamente atrelado à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se

apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades (GUALDA; BERGAMASCO, 2004, apud Vianna, 2014, p. 9)

Referenciado por Brêtas e Gamba (2006), Vianna (2014, p. 9) confirma que “por mais que se pense a saúde na dimensão do coletivo, é o ser humano que adoece e, como tal, requer cuidados. A saúde e o adoecer são experiências subjetivas e individuais, conhecidas de maneira intuitiva, dificilmente descritas ou quantificáveis”. No entanto, a autora aponta que é “necessário compreender as condições impostas como passíveis de interferência e atentar para não culpar os indivíduos quando tais condições são insalubres e interferem em seu estilo de vida”.

Nessa abordagem, a autora, recorre a vários autores para construir uma argumentação de defesa da saúde para além das determinações sociais, e para isso articula reflexões que enfatizam as questões subjetivas e a perspectiva individual, alertando para o risco de uma possível responsabilização dos indivíduos. No reconhecimento da dimensão social da saúde, seu texto não aborda as contradições e processo de participação e mobilização social.

O texto de Garcia (2014, p. 9) define a saúde **como bem comum e direito social**. Apresenta o conceito de saúde ampliado afirmando que “os fenômenos da saúde e da doença compreendidos como processos sociais, históricos, complexos, orgânicos, conflitantes, dependentes e incertos constituem bases para discussões sobre saúde, cultura e sociedade, presentes neste módulo”. Sobre a saúde, como experiência “subjetiva”, afirma que “é silenciosa, geralmente não a percebemos em sua plenitude. Na maioria das vezes, apenas a identificamos quando adoecemos. É uma experiência de vida, vivenciada no âmago do corpo individual”. Apresenta uma análise sobre a cultura para aproximação dos profissionais de saúde à realidade de seus usuários.

Para o autor, a saúde como bem comum, com direito social, com componente do exercício de cidadania deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida. Sendo assim, não consiste em um “bem de troca”, mas em um “bem comum”, um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologias desenvolvidas pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e

reabilitação de doenças. Em síntese: saúde como componente e exercício da cidadania” (GARCIA, 2014, p. 11).

Sobre a noção de bem comum, Correia (2015) que aponta as limitações dessa visão institucionalista em que “há uma ilusão recorrente em torno da ideia de que o Estado, enquanto promotor do interesse coletivo, é o pilar da produção do bem comum”. Em sua análise, aponta as particularidades do Estado capitalista e seus limites na atuação “enquanto suposto mais importante produtor do bem comum”.

Sendo o Estado o promotor de tais políticas públicas, encontra-se limitado por sua posição específica na lógica do capital antes desnudada. Logo, não se trata de uma questão que possa ser vislumbrada de forma individual – no sentido de que se o gestor for bom a política pública será boa ou coisas do gênero –, mas de tema que deve ser pensado na lógica da estruturação do capitalismo, a partir especialmente da posição do Estado na reprodução típica do capital. O Estado é elemento indispensável para a produção tanto da mais-valia absoluta quanto da relativa. Enfim, não há como, com a lógica do capital, se pretender que o Estado seja o produtor desinteressado do bem comum (CORREIA, 2015).

Nesse sentido, a questão de saúde precisa ser situada no seio da sociedade capitalista, em que as políticas sociais possuem um caráter contraditório e o Estado, também responde diretamente aos interesses do capital. Colocar a saúde nesta posição significa obscurecer as disputas e interesses existentes no processo de construção do SUS.

O reconhecimento da concepção do processo saúde-doença assumida pelos cursos, revela que a dimensão social da saúde é abordada a partir do enfoque subjetivo e individual. Fica claro o movimento de dar relevância às questões de ordem psíquica, que, no entanto, são abordadas desvinculadas das determinações sociais. A condição de saúde voltada para o indivíduo, quando colocada no plano coletivo sob a perspectiva do empoderamento reforça a visão individualista desse processo.

A análise das condições em que é constituída a política de saúde no Brasil, aponta importantes contradições no processo de construção da Saúde da Família no Brasil. Nesse sentido é possível destacar que:

- As condições da formação social brasileira apontam que a política social é permeada pelo viés populista, clientelista e assistencialista, e a política de saúde assume um caráter previdenciário e campanhista, o que reflete em intervenções

conservadoras junto a famílias e comunidades. Nessas bases se constrói a forte articulação da política de saúde com o mercado;

- A construção de propostas de ruptura com esse modelo se deu por meio do movimento de Reforma Sanitária, que trouxe importantes avanços na política de saúde no país com a conquista do direito constitucional. No entanto, o movimento vai apresentar impasses em seu interior que vão se refletir diretamente na construção dos modelos de atenção, especialmente na Saúde da Família;

- As repercussões da contrarreforma na constituição da Saúde da Família podem ser reconhecidas pelo caráter focalista que a proposta assume, o processo de mercantilização dos serviços de saúde, a precarização das condições de trabalho, e a fragilização da concepção social do processo saúde doença.

Estas são condições que vão determinar a direção que a abordagem familiar e comunitária assume na Saúde da Família.

4 A ABORDAGEM FAMILIAR E COMUNITÁRIA NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nosso percurso até aqui nos permitiu reconhecer que a abordagem familiar e comunitária assume um papel estratégico na política de saúde, seja na perspectiva de controle do social, do enfoque na doença, do desenvolvimentismo e integração, das políticas de ajustes neoliberal, seja na perspectiva dos movimentos democráticos.

Assim, a análise realizada até o momento, apreende a Saúde da Família em um espaço contraditório de disputa hegemônica entre projetos de saúde que expressa por um lado a luta pelo fortalecimento dos princípios democráticos e, por outro, uma política voltada para o mercado. Na construção da política de saúde, a família e a comunidade se afirmam como um espaço privilegiado para a reprodução de diferentes posições na disputa entre projetos societários e projetos de saúde.

A análise de todo esse processo histórico apontou o lugar da família e da comunidade na política de saúde e permitiu desvelar contradições que, agora, nos possibilitam construir mediações críticas, para apreender a direção social assumida pela abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família hoje.

Nessa direção, este capítulo foca a análise nas abordagens propostas pelos cursos de formação sobre os temas processo de trabalho, família, comunidade, educação em saúde e instrumentos de abordagem.

Considerando as afirmações anteriores que apontaram a fragilidade do conteúdo dos cursos na abordagem das contradições do movimento de Reforma Sanitária, do ataque neoliberal ao SUS e seus rebatimentos na constituição da Saúde da Família no Brasil, retomamos os questionamentos anunciados na problematização de nossa pesquisa. Assim, buscamos responder: **como se configuram os diferentes projetos de saúde e da Reforma Sanitária no debate sobre a Saúde da Família no Brasil? Qual o papel estratégico da abordagem familiar e comunitária para o modelo de saúde proposto pela Saúde da Família? Qual a fundamentação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do trabalho voltado para a família e a comunidade? Quais as direções assumidas pelos espaços de formação e capacitação? Como são trabalhados os instrumentais de abordagem familiar e comunitária nos serviços? Como podem ser construídas mediações críticas na abordagem familiar e comunitária?**

4.1 As contradições da disputa hegemônica no processo de trabalho

Uma das grandes repercussões do modelo médico hegemônico se direcionou para as práticas de saúde, que assumiu uma racionalidade com ênfase curativa, voltada para a doença. É no espaço da prática assistencial que se constituíram as bases para uma direção hegemônica desse modelo que referênciamos a formação em saúde até os dias atuais.

Como já afirmamos, a perspectiva em que a saúde é concebida reflete diretamente na forma como o profissional de saúde atua. Por outro lado, uma proposta contra hegemônica na saúde passa também pela necessidade de modificações no modo de fazer dos profissionais. Partindo da premissa de que o processo de trabalho em saúde não é neutro e que a ação dos profissionais possui uma intencionalidade, afirmamos que na abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família se expressam diferentes direções em relação aos projetos em disputa na política de saúde.

Na análise dos conteúdos dos cursos, tomamos como referência as particularidades do processo de trabalho nos serviços de saúde, as mediações entre seus elementos como objetivos, objeto, meios e instrumentos de trabalho, buscando reconhecer como a dimensão social do processo saúde doença é tratado e como esse movimento se expressa na relação entre os profissionais e os usuários.

Reconhecemos que o debate sobre o processo de trabalho ocupa grande centralidade no conteúdo dos cursos, já que todos possuem disciplinas específicas para tratar o tema. Considerando a finalidade dos cursos, que buscam qualificar o trabalho na atenção à saúde da Família, há um claro investimento dos conteúdos na apresentação das principais ferramentas, instrumentos, estratégias que buscam reconstruir e diferenciar esta proposta de trabalho do modelo médico hegemônico. No entanto, seu enfoque está voltado para questões particulares do trabalho, em especial, as estratégias voltadas para abordagem familiar e comunitária. Somente o texto da UFMG, que também é utilizado pela UFMS, aborda os elementos do processo de trabalho em saúde, destacando a relação entre objetivos e finalidades, o trabalho coletivo, os serviços de saúde, conflito de interesses, objetivos profissionais, condições de trabalho, mudança de modelo, cultura, questões sociais. Os demais textos abordam diretamente temas relacionados ao cotidiano do trabalho.

Quanto às particularidades do processo de trabalho na Saúde da Família, os textos se apresentam com as seguintes características: um aborda a integralidade biopsicossocial e a abordagem centrada na pessoa (UERJ); dois apresentam a análise dos componentes do processo de trabalho (UFMG/ UFMS); dois referenciam o trabalho voltado para a integralidade do cuidado (UFMS/ UFSC); quatro abordam o atendimento integral e a clínica ampliada voltada para o NASF (UFSC, UFMS, Unifesp, UFMA) e dois articulam o processo de trabalho à gestão e planejamento através da Vigilância em Saúde (Unifesp/ UFMA).

Quadro 5 – Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Processo de trabalho.

INSTITUIÇÃO	PROCESSO DE TRABALHO
UERJ	Integralidade Biopsicossocial (Donato, 2015) Abordagem Centrada na pessoa (Anderson e Favoreto, 2015)
UFMG	Análise Componentes Processo de Trabalho (Faria et al., 2009, p. 21)
UFMS	Processo de Trabalho (Referência UFMG) Produção do Cuidado (Correia et al., 2010, p. 98)
UFSC	Produção do cuidado / Micropolítica do Trabalho (Lacerda, Moretti- Pires, 2012, p. 79-82)
UNIFESP	Vigilância em Saúde / Atendimento Integral (Figueiredo, 2014, p. 2)
UFMA	Planejamento (Costa e Pinho, 2014a, p. 15)

Fonte: GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família: desvelando contradições e construindo mediações críticas. 2016. 343 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ UERJ. Rio de Janeiro, 2016.

Os textos apresentam a análise sobre o processo de trabalho na Saúde da Família sob diferentes perspectivas, com enfoque biopsicossocial, individual, integral e também de planejamento de gestão. Em alguns cursos, são abordadas mais de uma perspectiva, sendo um diferencial os cursos da UFSC, UFMS, Unifesp, que apresentam a construção do trabalho em articulação com o NASF.

O conteúdo geral do curso da **UERJ** apresenta uma particularidade, já que estabelece uma linha única de apresentação dos temas que são referenciados na **abordagem biopsicossocial**. É o único curso que apresenta uma perspectiva que percorre todos os temas, já que os demais cursos apresentam diferentes posicionamentos, de acordo com os autores. A discussão da UERJ expressa o debate construído por um grupo do Instituto de Medicina Social (IMS), que foi

pioneiro no debate sobre a Medicina Social e se fez presente no movimento de Reforma Sanitária.

Sobre a abordagem biopsicossocial Donato (2015), aponta que:

Resgata a noção complexidade que envolve o binômio saúde adoecimento. Realça as relações homem-ambiente. Valoriza a totalidade biopsicossocial do ser humano bem como a historicidade dos fenômenos relativos à sua saúde. A abordagem neste modelo é holística. A participação dos indivíduos e sociedade é indispensável. A dicotomia entre práticas preventivas e curativas é superada. Mente e corpo são únicos. Saúde individual e coletiva, inseparáveis (DONATO, 2010, aula 1).

Nessa relação, o processo diagnóstico e terapêutico, segundo o autor, “**tem base sistêmica**”, na qual “um componente da rede biopsicossocial afetado (seja no plano individual, familiar ou comunitário) repercute na totalidade orgânica que se remodela para fazer frente a esta nova situação”. Assim, “estratégias para favorecer um rearranjo adequado contribuem para incrementar a resiliência”. Destaca as diretrizes da integralidade que aborda as interações pessoa-mundo e o cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade que transcende a prevenção e o tratamento de doenças, busca preservar a qualidade e promover a plenitude da vida, respeita limites, condições e reais potencialidades, tanto no plano individual quanto sociocultural.

Na prática assistencial sob a perspectiva do modelo biopsicossocial, o autor aponta como um dos eixos fundamentais do modelo de atenção integral “a relação médico/equipe-paciente-família-comunidade” que, enquanto processo de interação, “deixa fluir livremente informações indispensáveis à elaboração do diagnóstico clínico” e, simultaneamente, “torna-se em si mesmo, **uma relação terapêutica**”. Sobre a abordagem centrada na integralidade destaca o acolhimento, cuidado, vínculo, através dos princípios da abordagem centrada na pessoa, a abordagem familiar e comunitária, uso racional de tecnologia.

Para Donato (2015, aula 1), a abordagem integral utiliza “recursos diagnósticos e terapêuticos, a capacidade de escuta, a relação Médico Paciente, a promoção da Resiliência, promoção de estilos de vida saudável, terapêutica integral, busca autocuidado, autonomia, independência e plenitude da vida”. Na integralidade na medicina de família e na abordagem psicoterapêutica,

[...] a relação transpessoal é uma relação viva. Todo o ato médico é consequentemente, um ato vivo, por mais que se lhe queira emprestar caráter exclusivamente técnico. Não existe ato puramente diagnóstico. Todas as atitudes do médico repercutem sobre a pessoa doente e terão

significado terapêutico ou antiterapêutico segundo as vivências que despertarão no paciente e nele, médico, também (PERESTRELLO apud DONATO, 2015, aula 1).

Como metodologia do trabalho na Saúde da Família, o autor de referência do curso da UERJ destaca “o paradigma biopsicossocial”, a partir dos eixos da abrangência (integralidade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde), longitudinalidade (continuidade), coordenação e integração do cuidado, contextualização (ênfata o processo saúde adoecimento no contexto individual, familiar e comunitário).

No texto sobre a **abordagem centrada na pessoa**, os autores Anderson e Favoreto (2015, aula 1) reivindicam a perspectiva ampliada para reconhecer as percepções dos indivíduos em relação ao processo de adoecimento. Abordam a importância da narrativa das histórias de adoecimento, buscando identificar crenças e comportamentos relacionados à saúde. Indicam que para isso o profissional de saúde necessita desenvolver competências dialógicas como competência cultural, intersubjetiva, afetiva, ética, terapêutica com “construção e mediação da autonomia e do projeto de felicidade”. A abordagem centrada na pessoa é um dos eixos de proposta de mudança clínica que também envolve a **Clínica Ampliada** que “propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater doenças, mas a transformar-se de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida”. Para isso apresenta algumas sugestões práticas como “a escuta, os vínculos e afetos, prestar a atenção, muito ajuda quem não atrapalha”.

Segundo os autores, a medicina centrada na pessoa é uma proposta desenvolvida por médicos do Canadá, que visa transformar o método clínico a partir do contexto da atenção primária. O método é realizado em seis etapas: explorando a enfermidade e a experiência da pessoa estar doente, entendendo a pessoa como um todo, elaborando projeto comum de manejo de problemas, incorpora a prevenção e promoção da saúde, intensificando a relação profissional-pessoa, sendo realista. Descreve o método de entrevista para construir uma relação terapêutica, coletar dados, e acordar com paciente um plano terapêutico.

Ao analisar as perspectivas apresentadas perante os limites do modelo biomédico, pode se reconhecer a iniciativa na construção de estratégias que permitam uma maior aproximação com os sujeitos em atendimento e uma nova

dinâmica terapêutica. No entanto, ao realizar essa mesma análise diante do contexto social em que se realizam, na disputa entre projetos de sociedade e de saúde, constata-se que as contradições desse processo não são consideradas em sua dinâmica societária.

O curso, direcionado para médicos, enfermeiros e odontólogos, orienta o processo de trabalho centrado na doença e na prática médica, com um viés subjetivista e individualizante; apresenta um modelo de integralidade pautado no caráter psicoterapêutico e não considera o caráter social e político do processo saúde-doença. Neste caso, não se trata de se considerar ou não a dimensão social da saúde, mas sim, de se questionar como tal dimensão é abordada no processo de trabalho em saúde. As referências apresentadas pelos autores apontam para duas perspectivas: a visão **sistêmica da abordagem biopsicossocial** e a **fenomenologia da abordagem centrada na pessoa**.

A abordagem biopsicossocial é apresentada como modelo de contraposição ao modelo biomédico. A análise realizada por Puttini, Pereira Junior e Oliveira (2010, 753) destaca o conceito de auto-organização¹¹⁷ que percorre o debate sobre esse modelo. Em sua revisão, os autores retomam a teoria geral da ação de Parsons, na qual “é possível analisar sistemas sociais, tendo por quadro de referência os papéis e o *status* na sociedade”, mas apontam a necessidade de atualização do debate a partir dos **sistemas autopoieticos**. Contudo, os autores mantêm a referência na articulação entre a dimensão biológica e social e sugerem que “se desfaça, no plano conceitual, a oposição estanque entre os domínios da realidade biológica e humano-

¹¹⁷ Sobre os sistemas autopoieticos, Puttini, Pereira Junior e Oliveira (2010, p. 753-767) apontam que “são definidos como aqueles que produzem seus componentes, autogerando e realizando a própria rede que os produz e constitui, no espaço no qual eles existem”, se reportando a análise de Luhmann (1993). Assim, afirmam que é possível “aplicar a noção de causalidade circular, presente na formulação original dos biólogos chilenos, que constituiria o princípio de funcionamento não apenas de células, sistema nervoso ou organismos biológicos vegetais ou animais, mas igualmente dos sistemas sociais, citando (COSTA, 2009). Sobre os estudos contemporâneos de auto-organização (AO), destacam a teoria proposta por Michel Debrun (DEBRUN, 1996) que distingue entre dois tipos de AO: na *primária*, um sistema, uma rede de relações se forma, a partir das interações que se estabelecem entre diversos elementos anteriormente independentes entre si; já na *secundária*, um sistema já constituído, que seja aberto a interações com seu meio, passa por transformações organizacionais que decorrem primordialmente de relações intrínsecas (aquelas que são estabelecidas ao longo do tempo, entre os componentes do sistema), e não de uma ação extrínseca. Apontam também a sugestão feita por Morin (MORIN, 1977), em que o conceito de AO “além do mecanicismo e do vitalismo”, possibilita a superação de limitações daqueles tipos de modelos. Nesta perspectiva, “a concepção de *normatividade da vida* proposta por Canguilhem - uma importante referência para se discutir os conceitos de saúde e doença - emergiria da própria atividade do ser vivo, situando-se no plano da AO secundária, na qual um sistema já formado - um organismo vivo - estabelece as metas para si, a *partir de sua própria atividade ao longo do tempo*, partindo de interações entre seus componentes e do sistema do ambiente”.

social, enfocando-se então os domínios de intersecção constituídos pelos processos biológicos socialmente moldados, assim como relações humanas embasadas em processos biológicos”.

A tentativa de se vincular a compreensão da vida social ao funcionamento da natureza não é um recurso novo. Mesmo que em uma perspectiva renovada, esta vinculação impõe importantes limites à concepção do processo saúde doença, ao processo de trabalho e suas abordagens, pois reivindica uma leitura linear e mecânica da realidade, a partir de noção de sistemas, que não expressam a dialética da vida social. No campo social, a visão sistêmica das relações sociais reforça o viés positivista das intervenções sociais que historicamente são marcadas pela perspectiva de moralização da sociedade e individualização dos problemas sociais, pelo viés do controle e do ajustamento social.

O recurso à **abordagem centrada na pessoa**, como método de aproximação aos sujeitos, toma como referência a experiência do campo da psicologia, a partir das elaborações de Carl Rogers¹¹⁸, como nos aponta Moreira (2010, p. 537). Em sua revisão a autora destaca que as diferentes vertentes pós-rogerianas partem de fases diferentes do pensamento do autor e destaca o caráter fenomenológico através de contribuições da tradição da Psicopatologia Fenomenológica e da Análise Existencial. Utiliza-se do potencial eminentemente compreensivo dessa abordagem para o desenvolvimento teórico e metodológico de uma clínica ampliada crítica, ou mundana, que tem como fundamento as filosofias existenciais de autores como Heidegger, Merleau-Ponty e Buber, entre outros. Já a linha transcendental toma como base especialmente os escritos do último Rogers, da fase inter-humana (1970-

¹¹⁸ Moreira (2010) aponta que o pensamento de Carl Rogers sofreu uma evolução ao longo de sua carreira profissional, de tal maneira que a própria denominação de sua proposta teórica também foi se modificando. A autora aponta que em 1940, quando, segundo ele mesmo, nasce sua nova proposta teórica de psicoterapia, Rogers a nomeia de Psicoterapia Não-Diretiva ou Aconselhamento Não-Diretivo, tal como publicado em 1942 em seu livro *Psicoterapia e consulta psicológica*. Posteriormente passa a denominá-la *Terapia Centrada no Cliente*, *Ensino Centrado no Aluno*, *Liderança Centrada no Grupo* e, por último, *Abordagem Centrada na Pessoa* que, segundo ele, é a denominação mais adequada à sua teoria (C. Rogers, 1983). Essas mudanças na denominação de sua teoria devem-se aos diferentes interesses que Rogers foi assumindo como foco de seu trabalho ao longo da vida. Destaca as fases não-diretiva (1940-1950), Fase reflexiva (1950-1957), Fase experiencial (1957-1970), Fase coletiva ou inter-humana (1970-1987), Quinta fase pós-rogeriana ou neorogeriana. A autora ainda destaca que “uma análise mais detalhada dos vários desdobramentos atuais do pensamento de Rogers em tantas vertentes diversas, com diferentes bases epistemológicas, mostra que diferentes vertentes atuais partem de fases distintas do pensamento do autor, com destaque ao potencial fenomenológico de sua teoria e a continuidade de sua construção teórica, na direção de uma clínica humanista—fenomenológica crítica e ampliada, que priorize o acolhimento da alteridade bem como sua pluralidade”.

1987), quando ele deixa de ser psicoterapeuta e se volta para questões mais transcendentais do ser humano.

A reflexão acerca das convergências entre a abordagem centrada na pessoa e as políticas públicas de saúde é destacada por Bacellar; Rocha; Flôr (2012, 127) afirmam uma definição do conceito de saúde, partindo da premissa de que “todas as pessoas têm uma tendência natural ao crescimento, que se desenvolve a partir da experiência”. Para as autoras, palavras como integração, prevenção, interdisciplinaridade, relações de vínculo e responsabilização, entre outras, presentes na descrição das políticas públicas de saúde brasileiras, “serão facilitadas, se forem estabelecidas relações que apresentem como objetivo uma maior independência e integração do indivíduo, ao invés de esperar que tais resultados derivem do auxílio dado pelo orientador à solução de problemas”. Nessa perspectiva, “o foco é o indivíduo e não o problema”. Afirmam que “o objetivo não é resolver um problema particular, mas auxiliar o indivíduo a crescer, de modo que possa enfrentar o problema presente e os posteriores de uma maneira mais bem integrada”, fazendo com que as pessoas passem a ser responsáveis por seu desenvolvimento pessoal e pelo cuidado de sua própria saúde, promovendo e prevenindo o seu prejuízo e, por outro, que os profissionais passem a considerar a potência das pessoas a que se propõem ajudar.

O processo de trabalho em saúde pautado na concepção sistêmica e fenomenológica coloca o profissional de saúde em uma posição **psicoterapêutica**. Certamente, estes são recursos que buscam romper com o distanciamento comuns nos serviços de saúde, mas perante os limites da formação em saúde para além do modelo médico hegemônico, é questionável as condições de obtenção do aporte teórico necessário para a abordagem voltada para estes referenciais. Mesmo considerando que o caráter multiprofissional do atendimento em saúde tem permitido a aproximação e o trânsito entre áreas do saber, há de se considerar os riscos de se colocar os profissionais de saúde em uma posição terapêutica voltada para a subjetividade, sem que haja suporte metodológico para isso. Tal fragilidade, posta diante das contradições que se apresentam no cotidiano dos serviços, abre caminho para o reforço das práticas assistencialistas/funcionalistas, pautadas pela ajuda psicossocial. Ao se deparar com as questões de saúde trazida pela população usuária e buscar uma resposta psicoterapêutica, há o risco de sobrecarga do próprio profissional de saúde que, sem o aporte necessário, frustra-se ao não ter respostas

concretas diante de suas intervenções, gerando, até mesmo, o adoecimento do próprio profissional.

Para além do processo terapêutico, observa-se que as bases que orientam o processo de trabalho nessa perspectiva remetem a uma visão subjetivista e individualista dos sujeitos e não aborda a questão social em suas contradições. Nesse sentido, a questão social e suas expressões na saúde, tende a ser abordada como um problema individual e moral, cujas respostas devem ser buscadas nos recursos pessoais e emocionais, em um processo de ajuste à realidade social, tais como as experiências já apresentadas no decorrer desse estudo.

A análise dos **elementos do processo de trabalho** é realizada por Faria et al. (2009, p. 21); texto também utilizado pelo curso da UFMS, organizado por Correia et al. (2010, p. 98). Partindo de situações apresentadas em estudo de caso em que as equipes estão com dificuldades em organizar o trabalho e reconhecer seus objetivos, os autores se reportam aos elementos do processo de trabalho como objetivos, finalidades, objetos e o trabalho no setor de serviços. Na busca por diferenciar o trabalho industrial do trabalho nos serviços e particularizar as demandas do trabalho da Saúde da Família, apresentam a questão da subjetividade como atividade produtiva entre sujeitos.

Nesse caso, o processo de trabalho é, necessariamente, um momento privilegiado e intenso na formação da subjetividade desse usuário e cliente. O profissional não pode estar alheio a essa dimensão de seu trabalho. Por um lado, porque ela é um de seus objetivos centrais e, por outro, porque a sua própria subjetividade também se forma e se transforma durante esse processo. A atividade produtiva é aí, então, direta e intensamente, produção de sujeitos, envolvendo os dois lados da relação: o usuário e o profissional. Assim é, como dissemos, na prestação de serviços em educação e saúde. Nesses casos, podemos dizer, portanto, que o próprio profissional é, também, de modo direto, objeto no processo de trabalho (FARIA et al., 2009, p. 21 e CORREIA et al, 2010, p. 98).

Na discussão sobre os elementos do processo de trabalho e o processo de objetivação, os autores rebatem a análise que consideram o produto do trabalho em saúde o seu próprio ato e consideram ser o seu produto “as alterações na saúde do (s) usuário (s), seja em sua promoção, prevenção, recuperação ou reabilitação de agravos ou doenças”.

O objeto no processo de trabalho em saúde está constituído por processos ou estados sociais, psíquicos ou biológicos cuja alteração pode ter impacto positivo sobre a saúde de indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. Como indicado anteriormente, em se tratando de Atenção Básica à Saúde, as condições sociais e psíquicas têm muita relevância na determinação das

condições de saúde e nos resultados das intervenções dos profissionais e, portanto, constituem objetos fundamentais das intervenções, requerendo, para isso capacidades, habilidades e tecnologias específicas. Podemos concluir que, apesar de não resultar em um produto de consumo determinado, como no caso da produção industrial, nem por isso o trabalho nos serviços de saúde deixa de ter um produto definido, aqui entendido como “o efeito positivo de tais alterações sobre a saúde das pessoas (FARIA et al., 2009, p. 45; CORREIA et al, 2010, p.98).

Os autores destacam ainda objetivos e finalidades, especificando a dinâmica na saúde da família das instituições, equipes, gestores, comunidade/sociedade, que “define objetivos e finalidades distintos e por vezes contraditórios”. Sobre os objetivos da sociedade, considerada o sujeito coletivo, “depende das capacidades gerais dos seus indivíduos, inclusive as psicofisiológicas, para se desenvolver. A proteção e a promoção da saúde do conjunto dos indivíduos são, portanto, necessidades de toda sociedade”. No entanto, finaliza o texto apontando a importância das definições do processo de trabalho para o cumprimento de objetivos e metas pactuados no planejamento.

A argumentação sobre o processo de trabalho construída pelos autores nos remete à discussão sobre os elementos do processo de trabalho em Marx, no entanto, faltam mediações que apreendam as dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas de um processo que envolve dois sujeitos (profissionais/usuários) e não um sujeito e a natureza como objeto. Apesar de destacarem os profissionais como protagonistas imediatos de todos os processos de trabalho em saúde, a análise dos autores reporta esse protagonismo para o cumprimento de metas do processo de planejamento e não aponta as possibilidades políticas desse processo na relação saúde-sociedade.

A discussão dos autores sobre o processo de trabalho na Saúde da Família traz como uma das referências o debate sobre a **produção da saúde**, a partir das reflexões de Emerson Merhy (1997, 1998, 2003, 2004). Dos seis cursos, dois referenciam diretamente os textos do autor sobre processo de trabalho na abordagem sobre **tecnologia do trabalho em saúde** e a **Integralidade do Cuidado** (UFMS/ UFSC). A referência a esse debate é feita pelos demais cursos também no debate de outras temáticas. Esta análise aborda o processo de trabalho por meio de tecnologias e aponta o cuidado como elemento central.

Nessa perspectiva, o módulo sobre processo de trabalho da UFMS, tem como referência o texto já apresentado da UFMG, mas é ampliado com algumas adaptações, dando ênfase ao debate realizado por Merhy (2004). Os organizadores

do módulo, Correia et al. (2010, p. 98), já na introdução, afirmam a dimensão do cuidado do indivíduo e se reportam à elaboração do autor sobre processo de trabalho que é definido “como a forma como se realiza o trabalho, tendo como elementos em sua realização, no caso específico da saúde, o usuário, os profissionais de saúde, a gestão e a própria rede de serviços, com objetivo de chegar a um produto que é a saúde”.

Ainda nessa direção, apresentam o quadro em que o autor sistematiza o processo de trabalho em saúde como “produtor de atos de saúde, como procedimentos, acolhimentos, responsabilizações; que produz intervenção em saúde sob a forma do cuidado atuando sobre problemas de saúde”; com a **produção do cuidado à saúde** visa-se como resultado a “cura, a promoção e a proteção, que se supõe que impacta direitos dos usuários finais tidos como necessidades de saúde, aumentando seus graus de autonomia na vida”. Destacam ainda a relação usuário/profissional de saúde que “precisa ocorrer a corresponsabilização em torno do problema apresentado, fortalecendo vínculos e aceitação”. No debate sobre meios e condições, destacam a abordagem do autor sobre as tecnologias do cuidado, como as tecnologias duras, centradas em máquinas e equipamentos; as tecnologias leves-duras centradas no conhecimento técnico, e as tecnologias leves, centradas nas relações.

Já o texto de Lacerda, Moretti- Pires (2012, p. 12) aponta a defesa de Merhy (1997) sobre as relações do cotidiano do serviço, chamadas por ele de **micropolítica**, que “fundamentam a organização dos processos de trabalho e produção da saúde que são imprescindíveis e devem ser entendidas para se promover reais mudanças nas formas de se produzir saúde”. Nessa relação, os autores destacam ainda a existência de conflitos e tensões, na medida em que os projetos individuais e coletivos encontram-se no espaço de produção de saúde e ressaltam “a dimensão humana do trabalho” e os componentes subjetivos e intersubjetivos, ou seja, “o profissional como ser humano também está ali interagindo com o outro ser humano que recebe o cuidado”. Merhy (1997, p. 5) defende que é fundamental encarar o trabalho em saúde como relacional, ao que chama de “**trabalho vivo**”, relacionando-se como “forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado”.

A reflexão construída toma como ponto de partida o debate sobre a o trabalho em saúde no setor de serviços que, diferenciando-se do trabalho industrial, assume outras mediações, mas também considera que este ainda se realiza não somente no setor público e que também é realizado com o uso de tecnologias.

Assim, Merhy (1994) aponta que do mesmo modo, no campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas **a produção do cuidado**, através do qual poderá ser atingida a cura e a saúde, que são de fato os objetivos que se quer atingir. Franco e Mehry (2003, p. 01) apontam que “para conseguir operar satisfatoriamente a integralidade, nos campos de necessidades descritos”, o espaço da **micropolítica do processo de trabalho**, “aparece com evidência na medida que este é um lugar por excelência de encontro entre os sujeitos trabalhadores e usuários, portanto, onde se dá o agir no cotidiano do cuidado à saúde”.

Estes são pontos encampados, que se apresentam como referência no debate do campo da saúde e subsidiam as elaborações na Saúde da Família. É importante situar que este debate se constrói como possibilidade de questionamento das práticas de saúde constituídas pelo modelo médico hegemônico, sendo que no debate da Reforma Sanitária, uma das questões de enfrentamento foi a construção de serviços de saúde que respondessem as demandas locais e que possibilitassem uma outra relação com os usuários. Com a implantação dos serviços de atenção básica, colocou-se a necessidade de estratégias de atendimento para além da abordagem comunitária, que já assumia um viés crítico. No entanto, é sob as mesmas contradições sócio-políticas do ajuste neoliberal e da contrarreforma, que este debate sobre o processo de trabalho vai ser construído e, não imune, também vai sofrer as repercussões desse momento em suas formulações.

Em que pese as contribuições dessa análise para estabelecer uma relação de “acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso em resolver seu problema de saúde, a criatividade proposta a serviço do outro e ainda a capacidade de estabelecer vínculo”, visando a “recuperação ou ganhos de autonomia dos usuários indivíduos ou coletivos”, valorizando os “pequenos atos do cotidiano”, que colocam trabalhadores e usuário “como sujeitos de um mesmo processo de produção de saúde”, torna-se necessário questionar novamente como são estabelecidas as mediações entre o micro e o macro, entre o cotidiano das relações e as contradições societárias que permeiam a questão da saúde.

Ao tomar como ponto de partida a análise dos elementos do processo de trabalho, a reflexão tenta se aproximar dos elementos do processo de trabalho em Marx (relação entre objetivos, finalidades), no entanto, ao fazer as mediações para o trabalho em saúde nos serviços por meio das tecnologias e enfatizar as relações cotidianas, não as considera no conjunto das relações sociais capitalistas e suas contradições. Há de se considerar nesse debate, os questionamentos feitos à influência marxista e seu potencial de respostas e aproximações das questões subjetivas e instrumentais, que abriam caminho para outras formulações que possibilitam respostas diretas a essas demandas, mas se constituem a partir de uma outra leitura de realidade. Ao dar enfoque à atuação micropolítica, falta dialética a esses elementos, já que não apresentam as determinações que repercutem no cotidiano e articulações entre singular, particular e universal. Cabe considerar também que este debate toma como referência a discussão sobre micropolítica, que também sugere vinculação ao pensamento pós-moderno, o que sinaliza algumas contradições no debate¹¹⁹.

¹¹⁹ Dentre essas contradições, destacamos a reflexão de Vasconcelos (2015, p. 146) que, ao analisar a perspectiva da emancipação humana em que a saúde é concebida como resultado e não como bem a ser alcançado/produzido e muito menos como ausência de doenças, aponta que a noção de “processo de produção da saúde” não se coaduna com a perspectiva emancipatória, principalmente por que essa noção refere-se à prestação de serviços de saúde onde, na realidade, através de estratégias e ações socioassistenciais, é possível prevenir, preservar, proteger, promover, potencializar e recuperar níveis de saúde – através do tratamento e cura de doenças, redução de danos, prevenção e promoção da saúde – mas não gerar /produzir saúde”. Afirma a autora que a saúde, assim como a cultura, não podem ser pensadas como um bem a ser alcançado, mas como resultado da forma como homens se voltam sobre a natureza para modifica-la e sobreviver dela, enquanto se modificam e se relacionam nas diferentes instâncias da vida social. Sobre a micropolítica, Eduardo Mourão Vasconcelos (2016, p. 69-70), analisa “os graves riscos de um movimento antimanicomial focado apenas na micropolítica e no setor de saúde mental”. Considerando as bases sociais fortemente heterogêneas do movimento antinanicomial e as limitações de suas concepções clássicas (foucaultiana e basagliana) e as recentes esquizoanalítica e socioanalítica perantes o gravíssimo quadro econômico e político da saúde, o autor aponta a tendência de hipervalorização voluntarista do ativismo micropolítico. Sinaliza que “o movimento antimanicomial tente a mobilizar apenas uma visão setorial do campo específico de atuação e interpelar a implicação profissional e seus coletivos imediatos com sua prática micropolítica, como se o avanço da política e dos serviços dependesse apenas do comprometimento de seus trabalhadores com os valores no dia a dia”. Tal condição não estimula a superar o reducionismo e a relativa despolitização de suas concepções e buscar alianças estratégicas políticas mais amplas junto aos demais movimentos sociais diante da precarização das condições de trabalho. Destaca que o voluntarismo em confronto diário com os obstáculos leva “a um nível muito intenso de estresse e a um alto risco de exaustão, o que pode provocar, por um lado, a burocratização e indiferença na prática diária com os usuários dos serviços e no cumprimento de suas responsabilidades e por outro lado, naqueles trabalhadores mais engajados, pode levar a uma desmobilização ético-política maciça, ou seja, ao desanimo, paralisa e/ou ao abandono do campo. Ainda sobre as contradições que percorrem essa discussão, Santos (2007, p. 70), em sua análise sobre o neoconservadorismo pós-moderno, destaca a expansão na cultura profissional das preocupações “microsociais” e conseqüentemente da chamada “microintervenção”. Na diversidade

No debate sobre a influência pós-moderna na saúde, Castro (2015), ao expor sua análise sobre a produção social da saúde, afirma que nesta perspectiva “a realidade passa a ser tratada deslocada de um referencial totalizante e o próprio real é dado como impossível de ser explicado e entendido na articulação entre suas partes” e cada “contexto é um espaço e uma rede de relações dotadas de uma marca específica da intersubjetividade, desconectada do conteúdo histórico social”. Assim,

A centralidade antes conferida à temática do Estado/sociedade dá lugar a um deslocamento de foco para as microrrelações deste campo: rede de relações que se estabelecem, a gestão das políticas sociais, formulação e implementação das políticas públicas. Novas categorias também se desdobram neste processo: cotidiano e representação social acompanhada da utilização de abordagens metodológicas com o enfoque da psicanálise e da técnica da Pesquisa Participante; enfoque nos valores culturais da população usuária e sua influência na concepção de saúde/ doença; e análise da Gerência e Administração em nível local dos Serviços (CASTRO, 2015, p. 129).

Ao analisar diretamente a influência da formulação da perspectiva do cuidado no âmbito da política de Humanização, Castro (2015, p. 185) afirma que a abordagem do processo saúde/doença e de trabalho na saúde “ênfatiza a individualidade, subjetividade, os símbolos e o diálogo na construção das relações sociais, não sendo problematizados outros determinantes sociais, econômicos e culturais”.

Passos (2016, p. 222)¹²⁰, ao analisar o trabalho no care, propõe uma análise do cuidado “vinculado às necessidades do humano genérico, ou seja, todos os

de autores alinhados a essa perspectiva, destaca a referência a Michel Foucault e sua discussão sobre micropoderes.

Mavi Rodrigues (2006, p. 148) apresenta Foucault como um pensador proto pós-moderno e sua obra como fonte fecunda de argumentações pós-modernas. Destaca que a hipótese de uma relação orgânica entre o pensamento foucaultiano e o pós-modernismo gera, ainda hoje, no meio acadêmico, uma intensa cisma. Desde os anos 80, quando Michel Foucault ingressou no universo da crítica habermasiana e passou a ser qualificado como um legítimo representante do neoconservadorismo pós-moderno, as opiniões se dividem, misturando em campos opostos tanto detratores e defensores da cultura pós-moderna, por um lado, quanto adeptos e críticos do filósofo francês, por outro. Assim sendo, a ideia de um Foucault pós-moderno encontra acolhida entre intelectuais com posições políticas e teóricas muito divergentes, como em D. Harvey e S. Lash, mas é duramente rejeitada por autores também muito distintos como B. de S. Santos e S. P. Rouanet. No entanto, a autora afirma que “a despeito de Foucault não professar abertamente as teses pós-modernas, a lógica da sua obra ou os fundamentos de sua análise é/são inteiramente compatível/compatíveis com o horizonte intelectual e político aberto pelo pós-modernismo.

¹²⁰ Passos (2016), realiza uma análise sobre o cuidado, e a partir de Lukács, situa Heidegger e Foucault como um irracionalista devido as suas concepções teóricas e filosóficas que reduzem a realidade a uma perspectiva simplista e subjetiva. Citando Barroco, aponta que: “Como ideologia, o irracionalismo contribuiu, nas condições históricas do nazifacismo, para disseminar o pessimismo, o imobilismo, o desprezo da razão, a glorificação da intuição, a visão do mundo aristocrática, a repulsa pelo progresso social e mitomania, e propiciou a transferência dos conflitos para o campo do

indivíduos necessitam dele, para sobreviver e reproduzir”, e “deve ser reconhecido como algo inerente ao ser social, partilhado como responsabilidade comunitária e não limitar-se ao sentido da saúde, mas direcionar-se ao bem-estar como um todo”.

Posto o debate, é preciso apreender a direção social que o processo de trabalho assume, pois ele não é neutro. Há de se considerar que a proposta de cuidado e a construção de uma nova forma de vinculação com o usuário em si não garante uma visão crítica da dimensão social da saúde. Neste espaço relacional, no cotidiano, estão presentes facilitadores externos e internos para a reprodução de perspectivas assistencialistas, clientelistas, moralizantes, culpabilizadoras, mesmo quando são estabelecidas mediações com a dinâmica social que o cerca, em uma posição crítica. Dessa forma, a perspectiva micropolítica do processo de trabalho na perspectiva do cuidado, na atual conjuntura, exige a ampliação de mediações para que neste espaço não se reproduza práticas de controle social, comuns e hegemônicas no âmbito das políticas sociais. Esta, portanto, é a perspectiva que irá percorrer as formulações dos autores dos cursos analisados, desde a concepção saúde e doença até os instrumentos da abordagem familiar e comunitária.

A compreensão do processo de trabalho por meio da produção da saúde e do cuidado reivindica do profissional de saúde uma postura de **acolhimento**. O acolhimento é uma das diretrizes evidenciadas no trabalho em saúde e busca justamente construir uma cultura de horizontalidade e respeito ao usuário. No entanto, no seio dessas contradições, o acolhimento fica instituído nas ações de **Humanização da Saúde** que, no cotidiano dos serviços, tem sido esvaziado de seu caráter político e ético, e, mesmo voltado para a defesa da saúde como direito e das condições de trabalho, limita-se à “classificação de risco e triagem” ou, até mesmo, à “postura atenta e a escuta qualificada”. Evidencia-se assim, que este debate é

imaginário, a dissimulação das contradições sociais, de seus nexos e mediações, a naturalização de suas consequências, o empobrecimento da crítica. Ao se transformar em ideologia, o irracionalismo assume formas variadas, mas de forma geral, além das características citadas anteriormente, suas diversas expressões têm em comum a desvalorização da verdade objetiva e da perspectiva de totalidade, a subjetivação da história, o individualismo, o agnosticismo, o ecletismo, o pessimismo, a negação da ideia de progresso, da igualdade, do devir, do humanismo. O irracionalismo exerce, como ideologia, uma função de enfrentamento dos conflitos, na óptica dos interesses de manutenção da sociabilidade burguesa; ao transferir o enfrentamento dos conflitos para a subjetividade dos indivíduos, fetichizando suas formas de representação, contribui para a disseminação e o ocultamento de essência da realidade, para a naturalização da desigualdade estrutural da ordem burguesa, constrói uma cultura anti-humanista e passiva e, de modos diversos, afirma a ordem burguesa como o fim da história, engando a práxis social” (BARROCO, 2013, p. 262).

permeado por contradições que limitam seu alcance a práticas conservadoras, perante a dimensão social do processo saúde doença.

Ainda nessa direção, coloca-se a discussão sobre as **linhas de cuidado** que se apresenta na ampliação da Saúde da Família, através do NASF. Dos cursos, três abordam as especificidades do processo de trabalho voltado para o **atendimento integral**, a **clínica ampliada** direcionada ao NASF (UFSC, UFMS, Unifesp).

O conteúdo de Correia, et al. (2010), além de incorporar o debate da UFMG sobre os elementos do processo de trabalho e a colocá-lo na discussão sobre produção da saúde e suas tecnologias, aponta o acolhimento, o território, a visita domiciliar e a entrevista com instrumentos de abordagem, além de outros elementos do processo de trabalho como a clínica ampliada, o apoio matricial, e o projeto terapêutico singular.

O debate sobre processo de trabalho realizado por Lacerda, Moretti- Pires (2012, p. 79) é direcionado na perspectiva do atendimento integral e da interdisciplinaridade, tomando como princípio a equipe multiprofissional, a territorialização e adstrição da clientela, a integralidade e a hierarquização, com destaque para as ferramentas tecnológicas do NASF: o projeto de saúde do território, o apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular.

O conteúdo elaborado por Figueiredo (2014, p. 8) destaca os Desafios a serem superados como o trabalho em equipe, o sigilo e as ferramentas utilizadas pelo NASF em sua organização como o Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e do Projeto de Saúde no Território (PST). O autor destaca ainda que a integralidade se materializa principalmente pelo aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto clínicos quanto sanitários, por meio da responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as Equipes de Saúde da Família e de populações específicas, garantindo-lhes encaminhamento, com base nos processos de referência e contra referência, e atuando no fortalecimento do seu papel de coordenação do cuidado nas redes de Atenção à Saúde.

Costa e Pinho (2014b, p. 6-12) também destacam a equipe multiprofissional, a territorialidade, as especificidades da contratação do médico, o vínculo que, como elemento que torna o trabalho na SF especial, “possibilita que a equipe considere a família como centro do trabalho, permitindo assim a realização de práticas mais

eficientes”. Abordam ainda as atribuições de cada uma das profissões, o apoio matricial e a criação do NASF.

Sobre a perspectiva do processo de trabalho em saúde, Franco e Merhy (2003) apontam que a produção da saúde, com base nas tecnologias leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma integralizada, opera em “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde. Centrada nas necessidades dos usuários, podem se dar como relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde, que se movimenta acionada por certos projetos terapêuticos que requisitam recursos para a assistência aos usuários. Aí “forma-se o encontro entre o mundo das necessidades com o das intencionalidades dos trabalhadores e os protagonistas de certas cartografias que vão se desenhando e dando forma à integralidade na saúde”(FRANCO E MERHY, 2003, p. 12)

Aqui aparece como fundamental, a necessária pactuação entre os diversos gestores dos serviços implicados em ofertar os recursos em produzir o cuidado aos usuários. A definição dos fluxos entre unidades produtivas em diversos níveis de atenção depende, fundamentalmente, do esforço e vontade política em integrar estes serviços. Em outro nível, aparecem como fundamentais a rede de conversas que se estabelece em cada serviço deste, que vão compor a “linha do cuidado”. Esta deve ocorrer entre os trabalhadores, como parte integrante de uma rede de petição, onde há mútua implicação com o processo produtivo que é por natureza formado a partir dos saberes e fazeres, que vão se expressar em atos como o do acolhimento em cada serviço deste, a vinculação de clientela e responsabilização com seu cuidado e, sobretudo, para um trânsito seguro na linha do cuidado, é necessária uma gestão eficaz por parte da equipe de saúde, ao qual o usuário está vinculado, do seu projeto terapêutico. Isto se dá, com objetivo de garantir que os atos cuidadores sejam de fato eficazes para conseguir os resultados de autonomização, fazendo da integralidade um importante dispositivo para a abertura de muitos processos de mudança em toda rede assistencial. Sobretudo, age assim como dispositivo instituinte do processo de trabalho e da produção do cuidado em saúde (FRANCO E MERHY, 2003, p. 12).

Uma das contradições que se apresenta nessa discussão é como garantir o acesso aos recursos necessários para a construção do projeto terapêutico perante a precarização da política de acesso e a restrição de acesso? Nesse sentido, não há como construir uma proposta de atendimento sem considerar a dimensão política e ética desse processo, sob risco de, mais uma vez, recorrer ao recurso da responsabilização individual, familiar e comunitária, como aponta a direção das políticas sociais no momento atual.

Esta compreensão do processo de trabalho requer do profissional de saúde uma postura voltada para **o atendimento integral e a interdisciplinaridade**. Para

além da composição multiprofissional das equipes, um trabalho nessa direção traz como desafio a articulação e a construção de saberes e práticas comuns que, ao mesmo tempo, contemple e respeite o objeto específico de cada profissão. No entanto, as limitações do processo de formação já apontadas no decorrer da pesquisa, em especial ao seu conteúdo ético e político e os valores da Reforma Sanitária, se apresentam como um importante limite na construção de projetos terapêuticos a partir de uma visão que considere o homem como sujeito autônomo e o mundo em suas contradições.

Um dos referenciais do debate sobre o processo de trabalho na Saúde da Família é a **Vigilância em Saúde**, que é apresentada pelo conteúdo do curso da Unifesp, com enfoque epidemiológico, e UFMA, com enfoque de planejamento e gestão.

Figueiredo (2014, p. 5) toma como pressuposto que “a Atenção Básica se constitui em um conjunto de ações que dão consistência prática ao conceito de Vigilância em Saúde”, referencial que “articula conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde”, redefinindo as práticas em saúde com base na promoção, proteção e assistência, a fim de garantir a integralidade do cuidado. Apresenta a **Rede de Atenção à Saúde (RAS)** como “arranjo organizativo formado pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, num determinado território geográfico, responsável não apenas pela oferta de serviços”, buscando a articulação entre os serviços a fim de garantir integralidade da atenção, tendo a atenção básica como principal porta de entrada e a equipe multidisciplinar, “responsável pelo atendimento de forma resolutiva da população da área adstrita e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas”. Destaca a organização das unidades de saúde a partir das realidades socioepidemiológicas, que permite, além de facilidade de acesso, a construção de vínculos positivos e responsabilização dos profissionais pela continuidade do cuidado dos usuários.

No módulo “Processo de trabalho”, Costa e Pinho (2014a, p. 8) articulam a discussão **de processo de trabalho ao planejamento** e citam Paim (2006) para afirmar que “o planejamento não é somente teoria, utopia, mas antes de tudo um compromisso para a ação” e a liberdade relativa de um sujeito, individual ou coletivo, para não se tornar uma presa dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade.

Em um módulo com três textos, os autores aprofundam diversos métodos de planejamento, destacando desde suas raízes na teoria Geral da administração (TGA) ou Teoria Geral da Organização (TGO), até as propostas voltadas para a saúde. Apresentam o **método CENDES**¹²¹ que “baseava-se em estabelecimento de critérios para eleição de prioridades que orientassem as intervenções, com o objetivo de otimizar os recursos existentes, porém com fundamentos básicos do planejamento normativo”. Apresentam momentos do **planejamento estratégico** como um processo, de acordo com Carlos Matus, em 1996, identificando quatro momentos fundamentais: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Apresentam também o método do PPLS (Planejamento e Programação Local em Saúde) que propõe a realização de oficinas de trabalho para elaboração de um plano de ação para a vigilância à saúde, que pode ser aplicado em qualquer recorte territorial, com reuniões que ocorrem mediante processo de discussão para obtenção de consenso, articulando a questão do território ao planejamento e à participação.

A proposta da Vigilância em Saúde coloca as questões de saúde no contexto local e das políticas públicas e pretende dar conta do princípio da integralidade, pensado tanto em uma perspectiva vertical, de organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica, quanto horizontal, no que diz respeito a articulação entre áreas de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e recuperação. No entanto, Teixeira e Solla (2006, p. 126)¹²² apontam que, na prática,

¹²¹ Costa e Pinho (2014a, p. 8), citando Chorny; Kuschnir; Ta Veira (2008) afirmam que apesar do marco do surgimento da planificação em saúde ter ocorrido na década de 1960, com a ideia do movimento transnacional pela aliança do progresso, a Fundação SESP realizava programação de algumas atividades de saúde. A reunião de Punta Del Este (Uruguai), em 1961, cristaliza o acordo do planejamento no método CENDESOPS, baseado na eficiência da utilização de recursos; e a reunião de ministros da Saúde das Américas, em 1963, consolida esse mesmo acordo. Durante décadas, o método CENDES-OPS foi referência central para o planejamento em saúde. Destacam ainda a afirmação Teixeira (2010), “no Brasil, a programação em saúde começa efetivamente em 1965, com o método CENDES-OPS, fundamentado no diagnóstico de saúde, com indicadores de nível de saúde a partir de variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais, destacando a quantificação de variáveis populacionais, principais doenças e agravos, grupos mais afetados, faixas etárias mais atingidas e riscos mais relevantes”.

¹²² Sobre a Vigilância em Saúde Teixeira e Solla (2006) destacam que a proposta tem suas origens nas experiências desenvolvidas no âmbito de Distritos sanitários implantados no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, tendo como base conceitual originária os Sistemas Locais de Saúde – SILOS. Esta proposta resultava de uma atualização da proposta de regionalização dos serviços de saúde elaborada por Dawson, nos anos 1920, na Inglaterra, matriz da macro organização do Nacional Health Service - NHS e também do sistema de saúde italiano, ambas fontes inspiradoras de propostas elaboradas pela vertente político -institucional do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, representada, de certa forma, pela presença de Hesio Cordeiro na presidência do INAMPS no período SUDS (1987 a 1989). Além do enfoque sistêmico, que fundamentava a noção de SILOS, a

“essas propostas tendem a ser flexibilizadas, de modo a se superar a ideia de uma estrutura piramidal de serviços, através da constituição de redes articuladas em função do atendimento de problemas e necessidades prioritárias”. Destacam os limites do alcance das propostas mais abrangentes da Vigilância da Saúde na mudança na organização do processo de trabalho e saúde que “tem buscado estabelecer um diálogo com a corrente das áreas programáticas e tem se aproximado do debate sobre Promoção da Saúde”. Nesse sentido, busca ampliar a influência sobre políticas e estratégias de ação intersetorial passando a ser usada como referência no âmbito da Saúde da Família.

A aproximação com as condições de saúde da população coloca em questão a direção social de compreensão da dimensão social da saúde, como bem vimos no debate sobre a concepção do processo saúde doença. Assim, a perspectiva de Vigilância em Saúde também apresenta contradições no seio de suas formulações, que poderão ser debatidas como maior profundidade no item sobre comunidade onde também abordaremos a questão do território. O trabalho a partir da perspectiva da Vigilância em Saúde exige dos profissionais uma postura de planejamento, articulação e vínculo que se não estiver pautada em uma visão crítica do processo saúde doença e sua dimensão social abre caminho para a reprodução ampliada de ações focalizadas, com restrição de acesso e controle local.

A análise da perspectiva que o processo de trabalho assume na Saúde da Família como contraposição ao modelo médico hegemônico, a partir dos conteúdos

implantação dos DS no contexto brasileiro absorveu rapidamente as propostas do planejamento estratégico situacional de Carlos Matus (1993) e também por epidemiologistas, como Pedro Luís Castellanos (1991;1997), acerca da análise de situações de saúde. Teixeira incorporou, no mesmo movimento, as contribuições da nova geografia de Milton Santos, como referencial para a delimitação dos territórios (no plural) circunscritos pelo DS, recortados e superpostos como um mosaico que permite a identificação de problemas e necessidades de saúde e das possibilidades de oferta de serviços e de intervenções sobre condições de vida da população. As autoras destacam que a noção de Vigilância da Saúde (VISAU) surgiu, nesse contexto, como forma específica de denominação da proposta de modelo de atenção à saúde e integração das práticas de saúde no território do DS, a partir de uma releitura crítica e atualização histórico-concreta do diagrama proposto originalmente por Leavell e Clarck, a propósito dos níveis de prevenção que atravessam a História Natural das Doenças (HND). A partir dessa concepção renovada do modelo da HND, a Vigilância da Saúde (VISAU) incorpora, para além do esquema abstrato que organiza os diversos níveis de prevenção, a análise concreta das práticas de saúde tal como se apresentam ou podem vir a se apresentar em uma situação específica como a brasileira. Para as autoras, a operacionalização da proposta de VISAU implica a “valorização dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços, aplicados simultaneamente a delimitação de diversas áreas (de abrangência/influência dos serviços, de acordo com sua capacidade operacional) e, além disso, a incorporação da ideia de mapas de risco, que fundamenta a delimitação de micro áreas (definidas em função do mosaico epidemiológico e das condições e modos de vida da população)”.

analisados, sinaliza para o incentivo de posturas que transitam pelo viés psicoterapêutico, de acolhimento e de planejamento. No entanto, a busca por construção de estratégias de aproximação dos profissionais à realidade dos usuários tem se dado pela via individualista, com valorização das questões subjetivas e a retomada de metodologias conservadoras, tanto no enfoque terapêutico quanto no planejamento. Tais perspectivas, postas diante das contradições da política de saúde, apontam para uma responsabilização dos profissionais de saúde que, voltados para a produção de um cuidado, tem a objetivação de sua prática voltada para as dimensões cotidianas, sem articulação com as demandas, possibilidades e mediações societárias.

As repercussões de tais contradições na abordagem familiar e comunitária, serão analisadas com maior profundidade nos itens sobre Educação em Saúde, Família, Comunidade e Instrumentos de Abordagem.

4.1.1 As particularidades do processo de trabalho na Saúde da Família

Como vimos, a Saúde da Família, ao se apresentar como estratégia para mudança do modelo assistencial em saúde, requisitou mudanças na organização do trabalho e, por isso, apresenta algumas particularidades. Desde o início, ainda com o PACS, algumas estratégias como a territorialização e a visita domiciliar já apontavam o caminho para aproximação com as demandas locais. Com o PSF, a constituição das equipes trouxe como exigência o trabalho em equipe e, com o NASF, constituem-se estratégias como o apoio matricial, a intersectorialidade e estratégias como o acolhimento, a humanização, a clínica ampliada e o projeto terapêutico singular.

Estas são algumas particularidades do trabalho na Saúde da Família constantes do material dos cursos de formação e, aqui, faz-se necessária uma breve análise sobre as contradições que permeiam essas estratégias que, de forma muito próxima, estão articuladas com as direções sinalizadas no processo de trabalho evidenciadas no item anterior. Destacamos as estratégias que se vinculam ao atendimento direto ao usuário, sendo que, aquelas voltadas para a educação em saúde, para a comunidade e o território, serão analisadas nos itens 4.3 e 4.4.

Nos cursos, estas estratégias são apresentadas como princípios, ferramentas, instrumentos e/ou tecnologias. Os cursos direcionados para a equipe mínima

buscam apresentar os instrumentos básicos como a visita domiciliar, a consulta, o acolhimento e a humanização. Já nos cursos voltados para a equipe ampliada, destacam-se o apoio matricial, a clínica ampliada e o projeto terapêutico singular. Com o NASF, apresentam-se novas estratégias na tentativa de ampliar o alcance da intervenção em relação as demandas do processo saúde doença.

A **integralidade** destaca-se como fio condutor que percorre a construção de estratégias do processo de trabalho na Saúde da Família. É apresentada como princípio do SUS, mas passou a assumir diferentes sentidos na conformação da política. Paim (2012, p. 466) afirma que a integralidade foi concebida pela Reforma Sanitária brasileira como “integração entre promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; como garantia da comunidade da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade e como articulação de um conjunto de política públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças”. No entanto, diferentes significados têm sido atribuídos a esse princípio na sua implantação e operacionalização, com destaque à abordagem integral do indivíduo e das famílias que, por meio de práticas integrais, está voltada para as dimensões biopsicossociais, orientadas para a valorização do acolhimento, da escuta, do diálogo, e do vínculo nas relações interpessoais¹²³.

Como pode-se observar, o debate da integralidade tem se voltado para a dimensão psicossocial, em detrimento do debate sobre as outras dimensões, restringindo o alcance de sua dimensão política e social. Considerando que a própria política de atenção básica representa um exemplo de focalização da política de saúde, o debate sobre a esfera político e social da integralidade não pode ser negligenciado.

Tal questão é problematizada por Pires e Gotens (2009) que destacam que “os investimentos nesse modelo de atenção não vieram em conjunto com a

¹²³ Neste debate, destaca-se a produção Mattos (2004, p. 1411-1416) que concebe a integralidade como “uma apreensão ampliada e prudente das necessidades de ações e serviços de saúde”. Para o autor, defender a integralidade “é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica”. Assim, na perspectiva da integralidade, “não devemos reduzir um sujeito à doença que lhe provoca sofrimento. Ao contrário, manter a perspectiva da intersubjetividade significa que devemos levar em conta, além dos nossos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento (que não necessariamente temos) sobre os modos de andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde. Isso implica a busca de construir, a partir do diálogo com o outro, projetos terapêuticos individualizados”.

estruturação dos outros setores”, pois o sistema “não conseguiu desencadear mecanismos de referência e contrarreferência, e não há garantia de atendimento nos setores especializados”. Neste caso, corre-se o risco de, ao não problematizar o acesso à rede de serviços, se recorrer à dimensão individual como recurso para suprir as necessidades de saúde, reforçando a orientação de transferência de responsabilidade para as famílias e comunidades.

Como uma das principais características da Saúde da Família, **a visita domiciliar** é apontada no conteúdo da UFMS como “uma tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, de grande relevância”.

A visita domiciliar permite à equipe conhecer os determinantes sociais geradores de doenças na comunidade e na família. Possibilita o acompanhamento “in loco” dos usuários dos diferentes programas de saúde, assim como a integração de todo o grupo familiar na compreensão e resolução de problemas de saúde. Além disso, é importante compreender a visita domiciliar em seu aspecto subjetivo, como oportunidade para se promover o acesso sociocultural, ou seja, a construção de vínculos, facilitando o encontro entre as famílias e os serviços de saúde (CORREIA et al., 2010, p. 138).

No curso dessa instituição, é reforçada a importância do planejamento da visita e também seu uso para o planejamento, distinguindo-se a visita dos agentes comunitários, das visitas dos demais profissionais. Contudo, a visita domiciliar, como instrumento presente nas políticas de saúde desde os tempos da medicina social, é também marcada pelo seu caráter higienista, fiscalizador e disciplinador e, nos textos do curso, não se encontram referências à necessidade de superação dessa perspectiva e os riscos da invasão do domicílio; o instrumento é reforçado como estratégia para a constituição de vínculos.

Considerando a dimensão ética que percorre o trabalho em saúde, em especial na Saúde da Família que mantém contato direto com os usuários e tem a visita domiciliar como principal **ferramenta, há que se questionar o debate sobre bioética. Neste contexto, dos cursos, somente a Unifesp aborda a bioética em uma disciplina específica.**

A **consulta**, como um dos instrumentos centrais do atendimento em saúde, é abordada por Correia et al. (2010, p. 138), que reconhece a necessidade de superação da visão reducionista marcada pelo modelo biomédico. No entanto, aborda a consulta como “encontro” que “deve ser considerado como momento privilegiado de acolhimento, de escuta qualificada do usuário em sua singularidade: recebe-lo com o seu mundo-vida integral no consultório”, no qual o vínculo pode ser

estabelecido na perspectiva de soluções conjuntas para a necessidade”. Destaca a importância da utilização adequada do potencial da força simbólica da consulta, legitimando o “novo papel social que ela pode exercer”.

Apesar de no texto o autor listar rapidamente a necessidade de respeito à autonomia, aos diferentes saberes, aos aspectos culturais e econômicos, à linguagem, às relações de poder entre o profissional e o usuário, fica exposta a fragilidade da abordagem desses temas no próprio processo de formação.

A referência à abordagem centrada na pessoa de Anderson e Favoreto (2015, aula 1) apresenta a entrevista clínica centrada no paciente na busca por “organizar aspectos comunicacionais e dialógicos essenciais à produção do encontro entre pacientes e o profissional de saúde em uma consulta individual”. Nas técnicas de elaboração de entrevistas, destaca a influência de autores da psicologia, antropologia e sociologia médica e apresenta técnicas comunicacionais para o desenvolvimento da escuta ativa, “que pressupõem que os profissionais tenham uma atitude ética e compassiva com os usuários”.

A perspectiva psicoterapêutica presente na leitura do processo de trabalho também repercute no uso dos instrumentais. Romper com o aspecto fragmentado e impessoal da consulta requer, para além da empatia, o reconhecimento do direito à saúde, a condição de sujeito histórico e de sua autonomia. Não se pode sair do distanciamento, para a invasão pessoal, mediante uma postura terapêutica para a qual não está preparado, sob o risco de reproduzir práticas assistencialistas e paternalistas, direcionadas pela perspectiva da ajuda.

Na busca pela “efetivação da integralidade no processo de trabalho”, a composição das equipes multiprofissionais colocou a necessidade do **trabalho em equipe**. Nota-se que, inicialmente, a composição da equipe multiprofissional trouxe o desafio da construção de uma intervenção conjunta entre profissionais de nível superior, médio, e os agentes comunitários de saúde. Diversos limites são postos ao trabalho em equipe na Saúde da Família que ainda é marcado pelo aspecto burocrático e, segundo Kell (2010, p. 1533), “ocorre de forma parcelar, pois as funções se realizam de forma isolada ou compartilhada, mas não interativa ou integrada”. Assim, a ausência de articulação das ações “dificulta que as equipes encontrem espaços para a elaboração de projeto assistencial local que atenda às necessidades mais amplas da população”.

O cotidiano de trabalho prevê **reuniões com a equipe** para planejamento e discussão de casos. Nota-se que até mesmo este espaço é permeado pelo reforço da “responsabilidade compartilhada”:

Dentre as suas atribuições, as Equipes de Saúde da Família devem planejar ações, conceber a saúde como um processo de responsabilidade compartilhada e pautar suas ações entendendo a família como espaço social. Planejar ações que produzam impacto sobre as condições de saúde da população de sua área de abrangência, orientadas por um diagnóstico participativo, capaz de identificar a realidade local e o potencial da comunidade na resolução dos problemas de saúde. Conceber saúde como um processo de responsabilidade que deve ser compartilhada entre vários setores institucionais e a participação social, o que implica buscar parcerias intersetoriais e conscientizar os indivíduos, como sujeitos no processo de vigilância à saúde. Pautar suas ações, entendendo a família como espaço social, respeitando suas potencialidades e limites socioeconômicos e culturais, além de buscar, nesse contexto, estratégias que otimizem as abordagens médicas e terapêuticas tradicionais (DELZIOVO; PEDEBÔS; MORETTI-PIRES, 2012, p. 14).

Frente aos limites do trabalho multiprofissional, a proposta da **abordagem interdisciplinar** é posta como estratégia para superar esta fragmentação. A interdisciplinaridade passa a ser entendida como “o processo de interação entre as disciplinas em que há cooperação acerca do conhecimento, por meio de sua ação coordenada. Caracteriza-se por uma ação simultânea de diversas disciplinas em torno de um tema”.

É importante salientar que onde há cuidado terapêutico profissional específico também deve haver espaços de aproximação dessa prática com o cuidado multiprofissional interdisciplinar, pois as complexidades social, econômica, cultural e biológica envolvidas na determinação dos problemas de saúde requerem o desenvolvimento de uma nova forma de fazer saúde (LACERDA, MORETTI-PIRES, 2012, p. 14).

Como já problematizamos anteriormente, a proposta de trabalho interdisciplinar coloca o desafio de se constituir práticas conjuntas, que permitam, ao mesmo tempo, preservar a especificidade de cada área. Um exemplo claro se dá em relação à compreensão da dimensão social da saúde, que pode se dar sob diferentes referenciais ético-políticos e teórico-práticos.

No entanto, o trabalho interdisciplinar toma corpo ao ser concebido em uma estrutura, também referenciado no debate sobre **gerência do cuidado** destacado por Franco (2003, p. 15) como **projeto terapêutico**, que o conceitua como “um conjunto de atos de saúde pensados para resolver determinado problema apresentado pelos usuários de um serviço de saúde com o objetivo de produzir o cuidado”.

Na produção do cuidado, as necessidades apresentadas pelos indivíduos ou pelas coletividades devem ser “ouvidas” pelos profissionais de saúde e, com base nelas, os projetos terapêuticos serão desenhados visando responder aos princípios de vinculação, corresponsabilização, equidade e integralidade. (LACERDA, MORETTI-PIRES, 2012, p. 14).

A dimensão do cuidado é retomada, permeada pela diretriz da **humanização e acolhimento**. Como já pontuamos, a Política Nacional de Humanização (PNH, 2013) foi construída a partir do reconhecimento e defesa da saúde como direito e do protagonismo e autonomia dos usuários e trabalhadores da saúde. As análises da implantação, no entanto, apontam para o esvaziamento do seu conteúdo ético-político e a instrumentalização de práticas voltadas para a redução de conflitos. Neste caso, a participação é concebida a partir do processo de cogestão:

Esse movimento de mudança para a humanização, visando entender o usuário como um ser humano complexo para além do seu problema de saúde e constituir a equipe como sujeitos além de técnicos da saúde, pressupõe a existência da chamada cogestão. Desse modo, ele induz à inclusão de todos os sujeitos envolvidos nos processos de gestão de saúde, tanto na análise do contexto e dos problemas como no processo de tomada de decisão. Sendo assim, todos são gestores dos processos de trabalho, inclusive o usuário, que é quem recebe as intervenções (LACERDA, MORETTI-PIRES, 2012, p. 54)

O acolhimento, um dos grandes recursos apresentados pela PNH, tem se reduzido à triagem e classificação de risco. Práticas de acolhimento assumem um papel central na Saúde da Família, como podemos observar nas palavras dos autores, referências dos cursos:

[...] o acolhimento se distingue da triagem por se constituir na inclusão que vai além da recepção e que acontece em todos os momentos e locais do serviço de saúde. O acolhimento não se restringe à recepção da unidade de saúde, o acolhimento só acontece quando adotado por toda a equipe de saúde como parte do processo de produção de saúde, podendo ser trabalhado em todos os encontros nos serviços de saúde. A menção de vínculo aborda também a questão do acolhimento em saúde. [...] Dessa forma, o acolhimento deve ser compreendido e trabalhado como um processo de encontro entre indivíduo/família/comunidade e trabalhadores de saúde, capaz de colocar em prática, na atenção à saúde, a integralidade, a equidade e a resolubilidade (LACERDA, MORETTI-PIRES, 2012, p. 56)

A “escuta qualificada” potencializa a ação do acolhimento, fortalecendo a tecnologia do encontro, com capacidade de resposta aos principais problemas identificados no cotidiano do processo de trabalho, ampliando a oportunidade de pactuação de compromissos (CORREIA et al., 2010, p. 138).

Ou seja, o acolhimento tem sido apresentado como ferramenta terapêutica, com enfoque nas relações interpessoais. Gonçalves, Fiore (p. 4, 2014, Unifesp), ao debaterem acolhimento e vínculo, consideram que “a relação profissional-paciente é

uma situação assimétrica, de dependência, na qual um dos parceiros, o doente, representa o papel de objeto do outro e é envolvido por muitas expectativas e esperanças de ambos os lados”. Os autores citam Merhy (1994), para destacarem que “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, nos sentindo responsáveis pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática nem impessoal”. Neste contexto, ressaltam como pilares da ação terapêutica o acolhimento, a escuta, o suporte e o esclarecimento. Nesta relação psicologizante, alertam para os processos de transferência e contratransferência, para as representações sociais no contexto social da enfermidade, e para os mecanismos de defesa.

O acolhimento, ao ser capturado pelo enfoque terapêutico, reduz sua possibilidade de articulação com as demandas sociais. Conforme aponta Vasconcelos (2015), a proposta de acolhimento do MS, contrariando a CF/1988 e o SUS, parte do pressuposto que:

[...] os “problemas de saúde da população” podem ser resolvidos no âmbito dos serviços de saúde, para além das escolhas políticas que definem não só o financiamento do setor, mas a utilização dos recursos materiais e financeiros e, principalmente, do impacto das condições de vida e de trabalho no quadro de saúde/doença da população. (VASCONCELOS, 2015, p. 308, grifos da autora)

Para Moretti-Pires, Lacerda (2012, p. 14), o apoio matricial propõe um novo arranjo para o processo de trabalho através da equipe de referência, pautada nas diretrizes de vínculo entre equipe e usuários, na cogestão e na interdisciplinaridade para superar o modelo médico hegemônico. Destacam que o apoio matricial “permite aumentar as possibilidades de realização da clínica ampliada e da integração dialógica entre distintas especialidades e profissões”. Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade “o espaço para a comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores é construído e ativado, o que implica a construção de um projeto terapêutico integrado”¹²⁴

¹²⁴ Para os autores, a equipe de apoio matricial tem como principal objetivo oferecer suporte ou retaguarda às equipes de referência para o cuidado de certa população na Atenção Básica, às Equipes de Saúde da Família e/ou de Atenção Básica vinculadas ao NASF. A equipe deve realizar “a coordenação do cuidado, procurando estabelecer finalidades comuns entre as intervenções dos diferentes profissionais envolvidos, valorizando as diferenças, mas garantindo a interdependência entre elas”. Recomendam que o Apoio Matricial deve ser acionado de acordo com as necessidades de cada indivíduo, família ou grupo, e o conjunto de profissionais responsável por prestar tal apoio “não necessariamente tem uma relação direta com esses atores, mas deve oferecer suporte às

Tendo como referência o trabalho interdisciplinar, a integralidade, a humanização e o acolhimento, é construída a proposta de **apoio matricial** que é referenciada pelos autores dos cursos analisados nas formulações de Campos (2000)¹²⁵, que é indicado como referência neste debate. Em sua formulação teórica, toma como referência a análise de Basaglia que, a partir de Gramsci e apoiado em Sartre, na formulação do que chama de clínica do sujeito, ou clínica ampliada, considera a perspectiva fenomenológica na qual “sai o objeto ontologizado da medicina - a doença - e entra em seu lugar o doente. Mas não um enfermo em geral, mas um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído”. Assim, “a reforma da clínica moderna deve assentar-se sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o Sujeito concreto, no caso, um Sujeito portador de alguma enfermidade. Daí o título, Clínica do Sujeito. [...] o objeto da Clínica do Sujeito inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito. Não há como ignorar a enfermidade, senão não seria clínica, mas sociologia ou filosofia existencial” (CAMPOS, 1997, p. 197).

Em síntese, com base na experiência de implantação de equipes de referência em municípios, o autor propõe o modelo na busca por “potencializar as alterações na subjetividade e na cultura dominante entre o pessoal de saúde, por meio de uma valorização concreta e operacional das diretrizes de vínculo terapêutico” (CAMPOS, 1999, p. 193).

Castro (2015, p. 185) ao analisar esse debate, sinaliza-se que “há uma ênfase na centralidade dos sujeitos e desloca-se de uma análise crítica da política de saúde ao não problematizar as contradições e os conflitos presentes nesta. Desloca-se também a defesa da seguridade social (saúde, previdência e assistência social) da proteção social destinada aos usuários”.

Equipes de Saúde da Família e/ou às Equipes de Atenção Básica através de diferentes estratégias interdisciplinares, considerando-se as duas dimensões do Apoio Matricial: técnico-pedagógica e assistencial” (MORETTI-PIRES, LACERDA, 2012, p. 14).

¹²⁵ A proposta de Campos ainda está ancorada também no que o autor denomina de método Paideia (ou método da roda, como também é conhecido) que considera o trabalho realizado para ampliar a capacidade das pessoas para lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmas, aos outros e ao contexto. Em consequência, pretende contribuir para o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos; ampliando, enfim, a possibilidade de ação dessas pessoas sobre todas essas relações. O método abrange o **Apoio institucional** como uma função gerencial para a cogestão, usada nas relações entre serviços, e entre gestores e trabalhadores; o **Apoio matricial** que sugere um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde; e a **Clínica ampliada e compartilhada** com aplicação da metodologia do apoio Paideia como estratégia para se compartilhar o Projeto Terapêutico entre usuário e profissionais. Objetiva a cogestão do atendimento, da assistência e do cuidado entre profissionais responsáveis e usuários (CAMPOS et al., 2014).

A busca pela construção de uma intervenção que supere as práticas moldadas pelo modelo médico hegemônico reconhece na perspectiva do apoio matricial e da clínica ampliada a possibilidade de efetivação de uma postura contra hegemônica. No entanto, o método pelo qual é concebida a relação entre os saberes e a construção das práticas coletivas carece de mediações dialéticas, supõe relações lineares e estabelece um padrão que não concebe as contradições que percorrem a saúde em sua dimensão social. Ao almejar alinhamento com o processo de construção do SUS e a Reforma Sanitária, a construção do referencial é assimilada por muitos autores dos cursos como sendo um referencial crítico, ancorado até mesmo na dialética marxista. Em que pese suas articulações na busca pela superação do modelo biomédico, sua contribuição alcança as demandas imediatas e restritas ao campo relacional, voltada para o sujeito e a doença a partir de uma proposta a-classista, despolitizada, psicologizante, individualizante.

Além desses elementos, a PNH traz como diretriz geral o conceito de **Clínica Ampliada**, que se apresenta como ferramenta de abordagem pelo conteúdo dos cursos da Unifesp, UFSC, UFMS, sendo estes os cursos que abordam o processo de trabalho na perspectiva da equipe ampliada do NASF.

Lacerda, Moretti-Pires (2012, p. 92) destacam que a Clínica Ampliada “afirma o compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde”. Para os autores,

Na produção de cuidado, toda profissão de saúde faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, a depender do núcleo de saber profissional envolvido. A clínica ampliada busca, através da interação entre a equipe e da intersectorialidade, constituir-se como um instrumento para enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial dos diferentes saberes. [...] Nesse sentido, a clínica ampliada valoriza a escuta atenta e qualificada na Atenção Básica e amplia o entendimento sobre o processo saúde–doença, sem supervalorizar determinada matriz de conhecimento. Para isso, orienta os profissionais para o reconhecimento da singularidade de cada situação a fim de ponderar o quanto é possível e necessário compartilhar diagnósticos e terapêuticas (LACERDA, MORETTI-PIRES, 2012, p. 92).

Nessa perspectiva, os autores destacam que por meio do compartilhamento, “são envolvidos diferentes profissionais, serviços e setores da sociedade e, inclusive, o indivíduo, a família ou a comunidade abrangida, considerados também sujeitos das ações de saúde, e não meros objetos de trabalho dos técnicos do setor”, buscando ajustar os recortes teóricos de cada profissão às suas

necessidades. Nessa direção a prática de uma clínica ampliada pode ser caracterizada por cinco movimentos: a compreensão ampliada do processo saúde-doença; a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas; a ampliação do objeto de trabalho; a transformação dos meios ou objetos de trabalho; e o suporte para os profissionais de saúde (MORETTI-PIRES, LACERDA, p. 94, 2012).

Para os autores do curso da Unifesp, a Clínica Ampliada é tomada como o meio para a apreensão da complexidade da vida social.

A abordagem familiar e comunitária nos induz a ampliar nossa clínica. A diversidade e a complexidade de situações de vida que emergem do território não podem ser compreendidas mediante uma única perspectiva de atuação. Nesse sentido, é feita a revisão das metodologias propostas pela clínica tradicional biomédica. Esta não abrange os aspectos biopsicossociais relevantes à abordagem das famílias que se encontram sob nossa responsabilidade. O contexto e tudo o que se relaciona a ele devem compor e fazer parte do diagnóstico e dos projetos terapêuticos propostos para as famílias. Tais projetos terapêuticos devem considerar as particularidades de cada situação trazida e reconhecida ao abordarmos as famílias: o projeto terapêutico singular (SCHLITTLER, CERON, GONÇALVEZ, 2014, p. 12).

Centrados no “projeto terapêutico singular”, considerados como “casos”, a expectativa dos autores em torno da Clínica Ampliada é de que essa possa contribuir para que “cada profissional passa a compartilhar suas perspectivas. A partir daí, abre-se espaço para o novo, para o singular”, contribuindo para que “o ambiente do trabalho em equipe pode ser direcionado a essa função de ampliar a clínica dos envolvidos, buscando a troca de visões e ferramentas de manejo dos casos”.

Questionando a noção de Clínica Ampliada, Sundfeld (2010, p. 1094) afirma que “não basta lançar novas diretrizes para a saúde como o conceito de clínica ampliada, pois este pode apenas encobrir velhas práticas e procedimentos interpretativos”; a reforma da assistência pressupõe a reforma do pensamento de seus atores: profissionais e comunidade. A autora aponta os limites para o processo de subjetivação na clínica ampliada e questiona seu potencial de provocar rupturas com o modelo de individualização dominante, inserir diferentemente o pensamento num plano de articulação com forças sócio-políticas, bem como potencializar modos de intervenção libertadores e favoráveis à produção de um sujeito ativo, ao invés de reproduzir uma prática corretiva e alienante”.

Como produto da lógica do apoio matricial e da clínica ampliada, o **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** vem consolidar essas estratégias no atendimento

direto ao usuário, revelando, ainda mais, seu caráter individualizante. Para Moretti-Pires, Lacerda (p. 94, 2012), o PTS é “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial”. Geralmente é dedicado a situações mais complexas, buscando “a singularidade como elemento central de articulação na tentativa de mudar a tendência de igualar as situações e/ou os sujeitos a partir dos diagnósticos firmados”¹²⁶.

Para Schlithler, Ceron, Gonçalves (p. 12, 2014), é fundamental considerar que PTS é “uma forma de trabalho importantíssima para a equipe, tanto por ser um momento de aprendizado mútuo, como também por reduzir o sentimento de estar sozinho”¹²⁷ diante das dificuldades enfrentadas pelas famílias”.

O projeto terapêutico singular (PTS) envolve todos os integrantes da equipe em uma estratégia coordenada de atuação terapêutica. O PTS é uma prática integrada e visa à construção de ações interdisciplinares de cuidado. Cada membro da equipe dispõe de seu saber e suas técnicas para envolver a família num processo ampliado de cuidado. A equipe define um sentido para o tratamento e pactua ações para atingi-lo. Apresentamos aqui um instrumento prático para a prática da clínica ampliada, que deve ser um facilitador para as discussões em reuniões de equipe e em encontros matriciais com o NASF (SCHLITHLER, CERON, GONÇALVES, 2014, p. 13).

Estas ferramentas têm propiciado a instrumentalização das abordagens realizadas pelas equipes de Saúde da Família, bem como nos serviços de saúde mental, onde é largamente difundida. É certo que os limites e condições de trabalho, e de acesso aos recursos no cotidiano de atendimento, fazem com que apenas uma parte da proposta seja realmente efetivada. No entanto, chama a atenção o enfoque

¹²⁶ O processo de construção do PTS envolve o diagnóstico – definição de metas – divisão de responsabilidades – reavaliação. Para iniciar o PTS, a equipe da ESF deve se reunir com o (s) profissional (is) do NASF que mais podem contribuir com “o caso”. Nessa reunião, todos os aspectos e informações conhecidas sobre o usuário, sua vida e sua família devem ser trazidos, além da queixa principal, outras necessidades e o que já foi realizado pela equipe ou por outros serviços. Em seguida, discutem-se com a equipe os determinantes para o agravo em saúde, em uma perspectiva integral e pautada na historicidade e vivência social do usuário. Definem-se, então, quais profissionais e áreas do serviço de saúde podem atuar no caso. Em seguida, é verificado se há necessidade de articulação com outros serviços de saúde e externos à área para estabelecer quem será o contato entre o usuário e a equipe. Nesse momento, novas ações são planejadas. Por fim, deve-se agendar uma nova ou novas reuniões para discussão do caso e sua evolução (CORREIA, *et al.* 2010, p. 159).

¹²⁷ Destaca-se que o “sentimento de estar sozinho” é referido sempre ao profissional e nunca ao usuário/família. Estes, além de no “processo ampliado do cuidado/tratamento” se constituírem somente como objeto de modificação pela equipe e nunca também como sujeitos da atenção prestada por ela, expressam, através de demandas individuais, demandas que são coletivas (VASCONCELOS, 2011, p. 495).

individualizante e psychologizante com que são direcionadas no processo de formação.

Diante disso, cabe o questionamento sobre como a dimensão social da saúde é apreendida diante da tendência de valorização da subjetividade e do indivíduo isolado que percorre a abordagem. Fica claro que, na proposta estruturada a partir da concepção de processo de trabalho, materializada em instrumentos de abordagem, há uma intenção de abarcar os princípios e as diretrizes do SUS/Reforma Sanitária. Mas ao ser apreendida em suas minúcias, esta proposta, afirmada pelos cursos, explicita contradições com os princípios e diretrizes assumidos como referência, apontando para o distanciamento da concepção de saúde a partir de suas determinações. Nessa perspectiva, iremos analisar nos próximos itens como essa direção irá rebater na abordagem familiar e comunitária.

4.2 As relações familiares como objeto de intervenção na saúde da família

A reconstrução histórica sobre a política de saúde realizada até o momento evidenciou a disputa entre diferentes projetos de sociedade e de saúde, que em diferentes direções, tomam o espaço familiar e comunitário como estratégico para reprodução de sua forma de conceber o processo saúde doença e as relações societárias.

Ao tomar como ponto de partida o caráter sócio histórico da família, reconhecemos que esta responde em seu formato e função às demandas imediatas de produção e reprodução do modo de vida capitalista. A família como espaço de construção de relações primárias reproduz as questões cotidianas da moral, dos preconceitos e da alienação, mas também é o espaço de construção de relações entre os sujeitos que colocam as possibilidades de autonomia e mediações coletivas.

A abordagem familiar e comunitária na política de saúde analisada no ao longo da história da política de saúde, evidenciou seu caráter de controle social e ajustamento ao modo de vida capitalista, seja pelo pauperismo e o higienismo, seja pelo voluntarismo educativo. Assim, é preciso desvelar as contradições da proposta que apresenta a família como foco de atuação. Para além de uma nomenclatura, existe uma proposição na eleição da família como elemento central de um projeto que se apresenta como precursor da mudança do modelo assistencial em saúde.

O tema **família** é apresentado no conteúdo dos cursos em duas posições: quatro cursos abordam diretamente o tema em disciplinas específicas, sejam obrigatórias (UFMS, Unifesp, UERJ) ou optativas (UERJ, UFMG); e dois cursos (UFMA, UFSC) não abordam especificamente o tema, mas tratam a abordagem familiar a partir das demandas de saúde por etapas do ciclo de vida. Evidencia-se assim, que o debate específico sobre família, como demanda requisitada na intervenção, já é conteúdo presente no processo de formação. Resta conhecer, como a família é concebida e qual a direção social de sua abordagem na disputa hegemônica entre projetos de saúde. Nessa direção, cabe o questionamento de como a dimensão social do processo saúde doença é considerado na abordagem familiar na Saúde da Família. O quadro a seguir apresenta as perspectivas dos cursos em relação ao tema família:

Quadro 6 – Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Perspectiva dos cursos com relação à família.

INSTITUIÇÃO	FAMÍLIA
UERJ	Abordagem Sistêmica / Funcional (Anderson, 2015)
UFMG	Foco das políticas / Função protetiva Abordagem Sistêmica / Funcional / Vulnerabilidades (Chapadeiro, et al, 2011.)
UFMS	Histórica / Abordagem Sistêmica / Funcionalista (UFMG, p. 102) Vulnerabilidade (Correia, 2011, et al p. 152)
UFSC	Aborda as demandas da saúde por grupos (Delziovo; Pedebôs; Moretti-Pires, p. 2012).
UNIFESP	Vulnerabilidade e Risco Psicossocial Abordagem Sistêmica (Schlithler, Ceron, Gonçalves, 2014, p. 3-12)
UFMA	Não aborda especificamente / Demandas de saúde por ciclo de vida

Fonte: GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. *A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família: desvelando contradições e construindo mediações críticas*. 2016. 343 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ UERJ. Rio de Janeiro, 2016.

A partir das elaborações apresentadas pelos autores, é possível identificar algumas tendências:

- **O reconhecimento das transformações sócio históricas da família;**
- **A reafirmação da centralidade da família nas políticas sociais e da função de proteção por meio do cuidado;**
- **O reconhecimento da concepção ampliada de família e suas configurações como meio de reafirmação do cuidado;**

- A intervenção profissional direcionada para a compreensão sistêmica e funcional das relações familiares.

- A compreensão das demandas sociais das famílias a partir das condições de vulnerabilidade.

A reflexão sobre as **transformações sócio históricas da família** é apresentada apenas no curso da UFMG no texto de Chapadeiro et al. (2011, p. 11),¹²⁸ que também é utilizado no curso da UFMS, organizado por Correia, et al (2011, p. 89). No texto, a família é abordada “como foco das políticas públicas” com o objetivo de “conhecer as configurações dessa família, seus arranjos, seus contextos, seu processo social de trabalho e vivência, sua cultura de características bem peculiares, nesse nosso tempo de diversidade e de transição demográfica e epidemiológica”; afirma-se a família como “**unidade de produção social**”.

Ao apresentar a família como “**invenção social**”, os autores trazem apontamentos históricos para justificar suas transformações, mas não as vinculam às requisições da sociedade burguesa e do capitalismo. No entanto, na sequência do texto, debatem as configurações familiares e questionam a família “como célula da sociedade”, “a base de tudo” e noção de “família desestruturada”. Neste trecho, fazem importante destaque sobre as situações de violência contra mulheres, idosos e crianças e apontam os fenômenos que ajudam a compreender esse processo como resultante da “concepção tradicional de família, herança do modelo patriarcal de família, dominante no Brasil”.

Os autores apontam também o processo de urbanização e de industrialização “que geraram uma sociedade moderna, mas fortemente marcada pela desigualdade socioeconômica e a disseminação de valores associados à cultura de individualismo típica das sociedades capitalistas”. Retornam à análise no século XIX, onde o homem era o “chefe de família”, a noção de autoridade do “pai de família” e a divisão sexual do trabalho que reforçava a posição do homem como “provedor do lar” e a mulher como “dona-de-casa”, o que “coloca que autoridade feminina está, normalmente, fortemente vinculada à figura simbólica da mãe”. Sobre as

¹²⁸ Este texto é formulado pelo curso da UFMG mas que tem alguns trechos utilizados pela UFMS. O texto é organizado por um número grande de colaboradores (são indicados nove autores entre organizadores e colaboradores). O conteúdo, no entanto, é apresentado sem destacar os autores de cada tema. Por isso, em alguns momentos, evidenciam-se posicionamentos diferenciados dos autores no aprofundamento dos temas. Nesse sentido, apontamos algumas contradições na construção do texto na busca de apreender os debates realizados pelos autores.

transformações familiares, destacam, sem críticas, as mudanças na legislação como o ECA, Estatuto do Idoso e Lei Maria da Penha, afirmando que “as transformações recentes tendem a acentuar e valorizar não a família como um todo homogêneo, mas, antes, a valorizá-la como grupo que pode variar em sua estrutura de relações internas e na proteção aos indivíduos”.

As transformações familiares são apontadas como consequência das mudanças sociais e não como estratégia de adequação aos processos de exploração da força de trabalho e ao modo de vida capitalista. Ao considerarmos o caráter sócio histórico da formação da família, afirma-se que na sociedade capitalista, esta assume um **papel no processo de reprodução social**.

É nessa direção que Cisne (2014, p. 88) apreende a família na esfera da reprodução social, como necessária para garantir a manutenção e a reprodução da força de trabalho, por meio do trabalho doméstico feminino, que garante a estrutura para a divisão sexual do trabalho. Para a autora, “a divisão entre a esfera produtiva e reprodutiva fortaleceu a hierarquia e a desigualdade entre homens e mulheres”. Assim, “a esfera produtiva é a da valorização, da produção da riqueza e, portanto, é tida como espaço privilegiadamente masculino” e a esfera da reprodução social “aqui entendida como atividades necessárias para garantir a manutenção da força de trabalho, é considerada espaço feminino”.

Para Gama (2014, p. 37), a família entra na divisão do trabalho social, não porque apenas permite a reprodução da força de trabalho, mas “porque esta se constitui como um espaço de consumo de bens e serviços, uma vasta comercialização de espaços especializados, uma divisão do trabalho social projetada sobre e fora dela e que se insere na reprodução global”. Assim, “as relações de dominação que reforçam as relações de exploração tornam-se, então, essenciais”.

No contexto da sociedade capitalista, uma sociedade de classes, a apreensão do papel da família nas políticas sociais exige ter como ponto de partida sua relação dialética com a totalidade da vida social e as contradições societárias. É assim que pode-se observar que a família assume um papel estratégico na reprodução das relações sociais capitalistas e oferece condições ao processo de produção, sendo que suas transformações e novos arranjos tanto sofrem determinações da questão social como também expressam enfrentamento e superação de estigmas e preconceitos.

Essa não é a direção assumida pelos autores dos cursos que, ao fazerem alguns apontamentos históricos buscando justificar como a família se tornou o foco das políticas de saúde atuais no Brasil¹²⁹, **reafirmam a centralidade da família nas políticas sociais e a função de proteção por meio do cuidado e** ao abordarem as políticas voltadas para as famílias, não abordam o neoliberalismo e seus rebatimentos na proteção social. Mesmo reconhecendo que “a família e o Estado são instituições que levam ao bom funcionamento das sociedades capitalistas” e considerando o papel de provedor do Estado, reafirmam a família como **condição de inclusão social e seu papel de corresponsável na proteção social.**

Por mais precarizadas e vulneráveis que as famílias em situação de exclusão estejam, elas **devem ser corresponsáveis**, ao lado dos profissionais, **por serem as maiores beneficiadas pelos programas sociais** e para que os mecanismos de proteção possam ser eficientes. Questionamentos podem ser feitos sobre as políticas públicas em relação à família: eleição da mulher como contato da parceria, idealização da família sem levar em consideração todas as influências e contextos e oferecimento de ajuda compensatória e não geradora de autonomia. Entretanto, **há de se reforçar a família como um agente essencial de proteção de seus membros:** idosos, doentes crônicos, crianças, dependentes, desempregados, entre outros. **Portanto, a família deve ser um dos elos fortes na rede de proteção social.** É preciso que o setor público lhe dê intenso apoio para produzir saúde, educação e bem-estar, integrando-a em todas as políticas públicas e sociais (CHAPADEIRO et al., 2011, p. 17, grifos nosso).

Ao apontar a família como esfera de proteção social, os autores destacam a centralidade que a família assume na política de atenção básica, buscando fundamento na Política Nacional de Atenção Básica (MS, 2006) que “reafirma a família como sujeito do processo de cuidado e define o domicílio como o contexto social em que se constroem as relações intra e extrafamiliares e se efetiva a luta pela sobrevivência e pelas condições de vida”.

É certo que a família, como espaço de socialização primária, sempre foi uma esfera de proteção social. Ao longo da história, foram construídas diferentes formas

¹²⁹ Em um trecho, os autores apresentam uma série de dados estatísticos do IBGE (2008) que apontam a diminuição do número de nascimentos, aumento da expectativa de vida, mais liberdade sexual da mulher, alto nível educacional e econômico da mulher; decréscimo proporcional de casamentos oficiais, aumento da taxa de divórcio; aumento proporcional dos recasamentos; aumento das mulheres e homens que chefiam sozinhos a família, aumento de casais sem filhos; aumento das adoções; elevado número de pessoas morando sozinhas; mudança no Código Civil brasileiro, fim da diferença legal entre filho legítimo e ilegítimo; possibilidade de gravidez independente de relação sexual, determinação da paternidade por teste de DNA; aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, geração de imagens sociais da família, pelos meios de comunicação; diminuição da força norteadora das religiões como fator de manutenção da família nuclear. Os autores citam essas mudanças sem situá-las nos determinados momentos históricos e apontarem as contradições que elas carregam.

de pensar a família no contexto das políticas de proteção social, configurando-se a disputa entre a tendência familista e a protetiva, como destaca Miotto (2013). Este movimento de disputa entre diferentes projetos de proteção social também se reflete na disputa por hegemonia na área da saúde, como parte e expressão de projetos societários. No entanto, observamos que ao reafirmarem políticas focadas na família, os autores acabam por reforçar o papel de proteção, sem questionarem as contradições presentes que referendam a centralidade da família nas políticas sociais, especialmente, nas políticas neoliberais. Em tempos de crise de acumulação, de desmonte e precarização, a tendência de transferência de responsabilidades para as famílias se expande na saúde e em outras instâncias da vida social – educação, por exemplo -, sob a lógica da capacitação para o **cuidado domiciliar**, sem considerar, no entanto, a ausência de proteção social do Estado, que atua como mero promotor de incentivos¹³⁰. Como exigir a proteção social das famílias, se estas estão sendo negligenciadas no acesso ao “direito” ao trabalho, à proteção social e aos direitos sociais? Como mostram Miotto e Dal Prá (2015):

O debate sobre as relações entre serviços e família tem se referenciado especialmente na organização dos serviços sociais. Nela, a responsabilização das famílias tem sido realizada, essencialmente, através de um nebuloso campo de indefinições e negociações que podemos denominar de “**campo do cuidado**”. É justamente nesse campo, que ocorre, no cotidiano dos serviços, os deslizamentos em torno das atribuições de responsabilidades na provisão de bem-estar. Sob a égide do cuidado se articulam diferentes estratégias de imposição ou transferência dos custos do cuidado para as famílias. Tais custos situam-se tanto no arco dos custos financeiros, como emocionais e de trabalho (p. 150, grifos nosso).

Nessa perspectiva, as tarefas familiares são realizadas na sua grande parte por mulheres, como trabalho não remunerado e, mesmo que nesse trabalho também esteja requisitando o envolvimento dos homens, há uma sobrecarga da família em relação a provisão do bem-estar. Como vimos, a incorporação e responsabilização das famílias já é previsto na própria política, o que Miotto e Dal Prá (2015) chamam

¹³⁰ Miotto (2009, p. 132), aponta que com a consolidação da família como instância privada com clara divisão de papéis entre homens e mulheres, e do indivíduo (homem e trabalhador assalariado) responsável moral pela provisão familiar, instaura o reinado da família como fonte de proteção por excelência. Assim, a família passa a ser considerada o “canal natural” de proteção social vinculado obviamente às suas possibilidades de participação no mercado para compra de bens e serviços necessários à provisão de suas necessidades. Essa nova configuração trouxe desdobramentos importantes no contexto das relações sociais, com o processo de transferência para o interior das famílias de problemas e conflitos gerados no âmbito das relações de produção. Na formação capitalista sob a égide do liberalismo, “a família se conforma como espaço privado por excelência e, como espaço privado, deve responder pela proteção social de seus membros”.

de caráter familiarista, entendido como a perspectiva em que a política pública considera que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros.

Para Miotto (2010, p. 53), apesar das mudanças na estrutura, “a expectativa social relacionada às suas tarefas e obrigações continua a mesma”, pois “espera-se o mesmo padrão de funcionalidade, independentemente do lugar em que estão localizadas na linha da estratificação social, calcada em postulações culturais tradicionais referentes aos papéis paterno e principalmente materno”. Diante disso, observa-se que o conteúdo dos cursos analisados reafirma a centralidade da família na Saúde da Família como **esfera de cuidado e proteção social**, sem, no entanto, considerar as contradições que permeiam o acesso à proteção social. Assim, com as transformações da estrutura e da composição da família, indaga-se como a Saúde da Família tem referendado essa função protetiva?

No debate atual sobre família, esta questão se coloca em evidência e polariza opiniões que perpassam questões religiosas e políticas. O debate sobre família é marcado pela referência ao modelo de família nuclear (pai, mãe e filhos). Zacaron, em 2013, destaca que nos últimos anos passou a considerar as transformações em curso com novas configurações: família monoparental, famílias recompostas e pluriparentalidade. Para a autora, a família homoparental (definida pela autora como organização familiar caracterizada por duas pessoas do mesmo sexo, que vivem como um casal e que tem filhos, naturais ou adotivos), que já reconhecida em várias instancias, encontra limites na equiparação entre direitos civis. A esse respeito, em 24/09/2015, foi aprovada pela Câmara dos Deputados, o projeto de Lei (PL 6583/13), chamado Estatuto da Família, proposto pelo deputado Diego Garcia (PHS-PR), que reconhece família como “a entidade familiar formada a partir da união entre um homem e uma mulher, por meio de casamento ou de união estável, e a comunidade formada por qualquer dos pais e seus filhos”. O debate que sustentou a aprovação da lei foi fomentado por setores conservadores, em especial a chamada “bancada evangélica”, bem como setores da igreja católica.

Diante disso, a concepção de família apresentada pelos cursos, objetivando refletir o debate, os autores, quanto à concepção de família, contraditoriamente, ao mesmo tempo em que **reconhecem a concepção ampliada de família, analisam suas configurações como meio de reafirmação do cuidado e, mesmo tomando**

como ponto de partida o reconhecimento da família em sua **composição ampliada**, apreendem sua dinâmica a partir da **perspectiva sistêmica**.

No curso ofertado pela UERJ, a abordagem familiar é apresentada como optativa, a partir de conteúdo elaborado pela médica Maria Inez Padula Anderson (2015), que afirma que a Saúde da Família “requer profissionais que exerçam o cotidiano das suas práticas com ações centradas no cuidado às pessoas, tendo como foco a família e a comunidade em que está inserida, o que exige saberes e práticas diferenciadas”, o que coloca a necessidade de “se considerar a particularidades de cada família”. A autora menciona, ainda, sem relações e conexões necessárias, as mudanças que influenciam as famílias e as alterações da sua composição demográfica, suas dificuldades econômicas e o processo de urbanização, migração e mudanças nos valores culturais e morais. No mesmo texto, a autora apresenta tipos de família e as particularidades de demandas para cada uma: famílias nucleares, alargadas, monoparentais, reconstruídas (ou reconstituídas), família unitárias. Nomeia ainda alguns grupos que habitualmente não são incluídos nos tipos anteriormente descritos como: famílias constituídas por avós e netos ou tios e sobrinhos; instituições, como família (por exemplo, orfanatos, irmandades religiosas); instituição cumpre a função de criar e desenvolver afetivamente a criança/adolescente, famílias homossexuais: união de pessoas do mesmo sexo, que constituem um casal; famílias com constituição funcional: pessoas que moram juntas e desempenham papéis parentais em relação a uma criança/adolescente, como famílias de acolhimento. Diante dessa diversidade de composições, diz a autora que “não só os modos de constituir família se multiplicaram, mas o significado de família é cada vez menos partilhado. [...] Algumas famílias incluídas nos exemplos dados carecem de legitimação social e legal, sendo, no entanto, reconhecidas como “família” na prática clínica (há coabitação, a solidariedade entre conviventes, a cooperação e o empenho recíproco) ”.

A autora, apesar de definir família para além dos laços consanguíneos, como **“grupo social primário, formado por indivíduos unidos por laços consanguíneos, de afinidade ou matrimônio: que interagem e convivem permanentemente”**, parte da compreensão da **família como sistema**, como “conjunto (grupo) composto por elementos (membros do grupo familiar) que se encontram em uma ação particular e dinâmica, de modo que o que ocorre a uma

pessoa afeta toda a família”. Por sua vez, a “família como sistema influencia a pessoa e a sociedade e vice-versa”, com função básica de “assegurar a sobrevivência de seus membros e ajudar a modelar suas qualidades humanas”.

Chapadeiro et al. (2011, p. 11) partem de uma das afirmações contidas no Capítulo VII, Artigo 226 § 4º. da Constituição de 1988 sobre família – “entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes”¹³¹ -, absorvendo ainda as noções presentes no Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (1998) que define família como: “o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência, doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado (a) doméstico, (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados”. Os autores, ao abordarem o conceito de família, destacam que “independentemente da conceituação formal ou do sentido etimológico da palavra”, identificam um grupo familiar, numa acepção desconectada da organização social existente, como “espaço de apoio à sobrevivência e proteção integral dos filhos e demais membros, espaço de extremos, de conflito e de negociação, de disponibilização de aportes afetivos e materiais e de educação informal e apoio à educação formal”.

Para os autores, de forma fragmentada, a família pode ser compreendida nas perspectivas: **biológica**, constituindo-se de pai, mãe e filhos; **sociológica**: uma das instituições sociais, que especificam os papéis sociais e os preceitos para o comportamento dos indivíduos; **antropológica**: significando um agregado que partilha um universo de símbolos e valores, códigos e normas, relacionados aos processos de socialização do indivíduo; e **psicológica**: considerada uma unidade emocional em que o funcionamento de um afeta o conjunto da família. É nesse sentido que podem entender as famílias como **sistemas sociais**, que “têm grande variação de características estruturais, o que significa que a forma abstrata de instituição cede lugar aos “imponderáveis da vida real”, isto é, às mais variadas combinações concretas daqueles elementos e papéis descritos abstratamente (PRADO, 1986 apud CHAPADEIRO et al., 2011, p. 11).

¹³¹ Na Constituição de 1988, a esse respeito, consta: CAPÍTULO VII Da família, da criança, do adolescente e do idoso: Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. § 1º - O casamento é civil e gratuita a celebração; § 2º - O casamento religioso tem efeito civil, nos termos da lei; § 3º - Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento. § 4º - Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

É diante dessas concepções que os autores consideram os diferentes arranjos da composição familiar:

Família nuclear, conjugal ou elementar: pai, mãe e filhos nascidos dessa união; os irmãos, filhos do mesmo pai e da mesma mãe, habitando o mesmo espaço e tendo sua união reconhecida pelos demais membros da comunidade; Família composta: compreende o conjunto de cônjuges e de seus filhos na sociedade poligâmica, sob duas modalidades: a poliginia (um homem com mais de uma esposa) ou a poliandria (uma mulher com vários maridos); Família extensa: rede familiar ligando consanguíneos, aliados e descendentes, ao longo de pelo menos três gerações, correspondendo, em geral, a uma unidade doméstica (propriedade da terra e das habitações); Pode-se afirmar que o modelo de família mais conhecido e reconhecido socialmente seja o denominado de “nuclear”, hoje adquirindo também as denominações de “natal-conjugal”, “simples”, “imediata”, “primária” ou “normal” (CHAPADEIRO et al., 2011, p.28).

Schlithler, Ceron, Gonçalves (2014, p. 8) abordam “as famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial” e reconhecem as definições de família indicadas pelo IBGE que a partir do domicílio considera “um casal como uma família, ou até a pessoa que mora só como “família unipessoal”, privilegiando o domicílio comum em suas definições. Destacam também que a Lei Maria da Penha considera que o âmbito doméstico é definido como “o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas”, enquanto família seria “a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa”.

Assim como nos textos da UFMG, os autores fazem referência ao Manual do SIAB que, segundo eles, “orienta que ao cadastrar as famílias, os agentes comunitários de saúde, quando encontram várias pessoas dividindo um mesmo espaço, seja sobre o mesmo teto ou quintal”, devem considerar a definição do IBGE anteriormente citada, incluindo os empregados que vivem no lar e, em alguns municípios, a orientação para o cadastro individualizado é feito por número de fogões e/ou geladeiras, considerando a realidade do território.

Para além do reconhecimento da família como sistema, os autores também situam os profissionais de saúde como parte do sistema familiar:

Os profissionais da ESF têm contato próximo e cotidiano com as famílias. Do ponto de vista sistêmico, passam a fazer parte do sistema familiar não somente no momento da visita, mas principalmente como referência para as questões de saúde. O agente comunitário pode desenvolver sua atuação fazendo o exercício de olhar as situações “de dentro”, como morador da mesma comunidade, e “de fora”, como profissional de saúde. Para isso,

precisa da ajuda da equipe para ampliar sua capacitação e supervisionar suas intervenções (SCHLITTLER, CERON, GONÇALVEZ, 2014, p. 8)

O debate sobre as mudanças atuais nas configurações e relações familiares é retomado pelos autores que questionam: *“Há alguns anos, debatia-se a morte ou a falência da família. Mas, qual modelo de família estava em debate? E respondem:*

A família tradicional – composta de um casal heterossexual, com seus descendentes e ascendentes, integralmente responsável pela formação e socialização das crianças – é um modelo que não faliu, mas convive atualmente com vários outros tipos de composição familiar. Hoje, a formação dos filhos envolve, muito mais diretamente do que antes, a escola, os meios de comunicação e a sociedade globalizada. O divórcio, as mudanças no papel da mulher e as novas tecnologias vêm impondo modificações em toda a sociedade. As separações e os casais recompostos são mais frequentes, e muitas famílias são constituídas de pai, mãe, os filhos de uniões anteriores e mais os filhos em comum. Também são frequentes famílias monoparentais, especialmente aquelas formadas pela mãe e seus filhos. Outros arranjos, como o constituído por casais homossexuais e seus filhos concebidos com as novas técnicas, ou adotados, vêm ganhando espaço e reconhecimento no ambiente social e jurídico (SCHLITTLER, CERON, GONÇALVEZ, 2014, p. 8).

Evidencia-se com isso que não há problemas na Saúde da Família em se considerar a família na sua dimensão ampliada a partir de suas múltiplas configurações. Esta posição se relaciona diretamente com a afirmação anterior, que reafirma a família em sua função protetiva por meio do cuidado. Assim, o que se coloca é que, **para exercer o cuidado não importa por quem seja, o importante é ter alguém que cuide**. Considerando o processo de transferência de responsabilidade pelos cuidados para a família, em um contexto de “desproteção social”, é conveniente ao serviço considerar a família em sua dimensão ampliada, atingindo até mesmo, as relações comunitárias.

Reafirma-se aí a tendência já apontada por Mioto (2010, p. 53), ao considerar que “a consciência das grandes transformações que ocorreram no âmbito da família, nos últimos cinquenta anos, tem se manifestado no cotidiano dos serviços em geral”, com a existência de um consenso sobre a diversidade de arranjos familiares, sobre o caráter temporário dos vínculos conjugais e sobre outras questões ligadas à área da reprodução humana e liberalização dos costumes. Assim, afirma que “muito raramente encontramos técnicos que não trabalham com ideia da diversidade de famílias”. Contudo, a mesma autora afirma que “o consenso sobre as transformações da família tem se concentrado apenas nos aspectos referentes a sua estrutura e composição. O mesmo não parece acontecer quando se trata das funções familiares”. Nessa direção, a análise das concepções sobre família

presentes nos textos de referência dos cursos aponta a proposta de atuação voltada para as relações familiares. Nesse sentido, **a intervenção profissional é direcionada para a compreensão sistêmica e funcional das relações familiares e não para a sua funcionalidade num sistema de desproteção social.**

Para Anderson (2015), também abordando a família de forma isolada no processo saúde doença, “a família é a fonte mais importante tanto de stress quanto de apoio social”, destacando que pesquisas têm mostrado que a doença é um processo que envolve todo o grupo familiar, “desde o fator etiológico no desencadeamento da doença e na manutenção do processo de adoecimento; como na doença e morte de um de seus membros; a reação da família na evolução da doença”. Justifica assim a aplicabilidade da abordagem familiar em suas vantagens e possibilidades pois esta “aumenta a eficácia, a eficiência da prática em saúde e, conseqüentemente, a chance de sucesso terapêutico”. Destacando o papel do médico de família e dos profissionais da Saúde da Família afirma que “ajudar a família a identificar os momentos de crise e discernir o suficiente para evitar os riscos de adoecimento é um papel de promoção de saúde e prevenção de adoecimento muito importante em cuidados primários de saúde”.

Mesmo reconhecendo e afirmando a multiplicidade de formações familiares, ao estabelecer as tipologias e as classificações a autora retoma padrões da família tradicional. Apresenta uma análise a partir do curso da vida familiar e propõe uma análise das crises evolutivas em cada momento do curso da vida, com destaque para os momentos de crise que podem ocorrer em cada etapa. Sobre os momentos de crise, Anderson (2015) sugere que:

Todo tipo de crise implica um importante peso sobre o funcionamento familiar e requer um processo de adaptação capaz de manter a continuidade da família e permitir o crescimento de seus membros. As crises podem suceder simultaneamente, bem como apresentar-se vários eventos críticos ao mesmo tempo. A cada uma das etapas do ciclo vital familiar implica crise. A família requer tantos períodos de adaptação quanto de crises se apresentem. Deve ser pesquisada a forma como a família identifica e aborda as crises, bem como: o nível de conflito atingido, mudanças adotadas, grau de compromisso o solidariedade e apoio entre o casal e o resto da família (ANDERSON, 2015, aula 1).

É nesse sentido que, apreendendo a família de forma isolada, pode **caracterizar as famílias como funcionais e disfuncionais, sem deixar claro que elas são consideradas funcionais ou disfuncionais a alguma coisa;** ou seja, mesmo que a autora não deixe claro, à organização social vigente. É assim que sem

necessidade de citar Émile Durkheim, mas preocupado com a integridade e coerência da organização social vigente, para a autora, “a família funcional não difere da disfuncional pela ausência de problemas. O que as faz diferentes é a forma como manejam os seus conflitos”. Analisando **a estrutura e dinâmica familiar** a partir de um sistema composto de vários subsistemas (casal; pais e filhos; irmãos; parentes próximos etc.), a autora afirma ainda que “a família no seu funcionamento integra as influências externas e as forças internas, possuindo capacidade auto-organizativa, que lhe dá coerência e consistência neste jogo de equilíbrios dinâmicos”. Propondo uma análise da estrutura familiar a partir de um modelo de família tradicional, caracteriza o padrão família normal e define estrutura familiar como:

Conjunto de regras habituais ao funcionamento das famílias e que as caracteriza; variam com época, cultura, costumes, classe sócio-econômica, momento sócio-político. Genericamente, a estrutura familiar é constituída pelo casal e seus filhos; o casal é hierarquicamente superior aos filhos (aliança principal); os avós, os filhos e outras pessoas influentes não interferem na aliança principal que existe entre os cônjuges (ANDERSON, 2015).

Sobre a dinâmica familiar, para a autora, deve “existir um equilíbrio interno que conserva unida a família, apesar das pressões produzidas tanto no seu interior como no exterior”. Assim, estabelece padrões para avaliar a dinâmica familiar:

I - Famílias Funcionais (Saudáveis): são capazes de criar filhos saudáveis, autônomos e com desenvolvimento afetivo; o casal amadurece e se desenvolve, divide o poder, (filhos quando são perguntados, respondem depende); decisões negociadas ou consensuais; relação íntima e afetiva, comunicação aberta e clara; casal com boa satisfação sexual; sentimentos e opiniões dos filhos são respeitados; reconhecem e enfrentam problemas precocemente; vivenciam crises sem estruturar respostas patológicas.

II - Famílias Moderadamente Disfuncionais: problema primordial é a natureza da relação do casal; relação do casal cheia de desapontamentos, culpas, pouca íntima, relação sexual pouco satisfatória; entretanto, a família é de grande valor para eles; são capazes de criar filhos saudáveis, autônomos, mas com disfunção afetiva; vínculo mais forte não está no casal, podendo estar deslocado para pessoa externa à família; vivenciam crises podendo estruturar respostas disfuncionais

III - Famílias Cronicamente Disfuncionais: Famílias com Padrão Dominante e Controlador; relação do casal sem intimidade; coligação do membro submisso com pessoas de fora; filhos com comprometimento da autonomia, da afetividade, dependentes do membro dominador; estrutura rígida, sem flexibilidade; poder concentrado, decisões não compartilhadas; estruturam resposta patológica; produzem crianças rebeldes, problemáticas e adultos frágeis, com tendência à depressão. Famílias com Padrão de Conflito Permanente: casal é incapaz de dividir o poder; relação do casal é sem intimidade; coalisões internas e externas são frequentes, assim como relações extraconjugais; crianças são puxadas de um lado a outro; filhos com comprometimento grave da afetividade e da intimidade; “produzem”

pacientes psiquiátricos, crianças com distúrbio de conduta e adultos deprimidos.

IV - **Famílias caóticas ou gravemente disfuncionais:** não cumprem tarefas básicas; perda da individualidade; comunicação gravemente comprometida; doenças mentais severas, desvalorizadas pela família (ANDERSON, 2015).

Considerando o contexto social em que vivemos, certamente não é possível apontar uma família que se encaixe no padrão, de “família funcional – saudável”, proposto pela autora. Nesse sentido, todas as famílias atendidas nos serviços de saúde seriam disfuncionais. Ao questionar sobre o principal objetivo da intervenção familiar na estratégia Saúde da Família a autora propõe “incrementar a resiliência familiar”¹³². Apesar de advertir: “Cuidado! Não rotular; Desajustes podem ser transitórios por crises passageiras”, a autora, mesmo considerando uma concepção ampliada de família, ao estabelecer as tipologias e as classificações retoma padrões da família tradicional. Ao apontar como estratégia o processo de resiliência, acaba por reforçar, mais uma vez, a iniciativa e responsabilidade individual para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social na vida cotidiana.

Como afirma Mito (2010, p. 53), “apesar das mudanças na estrutura, a expectativa social relacionada às suas tarefas e obrigações {da família} continua preservada”. Assim, “espera-se um mesmo *padrão de funcionalidade*, independentemente do lugar em que estão localizadas na linha da estratificação social”, tendo como referência “postulações culturais tradicionais referentes aos papéis paterno, e principalmente, materno” (grifos nossos).

Sobre a **compreensão das relações familiares pelos profissionais de saúde**, Chapadeiro et al. (2011, p. 11) afirmam que “normalmente, quando somos indagados a respeito de problemas sociais [...] dificilmente paramos para pensar no que é um problema social para nós, pois isto implica o questionamento de nossos

¹³² Sobre a resiliência, Anderson (2015) aponta que a “Resiliência refere-se aos processos dinâmicos que levam à adaptação positiva em contextos de significativa adversidade” e a resiliência em família aparece definida de forma similar a dos indivíduos. Entretanto, o nível de análise é diferente, pois, quando se trata de resiliência em família, ela deixa de ser considerada uma característica individual que sofre a influência da família. Resiliência familiar passa, portanto, a ser conceitualizada como uma qualidade sistêmica das famílias. Nesse sentido “o foco em resiliência na família deve procurar identificar e implementar os processos-chave que possibilitam que famílias não só lidem mais eficientemente com situações de crise ou estresse permanente, mas saiam delas fortalecidas, não importando se a fonte de estresse é interna ou externa à família”. Desta forma, a unidade funcional da família estaria fortalecida e possibilitada a resiliência em todos os membros”. Como estratégia para estimular a resiliência propõem como processos-chave o desenvolvimento da resiliência familiar no sistema de crenças (o coração e a alma da resiliência): 1. Atribuir sentido à adversidade, estimular o olhar positivo e a Iniciativa (ação) e perseverança, a mudança nos padrões de organização como flexibilidade capacidade para mudanças: reformulação, reorganização e adaptação e nos processos de comunicação com clareza e expressões emocionais "abertas".

próprios padrões de classificação da realidade, isto é, da nossa noção de normalidade e moralidade”. Nesse sentido, os autores propõem um movimento de compreensão das relações familiares para além da questão moral:

Se lar e família não são, sempre e necessariamente, um espaço de proteção, tornando-se, não raramente, espaços de conflito e violência e se isso ocorre não somente por questões morais, mas também devido a transformações mais gerais da sociedade, então a “desestruturação da família” é um problema social em um contexto muito mais amplo e complexo do que normalmente se pensa. [...] Torna-se fundamental, portanto, que os profissionais de Saúde da Família tenham a compreensão de todos esses fatores ao se relacionarem com pessoas e agrupamentos familiares, a fim de que não ajam com preconceito e possam, ao mesmo tempo, saber da importância e da influência dos mesmos sobre a saúde das famílias e de seus membros. Assim, é necessário o reconhecimento do âmbito social da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família [...] A identificação de fatores de riscos, situações de violência, vulnerabilidades e potencialidades das famílias pode ser desencadeador de capacitação das mesmas para enfrentamento dessas situações (CHAPADEIRO et al., 2011, p. 11).

No entanto, logo após essa reflexão, contraditoriamente, os autores apontam para uma análise de **família saudável ou funcional** que tem como características, numa perspectiva similar à de Anderson (2015, UERJ): pais equilibrados e são (se algum problema mental ocorreu, eles souberam lidar de forma adequada?); pais sem compulsões: álcool, drogas, trabalho, compras, alimentação, etc.; pais maduros, autossuficientes, pais com autoimagem positiva e confortável; pais que sabem lidar com a espiritualidade; pais que se dedicam a ter um casamento feliz.

Nessa direção, Chapadeiro et al. (2011, p. 11) abordam a família como sistema, considerando que “segundo a teoria dos sistemas, um sistema é um conjunto de objetos ou pessoas com interrelações, com atributos específicos, que contém subsistemas ou suprassistemas, ligados de forma hierárquica, possuindo limites ou fronteiras que as distinguem do meio”. Assim, na **teoria familiar sistêmica**, fala-se em “sistema: família; subsistemas: casal, filhos, homens, mulheres, indivíduo, etc.; suprassistemas: avós, tios, comunidade”. E concebe-se a família como “um organismo que sempre constrói mecanismos para manter sua funcionalidade que, por vezes, está em estado de equilíbrio interno e com o meio e, outras vezes, se encontra em estado de desequilíbrio”.

Na mesma direção, na busca de definir famílias saudáveis, Schlithler, Ceron, Gonçalves (2014, Unifesp) questionam: “antes mesmo de abordarmos as famílias em risco, vulneráveis ou mesmo já com algum tipo de disfuncionalidade, é importante refletirmos sobre: o que é uma família saudável? O que devemos esperar

de normal das famílias que cuidamos?” Para responder a essa questão, os autores recorrem a Carl Whitaker (1912-1995), psiquiatra americano e um dos fundadores da **terapia familiar**, que afirma que tendemos a utilizar nossos próprios critérios e que, embora esse movimento seja natural, “assim como não desejamos ser julgados ou avaliados a partir do referencial do outro, não devemos fazê-lo”. Citam, ainda, as características arroladas por Whitaker e Bumberry (1990) como necessárias para a família saudável¹³³.

Schlithler, Ceron, Gonçalves (2014, p. 47) destacam que o tema dos papéis familiares e suas funções são centrais para a compreensão e o trabalho com famílias no qual “a identificação precoce de papéis disfuncionais que geram sofrimento, e não crescimento, pode ser realizada por profissionais de saúde que acompanham famílias”. Assim, “tais papéis devem ser abordados de modo que não se cristalizem ou origem fissuras graves no sistema família. [...] {os adultos}, sejam eles o pai, a mãe, os avós, os tios ou quaisquer outras pessoas que convivam como família, têm responsabilidade em relação às crianças”. Crianças que ficam encarregadas dos cuidados com a casa ou com os irmãos menores, para os autores, desempenham um papel para o qual ainda não estão preparadas, ficando sobrecarregadas, o que pode acarretar problemas emocionais. Diante dessa realidade, afirmando que “muitas vezes os adultos que trabalham precisam ficar muitas horas fora de casa, e a falta de escolas, núcleos socioeducativos e creches tem como consequência crianças sozinhas em casa”, defendem os serviços e recursos comunitários e uma política social que contemple as demandas familiares.

Diante dessas colocações, reafirma-se a tendência apresentada por Mito (2009, p. 55): “o termo famílias desestruturadas – surgido originalmente para rotular as famílias que fugiam ao modelo-padrão descrito pela escola estrutural-funcionalista – ainda é largamente utilizado”. Assim “cada vez mais é utilizado para nomear as famílias que falharam no desempenho de suas funções de cuidado e proteção de seus membros e trazem dentro de si expressões de seus fracassos,

¹³³ Os autores compreendem a família como dinâmica, não estática, e com clara separação entre as gerações de forma que os pais (ou adultos que as representem), que transmitam às crianças uma sensação de segurança embasada em liderança e solidariedade; as crises e conflitos provocam desenvolvimento, e não rompimento, existe espaço para expressar e compartilhar intimidade e sentimentos, mesmo aqueles conotados como negativos; seus membros sabem usufruir do intercâmbio de experiências entre as gerações; funciona como um organismo aberto que se relaciona com outros e é capaz de incorporar novos elementos” (WHITAKER E BUMBERRY, 1990)

como alcoolismo, violências e abandonos”. Nesse sentido, a autora aponta a tendência de soluções residuais aos problemas familiares e destaca que os processos de análise e intervenção no grupo familiar têm se limitado basicamente a dois níveis: um em que a família é tomada como auxiliar de processos diagnósticos e de tratamento a problemas individuais; e outro em que a família é tomada como problema e transformada em objeto terapêutico; *com a tendência de se considerar os problemas sociais nos limites dos muros domésticos* (MIOTO, 2009, p. 55, grifos nossos)

Ao estabelecer a compreensão da família a partir de relações familiares/pessoais, evidencia-se a opção pela perspectiva sistêmica com enfoque na terapia familiar, que não representa propriamente uma novidade nas propostas de atenção primária. Ora, as primeiras formulações americanas que influenciaram as propostas de Alma Ata já foram alvo de críticas nas formulações da Medicina Social no Brasil, como destacado nas reflexões de Donangelo (1976). Contudo, a retomada da abordagem sistêmica pela Saúde da Família recorre mais uma vez às formulações americanas, ainda que revestidas de novas roupagens¹³⁴.

Situada em um contexto de disputa hegemônica de saúde, a família como foco central de uma proposta que se apresenta como estratégia para mudança do modelo assistencial, tem direcionado o processo de trabalho para uma postura

¹³⁴ Em uma análise sobre a perspectiva sistêmica na Saúde da Família, Costa (2010) apresenta um histórico em que caracteriza a influência dessa perspectiva ao longo das últimas cinco décadas: na década de 1960, surge a Terapia Familiar, privilegiando o estudo da comunicação; nas décadas de 1970 e 1980, o aparecimento de escolas de Terapia Familiar (TF), com ênfase na Escola Estratégica e na Escola de Milão; na década de 1990, os novos enfoques interpretativos e discursivos; e na década de 2000, a Terapia Familiar voltada para a família, na relação com sistemas mais amplos. Em todos esses períodos, a autora afirma a primazia do pensamento circular para compreensão e intervenção do jogo relacional. Aponta que as escolas que receberam maior influência imediata dos conceitos da Cibernética e da Teoria Geral dos Sistemas foram as pioneiras na construção do contexto clínico do atendimento a famílias. Destaca também a influência da psicanálise e a posição de Féres-Carneiro (1996) e Bucher-Maluschke (2008), que enfatizam o valor complementar da influência psicanalítica na clínica da família e o estudo das influências transgeracionais sobre o surgimento de determinados sintomas na família, como abuso de substâncias químicas ou violência intrafamiliar sexual. Destaca a aquisição de conceitos sociais na Terapia Familiar, com a incorporação de temas e conceitos com forte ênfase social, como o feminismo e a rede social. Assim, “a leitura sistêmica da família ressalta mais o conjunto e menos as partes”. Aponta que alguns temas sociais, como atenção às relações de gênero, vieram valorizar essas partes e os indivíduos com posição social diferentes dentro do todo como “o papel da mulher, o patriarcado, os condicionamentos sociais da maternidade/paternidade passaram a receber estudos particularizados”. Para a autora, com esse avanço, foram trazidos, para a leitura das relações familiares, temas como a submissão da mulher, a vitimização de mulheres e crianças e a responsabilidade social e ética decorrentes dessas observações, bem como a questão do poder diferenciado entre homens e mulheres, entre adultos e crianças e/ou adolescentes numa sociedade machista. Destaca que a perspectiva feminista trouxe críticas importantes à adoção de conceitos cibernéticos. Finaliza o texto apontando as transformações no contexto sociocomunitário e apresenta uma proposta metodológica para o trabalho com famílias no contexto comunitário.

psicoterapêutica, na qual a família é afirmada em sua função protetiva de cuidado, quando a abordagem sistêmica retoma a perspectiva de ajustamento das relações familiares. Articulada à perspectiva sistêmica da família, **a compreensão das demandas sociais das famílias se dá por meio das condições de vulnerabilidade.**

Chapadeiro et al. (2011, p. 11) abordam também as situações de vulnerabilidade e os fluxos de stress a que estão expostas as famílias, bem como as etapas para se trabalhar com elas. Para os autores, é importante que o profissional de saúde conheça esses temas para que possa construir formas de, junto à sua população, “amenizar as circunstâncias capazes de levar os indivíduos e as famílias a adoecerem”. Nesse sentido, a “vulnerabilidade de uma família representa o volume adicional de recursos que ela requer para satisfazer suas necessidades básicas, relativamente ao que seria requerido por uma família padrão”.

As famílias de maior vulnerabilidade estão mais suscetíveis aos problemas mais frequentes que vivemos hoje, como a violência e o abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas. E quando falamos em violência, em geral, pensamos naquele que está distante, que vem nos roubar, agredir e até mesmo matar. A violência está presente em muitas famílias. A violência é multideterminada. E um dos determinantes é a própria família (CHAPADEIRO et al., 2011, p.81).

Correia et al (2012, p.124-129), da UFMS, a partir do texto de Chapadeiro et al, apresenta um quadro sobre os indicadores de ausência de vulnerabilidade de famílias, referenciado em Acosta e Vitalle (2005). Os autores tomam como parâmetro para análise de vulnerabilidade algumas situações como: em relação a fecundidade, a atenção e cuidados especiais a idosos e crianças, dependência econômica, presença da mãe. Detalham ainda as indicações de acompanhamento a situações de violência, dependência química e doença crônica. Tais situações são tratadas também em uma perspectiva sistêmica, através da análise do fluxo de estresses: “para conhecermos e compreendermos a família, temos que analisá-la em seu contexto, com as influências que sofre, sejam verticais – as que ocorrem através dos sistemas – ou horizontais– as que ocorrem através dos ciclos vitais”.

Schlithler, Ceron, Gonçalves (2014), abordam a vulnerabilidade como foco do texto, na verdade, também articulam as situações de estresse às situações de violência, doença crônica, dependência química, apresentando, também, a resiliência familiar como forma de enfrentamento de tais situações. Tomando como

referência o debate de Walsh (2005)¹³⁵, em seu livro “*Fortalecendo a resiliência familiar*”, discorrem sobre vários tipos de situações que podem provocar mudanças no sistema familiar, ampliando sua capacidade de resiliência ou colocando-a em risco.

Famílias que enfrentam constantes períodos de estresse, por exemplo, aquelas que convivem com um componente que apresente problemas relativos a abuso ou dependência de substâncias psicoativas, precisam repetidamente ajustar seu funcionamento aos novos desafios pertinentes a esse tipo de situação. Isso, não raramente, gera sobrecarga e desgaste para as relações familiares e requer um conjunto de intervenções que vise à retomada do equilíbrio saudável do grupo familiar. Algumas famílias convivem com situações de estresse prolongado, como aquelas em que há violência doméstica. Nesses casos, muitas vezes se observa um equilíbrio que podemos chamar de disfuncional ou patológico. Complementaridades baseadas na submissão contraposta à violência podem manter o sistema familiar equilibrado, mas geram um custo muito alto para os relacionamentos e resultam no risco constante de adoecimento. Além disso, criam um padrão de funcionamento problemático e podem provocar consequências para a saúde mental de seus membros por muito tempo (SCHLITTLER, CERON, GONÇALVEZ, 2014, p. 6).

Observamos que, as demandas sociais compreendidas através do conceito de vulnerabilidade, também são analisadas na perspectiva sistêmica, reforçando, assim, o **caráter de ajustamento social**.

O uso do termo vulnerabilidade tem sido empregado com recorrência nas políticas sociais, como na saúde e na assistência social. Na área da saúde, para Bertolozzi et al. (2009, 1326), o termo *vulnerabilidade* é comumente empregado para designar suscetibilidades das pessoas a problemas e danos de saúde¹³⁶ e “na

¹³⁵ Os autores apontam que Walsh (2003; 2005), considera que o conceito de resiliência familiar abrange mais do que a reunião de condições satisfatórias para manejar estresse e suportar ou sobreviver a situações traumáticas ou provações, “envolve o potencial de crescimento e transformação que pode ser desenvolvido nas relações familiares e em seus membros em situações de adversidade”. Apontam que as intervenções focadas no fortalecimento dos processos adequados “podem maximizar o potencial para a resiliência que todas as famílias apresentam, assim os processos familiares medeiam o impacto do estresse em todos os membros das famílias e em seus relacionamentos, estimulando a resiliência ou aumentando a vulnerabilidade”. O autor identifica alguns processos favorecedores da resiliência familiar que podem ser estimulados pelas equipes de saúde: extrair significado da adversidade: administração das crises como desafios valorizando relações saudáveis e procurando contextualizar o sofrimento; perspectiva positiva: manutenção da esperança, concentração no potencial e enfrentamento do possível; flexibilidade nos padrões organizacionais: competência para a mudança e segurança durante a perturbação, senso de conexão: capacidade de compromisso, liderança e respeito às diferenças e limites individuais; busca de reconciliação em relações perturbadas; mobilização de recursos sociais e econômicos: família ampliada, redes comunitárias de apoio e segurança; favorecimento da clareza comunicacional: mensagens consistentes, esclarecimento de ambiguidades, estímulo à expressão emocional aberta: compartilhamento de sentimentos e empatia; valorização do humor; resolução colaborativa: tomada de decisões compartilhada e concentração em objetivos (WALSH, 2005).

¹³⁶ Para Bertolozzi et al. (2009), o termo vulnerabilidade também é associado à ideia de risco que, na epidemiologia, “conecta-se à ideia de identificação de pessoas e de características que as colocam sob maior ou menor risco de exposição a eventos de saúde, com comprometimento de ordem física,

essência do conceito de vulnerabilidade encontra-se a capacidade de luta e de recuperação dos indivíduos e dos grupos sociais para o seu enfrentamento”. O autor aborda o entitlement, que se refere ao direito das pessoas, e o empowerment, que trata da participação política e institucional e considera que “a dimensão individual inclui a trajetória social, compreendendo as subjetividades, os projetos de vida, a percepção em relação ao futuro, por exemplo”, incluindo “a representação subjetiva que se tem do outro e a percepção da utilização de práticas saudáveis de vida”.

Tais contradições do uso do termo vulnerabilidade também se expressam na Política de Assistência Social. Monteiro (2011, p. 29) alerta para a concepção de caráter adjetivo do termo: “se atribui a vulnerabilidade a alguém, logo ao invés de se analisar a vulnerabilidade passa-se a olhar para o sujeito vulnerável”. Para a autora, “este sentido se dá numa lógica de submissão do sujeito à essa condição, podendo assumir o caráter pejorativo e reducionista, portanto, o enfrentamento pode se dar numa perspectiva de culpabilização, numa perspectiva estigmatizante”. Assim, a concepção de vulnerabilidade “não considera o caráter estrutural da sociedade capitalista, não problematiza a superação das suas contradições, na medida em que não as considera como produto das desigualdades sociais”. Nessa direção, a possibilidade de enfrentamento se dá sem confrontar seus condicionantes. Embora aponte possibilidades de contribuir com o enfrentamento dos determinantes dos elementos que condicionam a vulnerabilidade, estas “apontam para o fortalecimento das potencialidades, empoderamento dos sujeitos, desenvolvimento das capacidades, ou seja, numa lógica paliativa, atrelada aos sujeitos e não à estrutura social” (Monteiro, 2011, p. 29-31). Nessa perspectiva, retoma-se, mais uma vez, a dimensão individualista da saúde, que responsabiliza o sujeito pela sua condição e

psicológica e/ou social”. Desta forma, integra a probabilidade e as chances de grupos populacionais de adoecerem e morrerem por algum agravamento de saúde. Assim “a vulnerabilidade tem como propósito trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento para planos de elaboração teórica mais concreta e particularizada, em que os nexos e mediações entre esses processos sejam o objeto de conhecimento” e “expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a *todo e cada indivíduo*”. Na perspectiva da vulnerabilidade, “a exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para o seu enfrentamento”. Os autores consideram que para a interpretação do processo saúde-doença, o risco “indica probabilidades e a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. A vulnerabilidade antecede ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer”. Destacam que o uso do termo está associado ao surgimento da epidemia da aids que desencadeou um movimento, por parte de pesquisadores e profissionais da saúde, para repensar o conceito de risco e avançar nas discussões sobre vulnerabilidade. Apontam que o termo, originário da área da advocacia internacional pelos Direitos Humanos, designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção e/ou garantia dos seus direitos de cidadania.

pela superação dessa condição, sem estabelecer as mediações entre as condições de vida e trabalho e saúde.

No conjunto dos cursos analisados, somente os cursos da **UFSC e UFMA** não destacaram em seu conteúdo disciplinas específicas sobre famílias. Na organização pedagógica desses cursos, as disciplinas tratam de eixos específicos sobre processo de trabalho, política de saúde, sendo as abordagens específicas realizadas por meio de módulos divididos em grupos: saúde da criança, adolescente, jovem, mulher, homem, idoso.

No curso da **UFMA**, as disciplinas não apontam um módulo específico sobre a abordagem familiar e seus instrumentos, mas tratam as especificidades da saúde em cada período de vida, destacado de forma articulada, partindo da premissa dos direitos e das políticas de proteção. O módulo sobre Saúde da Criança tem início com a discussão sobre situações de violência e propõe a linha de cuidado integral. A partir de uma série de legislações e políticas de proteção à criança e ao adolescente, fica disponibilizado no módulo um bom material sobre a rede assistencial, a partir de uma visão protetiva da criança em uma concepção de direito. No módulo saúde do trabalhador e saúde do homem está destacada essa demanda na atenção básica, os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais. A saúde do homem é abordada e a saúde da mulher colocada em sua perspectiva histórica de construção de direitos, com destaque para a saúde sexual e reprodutiva da mulher, a saúde do adolescente na perspectiva do acolhimento e a construção de estratégias de educação em saúde. A saúde e direitos do idoso e a saúde mental fazem parte do mesmo módulo.

O curso da **UFSC** também não contempla uma disciplina específica sobre família, abordando as demandas da saúde por grupos: criança, mulher, adolescente, adulto, idoso; direciona a análise da metodologia de abordagem para a clínica ampliada e os projetos terapêuticos propostos pelo NASF.

O que podemos observar é que, mesmo que não abordem diretamente a temática, estes dois cursos, colocam o atendimento a essa demanda no conjunto do processo de trabalho, seja na abordagem de saúde por grupos, como a UFMA, ou pela clínica ampliada e o Projeto Terapêutico, pela UFSC. Ao não abordar diretamente o tema família, estes cursos distanciam-se da visão sistêmica que permeia as formulações da área e direcionam a intervenção na perspectiva dos direitos e da construção conjunta de projeto de intervenção. Em que pese a

importância do debate específico sobre família, neste caso, os cursos que não abordaram diretamente a temática, conseguiram estabelecer uma proposta de intervenção mais ampliada e menos restrita à perspectiva sistêmica. Nesta perspectiva, evidencia-se uma intervenção voltada para as relações familiares que, concebida em sua dimensão ampliada, assume a função protetiva por meio do cuidado, em uma perspectiva sistêmica.

Considerando que as relações estabelecidas nesse âmbito expressam as contradições da proteção social, retomamos a uma das afirmações de Mioto (2009, p. 144): “a questão da centralidade da família passa a ocupar um lugar importante no confronto entre os diferentes projetos”. Projetos “buscam colocar em movimento estratégias sociopolíticas diferentes e que disputam a hegemonia tanto no plano da direção política de seus formuladores, quanto nos espaços de gestão e execução das políticas públicas”. A perspectiva que o enfoque na família assume reproduz então o processo de disputa hegemônica entre diferentes projetos na saúde, tanto naquelas que mantêm o seu caráter de universalidade, quanto naquelas de caráter focalizado.

A política de saúde, ao tomar a família como foco de atenção, passa a incorporar novos discursos a partir de uma racionalidade que reforça a função protetiva do cuidado e aposta no protagonismo pessoal para o ajustamento das relações familiares. Tal perspectiva, no contexto de disputa hegemônica que também se expressa na proteção social, ao se distanciar do conteúdo ético político que percorre tais disputas, tende a reforçar uma concepção funcionalista da família, abrindo caminho para a reprodução de lógicas pessoais e a construção de intervenções voltadas para o ajustamento a um padrão de relações familiares distante da realidade social vivenciada pelos sujeitos.

4.2.1 Os instrumentos de abordagem familiar

A concepção de processo de trabalho assumida neste trabalho considera a relação dialética e transformadora entre o homem e a realidade social. Assim, ao pensarmos a intervenção profissional tendo a família como foco, articulam-se as dimensões ética, teórica, política e instrumental.

Os instrumentos e técnicas utilizados na abordagem familiar não são neutros; refletem e articulam a perspectiva teórica, ética e política em que a família é concebida no contexto da política de saúde. Nessa direção, o estudo identificou os principais instrumentos apresentados pelos cursos, buscando apreender a direção presente em suas formulações¹³⁷.

Quadro 7 – Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Instrumentos de abordagem familiar.

INSTITUIÇÃO	INSTRUMENTOS DE ABORDAGEM
UERJ	Genograma / Circulo familiar e Ecomapa (Anderson, 2015)
UFMG	Ciclo de vida, Genograma, Ecomapa, FIRO, PRACTICE e APGAR Familiar (CHAPADEIRO, et al.2011, p. 40)
UFMS	Genograma/ Ecomapa / Estágio Ciclos de Vida / FIRO /PRATICE/ APGAR (Correia et al. 2011, p. 166)
UFSC	Clínica Ampliada (Delziovo; Pedebôs; Moretti-Pires, p. 2012). PTS Genograma/ Ecomapa (Miranda, Coelho, Moré, 2012, p. 22-26)
UNIFESP	Escala de Coelho / Genograma / Ecomapa/ Clinica ampliada / PTS / (Schlithler, Ceron, Gonçalves,2014, p. 3-12)
UFMA	Não propõe uma abordagem específica para a família Aborda as demandas em etapas: saúde da mulher, criança, adolescente, adulto, idoso e saúde mental.

Fonte: GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. *A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família: desvelando contradições e construindo mediações críticas*. 2016. 343 f.Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ UERJ. Rio de Janeiro, 2016.

A apresentação desses instrumentos é organizada de diferentes formas em cada curso, destacando-se o **ciclo de vida, genograma, Ecomapa, F.I.R.O., P.R.A.T.I.C.E., A.P.G.A.R., Escala de Coelho**, com enfoque nas relações familiares.

A análise da família por meio do **Ciclo de Vida** é apresentada por Anderson (2015) e Chapadeiro et al. (2011, p. 40) e é também utilizada pelo curso da UFMS, organizado por Correia, et al (2011, p. 166).

O texto de Anderson (2005), no conjunto das formulações sobre a abordagem familiar, apresenta uma análise a partir do curso da vida familiar que é dividido em fases: a etapa **constitutiva** preliminar e a fase recém-casados, a etapa **procriativa**, a fase de expansão com o nascimento do primeiro filho, os filhos pré-escolares; a fase de consolidação com filhos escolares e adolescentes e a etapa de **dispersão**

¹³⁷ Considerando que algumas especificidades dos instrumentos auxiliam na apreensão da direção em que pode ser utilizado, nas notas de rodapé, apresentamos algumas informações quanto a operacionalização dos instrumentos, ora descrita pelos próprios autores dos conteúdos, ora por outras referências.

com a fase de desprendimento; e a etapa familiar final, com a fase da independência e a fase da dissolução: a família anciã e a viuvez.¹³⁸ Os momentos que fogem a esse padrão são chamados de crises paranormativas, crises instrumentais e crises não evolutivas¹³⁹, reforçando, mais uma vez, o estabelecimento de padrões familiares no percurso de vida.

Interessante observar que, ao se questionar sobre o principal objetivo da intervenção familiar na estratégia Saúde da Família, Anderson propõe “incrementar a resiliência familiar”. Sugere então que a intervenção diante das crises do curso da vida deve “procurar identificar e implementar os processos-chave que possibilitam que famílias não só lidem mais eficientemente com situações de crise ou estresse permanente, mas saiam delas fortalecidas”, e, como sinalizado acima, para isso, não importa “se a fonte de estresse é interna ou externa à família”. Mais uma vez, a promoção da resiliência aparece não apenas no discurso, mas como proposta interventiva diante de “crises familiares”.

Chapadeiro et al. (2011, p. 40), que também é utilizado no curso da UFMS, a partir de texto organizado por Correia, et al (2011, p. 166), amplia o uso da ferramenta **Ciclo de Vida** e avança na construção de uma metodologia e

¹³⁸ A partir das etapas do ciclo de vida, Anderson (2015) destaca as crises que podem ocorrer em cada momento. Na etapa **Constitutiva** (casamento), se tem como tarefa o conhecimento recíproco; a construção de regras de convivência e funcionamento, bem como as crises e dificuldades de adaptação ao novo estilo de vida; a dependência econômica; a insatisfação sexual; as diferenças (socioculturais, intelectuais, educacionais). Na etapa **procriativa**, são postas tarefas como desenvolver a capacidade de criar filhos: saudáveis, autônomos, capazes de enfrentar vida fora de casa e momentos de crises com gravidez; nascimento do primeiro filho; aleitamento; assumir o papel paterno/materno; expectativas diferenciadas em relação a ter e criar filhos; ingresso e adaptação escolar; drogas; nascimento de outros filhos; superproteção/ indiferença em relação aos filhos. Na etapa de **dispersão** e etapa final familiar, se tem como tarefa a ‘reconstrução’ de novas regras de convivência; a revisão dos planos e das metas de vida; a preparação para aposentadoria; a preparação para a velhice e para a morte; a ocupação do tempo livre de forma saudável e produtiva, com crises em relação à separação e independência dos filhos; o matrimônio dos filhos; netos; climatério; síndrome do ninho vazio; aposentadoria; perspectiva da morte.

¹³⁹ Segundo (Anderson, 2015), as crises paranormativas são definidas como experiências adversas ou inesperadas, caracterizadas por eventos inter sistêmicos que, geralmente, são imprevisíveis para a família e costumam associar-se com grandes períodos de disfunção, durante os quais os membros da família apresentam dificuldades de comunicação e também de identificar os recursos necessários para as resolver que podem ser instrumentais e afetivos. As **crises instrumentais** envolvem aspectos dinâmicos e funcionais da vida diária e as crises afetivas aqueles que ameaçam as situações e os estados emocionais da vida familiar e geralmente não se mostram isoladas. Nas **crises não evolutivas**, estão incluídos: fatores ambientais e conflitos conjugais; separação do casal; infidelidade; rivalidade entre irmãos; incorporação de outras pessoas à família, doenças, aborto, complicações da gravidez, doenças venéreas, doenças graves, drogadição, alcoolismo, suicídio, hospitalização, invalidez, morte, fatores econômicos, mudanças bruscas da condição econômica, problemas econômicos graves, fatores profissionais/empregatícios, desemprego, aposentadoria, dispensa, mudança de posto/horário do trabalho, mudança de residência, migração; detenção, atividades criminais.

instrumento adaptados à realidade da Saúde da Família. Esta ferramenta é foi construída pela do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009) e, com algumas adaptações, destaca a necessidade de compreensão dos papéis e do ciclo de vida. O ciclo de vida é abordado a partir da mesma referência utilizada no curso da UERJ e, com a lógica de um planejamento estratégico, propõe uma intervenção para cada momento do ciclo de vida. Eis o exemplo:

Quadro 8 – Estágios do ciclo de vida. A união no casamento: a nova família (jul/2011)

Ciclo de vida	Ações para realizar	Ações de promoção a ser ofertada
Início da vida familiar (fase da união entre duas pessoas com um modelo próprio de arranjo familiar).	Inserção dessa nova família no serviço de saúde.	Acolhimento para orientações sobre planejamento da vida pessoal e familiar, abordando a comunicação, afetividade, sexualidade e planejamento familiar.

Fonte: MINAS GERAIS (2009) apud Chapadeiro et al. (2011, p. 40)

Os autores sugerem o mesmo instrumento para práticas educativas de acordo com o estilo de parentagem. Por exemplo, uma postura autoritária, com pais muito exigentes e pouco responsivos, muito controladores, com pouca atenção, pouca comunicação. Neste caso, os filhos tendem a ser muito obedientes à regra ou se rebelam e podem ter baixa autoconfiança. Neste planejamento são estabelecidas tarefas para cada estágio de vida, como no exemplo do nascimento de uma criança a “garantia de espaço para o nascimento da criança, o acolhimento, cuidado e educação da criança, a aproximação da família extensa, com o nascimento da criança.

Nesse caminho, os autores, referenciados por Fernandes e Curra (2006), afirmam que “a família de classe popular possui somente três etapas no ciclo de vida” e que, “em decorrência da situação socioeconômica, elas precisam se adaptar a diversos problemas devido às suas necessidades, levando a mudanças no padrão de ciclo de vida, com encurtamento das fases”. Destacam que “já deve ter percebido esse fato; isto ocorre, por exemplo, quando uma filha menor engravida e passa a constituir uma nova família dentro da casa de seus pais”; outro exemplo é “quando a mãe sai para trabalhar e deixa seus filhos menores sob os cuidados da filha mais

velha”. Avaliam que nesses dois exemplos houve superposição de papéis em idades inadequadas, diminuindo as etapas dos ciclos de vida descritos anteriormente (CHAPADEIRO et al., 2011, p. 40).

Assim, as etapas nas famílias de classe popular ou de baixa renda são: “família composta de adulto jovem em que os adolescentes são colocados precocemente no mercado de trabalho a fim de prover o sustento de si próprio e às vezes de sua família de origem; famílias com filhos pequenos, geralmente convivendo com o sistema familiar de origem, desempenhando vários papéis ao mesmo tempo e com a formação do sistema conjugal, assumem o papel de pais e reorganização dos papéis junto à família de origem; e a família no estágio tardio, na qual os avós mantêm o papel central, na função de prover a prole e educar os netos”. Para os autores, essa configuração é a que vê crescendo ao longo dos anos, devido a inserção da mulher no mercado de trabalho, as dificuldades financeiras e a instabilidade da instituição casamento (CHAPADEIRO et al., 2011, p. 40).

Um quadro de Carter e McGoldrick (1989) apresentado pelos autores estabelece a comparação entre os estágios do ciclo de vida familiar nas famílias de **nível profissional** (famílias que têm a perspectiva de que os filhos façam um curso universitário) e **as famílias de baixa renda** (que têm a expectativa do término do 2º grau).

Quadro 9 – Comparação dos estágios de ciclo de vida entre famílias “profissionais”/Universitárias e famílias de “baixa renda

Idade	Famílias profissionais	Famílias de baixa renda
12 a 17	Evitam a gravidez. Terminam o segundo grau. Pais continuam a sustentar enquanto permitem que os filhos obtenham mais independência	Primeira gravidez. Tentam terminar o segundo grau. Pais tentam rígido controle antes da gravidez. Depois da gravidez, o controle é relaxado e a nova mãe e o bebê continuam a ser sustentados
18-21	Evitam a gravidez. Saem da casa paterna para a faculdade. Adaptação à separação pais-filhos.	Segunda gravidez. Nenhuma instrução adicional. A jovem mãe adquire status adulto na casa paterna
22-25	Evitam a gravidez. Desenvolvem identidade profissional na faculdade. Continuam separados da casa paterna. Começam a viver um relacionamento sério.	Terceira gravidez. Casamento: saem da casa paterna para constituir uma família com padrasto. Continuam conectados com a rede familiar.
26-30	Evitam a gravidez. Casamento – desenvolvem um casal nuclear separado dos pais. Intenso envolvimento com o trabalho quando a carreira começa.	O casal se separa. A mãe se torna a chefe da própria família dentro da rede familiar.
31-35	Evitam a gravidez. Renovam o contato com os pais como avós. Papéis diferenciados na carreira e na criação dos filhos entre marido e mulher.	Primeiro neto. A mãe se torna avó e cuida da filha e do bebê.

Fonte: Adaptação de Carter e McGoldrick (1989) apud Chapadeiro et al. (2011, p. 56)

A apresentação desse debate aparece ao final de uma longa explicação sobre o modelo de Ciclo de Vida, como se a realidade das “famílias de baixa renda” fosse um adendo à metodologia. Sobre a conjuntura da realidade dessas famílias, Chapadeiro et al (2011) afirmam que:

Com a crise no mundo do trabalho, famílias se vêm abaladas pelo desemprego estrutural. Mulheres vão para o mercado de trabalho, não para complementar a renda familiar, mas como responsáveis principais pelo orçamento doméstico. Entre as famílias pobres, o desemprego é muito mais frequente. A baixa qualificação da mão-de-obra, o analfabetismo total ou funcional, a suscetibilidade e a prevalência de doenças e outros acometimentos levam à desproteção dos adultos e sua prole. Essa situação compromete os vínculos familiares internos e externos, do ponto de vista psicossocial e econômico. A figura paterna fica destituída de seu papel tradicional de provedor e protetor. Os filhos perdem a confiança em seus pais e na sociedade que os desqualifica. As mães, mesmo sendo provedoras, têm dificuldade de garantir sozinhas a unidade e a proteção familiar. O trabalho que possuem produz ganho insuficiente e ressalta a incapacidade sua e de seus companheiros de se colocarem no mercado de

trabalho, contribuindo para dificuldades de relacionamento. Soma-se a essa situação a violência urbana, geralmente produzida pelo uso e tráfico de drogas e pelo crime organizado. **Daí a necessidade de se desenvolver formas de trabalho com as famílias nas diferentes situações, consideradas as diferenças que cada estágio do ciclo de vida da família exige** (CHAPADEIRO et al., 2011, p. 56, grifos nossos).

A descrição acima é precisa no que se refere à realidade das famílias pobres, no entanto, ao vincular esta análise a sugestões do Ciclo de Vida proposto pelo quadro, há uma extensa lista de estereótipos que, diante das limitações dos profissionais de saúde de aproximação com a realidade social, só tende a reproduzir de forma preconceituosa os estigmas conferidos à classe trabalhadora. Podemos compreender que, considerar as particularidades no ciclo de vida em diferentes classes sociais é uma análise necessária, no contexto da sociedade capitalista. No entanto, o movimento dos autores não é realizado na direção de apreensão da realidade vivida pelas classes populares e sim, sobrepor um padrão de organização de vida.

Fazendo uma digressão, não há como negar que o impacto desse quadro para um assistente social que tem o projeto do Serviço Social como referência é grande. Trata-se de um tipo de abordagem que pode parecer um avanço, mas, no entanto, recupera as bases mais conservadoras do atendimento às famílias nas políticas sociais. Ao apresentar tal caracterização, sem fazer as mediações necessárias com as condições de vida e trabalho a que estão submetidos diferentes segmentos da classe trabalhadora, se reforça, mais uma vez, a culpabilização e responsabilização de indivíduos e famílias pela sua condição socioeconômica e cultural e pelo enfrentamento de tais condições.

A abordagem pelo **Ciclo de Vida** é apresentada também pelos autores Schlithler, Ceron, Gonçalves (2014, p. 6), que se referenciam na análise do ciclo familiar realizada por Fernandes; Curra (2006). Definir a qual ciclo de vida familiar a família pertence é importante para os autores, “pois ajuda a compreender as principais necessidades da família, trabalhos preventivos a serem desenvolvidos, esclarecimentos sobre as questões específicas do ciclo [...], auxiliando a família a resolver problemas, ou seja, oferecendo ajuda específica para a fase vivenciada”. Reafirmam, ainda, o princípio da longitudinalidade para observar as mudanças e a reorganização do grupo familiar na passagem de uma fase para outra.

Também é reforçada a distinção entre “os ciclos convencionais para as famílias de classe média e alta” (adultos jovens independentes; nascimento do

primeiro filho; famílias com filhos pequenos; famílias com filhos adolescentes; ninho vazio: a saída dos filhos; aposentadoria; famílias no estágio tardio: a velhice), e os ciclos convencionais para as famílias de classe popular (família composta de jovem adulto; família com filhos pequenos; família no estágio tardio).

A ferramenta do **Genograma**, também chamada de **Familiograma**, é apresentada de forma unânime por todos os cursos: UERJ, UFMG, UFMS, UFSC e Unifesp.

Para Chapadeiro et al. (2012, p. 40) e Correia, et al. 2012, p. 166), o genograma “é uma ferramenta de representação gráfica da família em que são representados os diferentes membros da família, o padrão de relacionamento entre eles e as suas principais morbidades”¹⁴⁰. Podem ser acrescentados dados como ocupação, hábitos, grau de escolaridade, entre outros, de acordo com o objetivo do profissional e dados relevantes da família. Como diagrama em que está representada a estrutura familiar, para os autores, “a demonstração gráfica da situação permite que o profissional que atua na atenção à família pare e reflita sobre a dinâmica familiar, os problemas mais comuns que a afligem e o enfrentamento dos mesmos pelos membros da família”.

Sobre as contribuições dessa ferramenta no processo de atendimento as famílias, os autores afirmam que o genograma permite:

[...] conhecer o indivíduo em seu contexto familiar e a influência da família em sua vida; conhecer as doenças mais frequentes na família e o padrão de repetição das mesmas, possibilitando ações efetivas de promoção de saúde

¹⁴⁰ Para Chapadeiro et al. (2012, p.63 e Correia, et al. 2012, p. 166), o genograma possui dois elementos fundamentais, os estruturais e os funcionais. Os elementos estruturais trazem as informações relativas à composição familiar, data de nascimento, grau de escolaridade, ocupação, hábitos, doenças, mortes, separações, etc. Os elementos funcionais mostram a dinâmica funcional da família. Alertam para as regras básicas na construção do genograma, como: utilizar simbologia padrão, utilizando símbolos e siglas; representar pelo menos três gerações; iniciar com a representação do casal e seus filhos; indicar o ciclo vital da família, representar as relações familiares, indicar os fatores estressores, como doenças e condições, obedecer à cronologia de idade – dos mais velhos para os mais novos. Orientam que no genograma devem ser registrados três tipos de informações: demográficas como datas de nascimento e de mortes, profissão, grau de escolaridade (as idades devem ser colocadas junto às respectivas figuras, as informações sobre o funcionamento – anotar os dados a respeito do estado de saúde, qualidade das relações, comportamentos e emoções, os eventos críticos –, anotar todos os eventos marcantes na família, como morte, nascimento, casamento, doenças graves, separação, mudança de cidade, entre outros). Os autores sugerem que o genograma pode ser utilizado por todos os membros da equipe, mas não deve ser feito como uma tarefa sem objetivo. As situações indicadas para sua utilização são: sintomas inespecíficos, utilização excessiva dos serviços de saúde, doença crônica, isolamento, problemas emocionais graves, situações de risco familiar, por violência doméstica ou drogadição, mudanças no ciclo de vida, resistência ao tratamento ou dificuldade para aceitar o diagnóstico, alteração nos papéis familiares, por eventos agudos (CHAPADEIRO et al. ,2011, p.63 e Correia, et al. 2011, p. 166).

nos seus descendentes; além de permitir ao profissional conhecer e explorar junto aos familiares suas crenças e padrões de comportamento. Tem valor não só diagnóstico, como também terapêutico. E, finalmente, avalia até que ponto o padrão de relacionamento é saudável ou funcional ou se contribui para o adoecimento dos seus membros (CHAPADEIRO et al., 2011, p.63; CORREIA, et al. 2011, p. 166)

Observar e analisar barreiras e padrões de comunicação entre as pessoas; explorar aspectos emocionais e comportamentais em um contexto de várias gerações; auxiliar os membros da família a identificar aspectos comuns e únicos de cada um deles; discutir e evidenciar opções de mudanças na família; prevenir o isolamento de um membro da família (ANDERSON, 2005, modulo 5).

As equipes da ESF não realizam intervenções psicoterapêuticas, mas têm condições de identificar pontos de conflito que podem dificultar suas ações de promoção de saúde e realizar os devidos encaminhamentos. Além disso, podem empregar esse instrumento para identificar a presença de problemas de saúde, pessoas que necessitem de cuidados especiais e outros pontos de interesse para suas intervenções (SCHLITTLER, CERON, GONÇALVEZ, 2014, p. 10).

No curso da UFSC, em um módulo específico para a construção do PTS, o genograma e apontado como ferramenta do processo de avaliação.

Essa representação pode agilizar o processo de discussão com os envolvidos compreendendo as relações interpessoais na situação considerada e deve refletir o entendimento de todos sobre a situação e inter-relações do arranjo familiar para que seja útil ao processo, por isso é indicada a construção coletiva a partir dos dados diretos do usuário e complementada pelas informações que os diversos integrantes da equipe possam vir a ter (MIRANDA, COELHO, MORÉ, 2011, p. 22-26).

O genograma, como ferramenta para leitura da dinâmica familiar nos serviços de saúde, acredito que seja a mais antiga, sendo largamente propagada nos anos 70 com as discussões sobre atenção primária. Cabe destacar, mais uma vez, que esse tipo de abordagem já foi alvo de análises críticas nas formulações da medicina social. No entanto, ela é retomada e amplamente difundida no Brasil, não só na Saúde da Família, mas em diversos setores da saúde e também na Política de Assistência Social. Certamente que, como ferramenta, o genograma tem sua funcionalidade na provocação dos profissionais de saúde para a compreensão das relações familiares.

É inegável sua contribuição, por exemplo, no diagnóstico de algumas doenças que têm relação direta com heranças genéticas e para profissionais da área terapêutica

No entanto, vinculado à área social, (demanda explícita da Saúde da Família), a partir das noções de risco, vulnerabilidade social, é “um instrumento que

psicologizando as diferentes expressões da questão social, media e é mediado pela culpabilização e responsabilização dos indivíduos sociais *pela vivência, de gerações seguidas — é bom dizer, gerações de trabalhadores —*, das diferentes expressões da questão social” (VASCONCELOS, 2015, p. 307, nota 31).

O **Ecomapa**, que propõe a elaboração da rede social da família, é apresentado pela UERJ, UFMG, UFMS, Unifesp. As definições do Ecomapa trazem como referência Agostinho (2007), que aponta Ann Hartman¹⁴¹ como sua criadora, em 1975, para “ajudar as assistentes sociais do serviço público dos Estados Unidos em seu trabalho com famílias-problema”.

Para Schlithler, Ceron, Gonçalves (2014, p. 11), o **Ecomapa**, tal como o genograma, faz parte do conjunto de instrumentos de avaliação familiar e os dois podem aparecer de forma complementar dentro de um prontuário familiar. Enquanto o genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família, o Ecomapa¹⁴² identifica as relações e ligações da família e de seus membros com o meio e a comunidade onde habitam.

¹⁴¹ Em uma resenha sobre a autora, o site History of Social Work destaca Ann Hartman como pioneira do Serviço Social Americano, que deixou duas contribuições relacionadas com o trabalho social que ainda influenciam a prática profissional. Sua primeira publicação influente foi um artigo de 1978, em *Casework Social* (rebatizado mais tarde Famílias na Sociedade), que apresentou a avaliação esquemática das relações familiares. A sua primeira contribuição para o trabalho social foi a introdução do Ecomapa (muitas vezes também chamado de ecogram) e do genograma, como técnicas de desenho simples que permitem aos trabalhadores sociais descrever relações sociais e familiares, que podem ser usados para avaliação, planejamento e intervenção e utilizados pelo trabalhador social só, ou como uma ajuda na entrevista com os clientes e salienta o poder visual da ferramenta: “As conexões, os temas e a qualidade de vida família parecem saltar da página e isso leva a uma percepção mais holística e integradora”. Afirmam que esta linha de trabalho mais tarde expandiu-se através de outros autores como Monica McGoldrick sobre o uso do genograma para visualizar relações familiares intergeracionais e Mark Mattaini sobre o uso de gráficos para a prática clínica. Destacam outra contribuição de Hartman também se dá no debate sobre trabalho social ecológico que decorre do ecomapa e do genograma. Para a autora, o foco na prática clínica não deve ser apenas no cliente, mas inclui a sua rede social. “Uma meta para o assistente social é engajar com a rede social e desencadear o que pode contribuir em termos de carinho e apoio. Dessa forma, pode-se crescer para além da abordagem tradicional onde as intervenções são orientadas sobre os indivíduos”. Afirmam que “dadas as mudanças demográficas das últimas décadas, não é nenhuma surpresa que o foco original de Ann Hartman nas relações familiares seja expandido para outras relações sociais. Família tornou-se menos importante em muitas vidas pessoas”. Afirmam que esta abordagem poderia ser descrita “como o meio termo entre o trabalho social individual e trabalho social político. Ela pode ser encontrada no trabalho social da família, e também em recentes desenvolvimentos da política social”, citando o exemplo do Reino Unido e nos Países Baixos, onde os cortes orçamentários graves para os trabalhadores sociais estão ligados a uma maior dependência em cuidados gerado pela família e outras pessoas nas redes sociais de clientes. Disponível em: http://historyofsocialwork.org/eng/details.php?cps=25&canon_id=156.

¹⁴² De acordo com Schlithler, Ceron, Gonçalves (2014, p. 11, Unifesp), o ecomapa é uma representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio onde habita ou convive (ambiente de trabalho, por exemplo), desenhando o seu “sistema ecológico”. A ferramenta identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família (sua rede de apoio

Citando Agostinho (2007), Anderson (2015, UERJ) destaca que o Ecomapa “identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família”.

Para Chapadeiro et al. (2011, p.66) e Correia, et al. (2011, p. 154) o Ecomapa “é um desenho complementar ao genograma na compreensão da composição e estrutura relacional intrafamiliar e a relação com o meio que a cerca”. Ao construir o Ecomapa, é necessário colocar todos os suportes da família: trabalho, igreja, grupos comunitários, clubes, vizinhança e outros que a família cite como estrutura de apoio.

Autores de diferentes cursos ressaltam a contribuição dessa ferramenta na Saúde da Família:

Uma família que tem poucas conexões com a comunidade e entre seus membros necessita de mais investimentos da equipe de Saúde da Família, para melhorar seu bem-estar (CHAPADEIRO et al. 2011, p.66; CORREIA, et al. 2011, p. 154).

Pode ajudar a construir/melhorar a relação dos profissionais com a família. Diminui a resistência dos elementos da família em partilhar com os profissionais os dados informativos. Pode ilustrar a natureza e o impacto das relações intrafamiliares e da família com o meio, permitindo verificar a qualidade e quantidade da rede de suporte. Fornece uma melhor compreensão das situações geradoras de stress e dos recursos disponíveis. (SCHLITTLER, CERON, GONÇALVEZ, 2014, p.11).

Famílias com conflitos internos e pequena rede de apoio social são também famílias que apresentam menos recursos para lidar com situações de adoecimento físico ou mental, ou ainda com problemas relacionados à violência e à drogadição. Mesmo porque, muitas destas situações, frequentemente, são manifestações secundárias do tipo de estrutura e da dinâmica familiar. Estas famílias merecem atenção especial das equipes de Saúde da Família. Pode ajudar a construir/melhorar a relação dos

social, por exemplo). Destacam assim, três diferentes dimensões para cada ligação de uma família às pessoas e estruturas sociais, de acordo com Agostinho (2007): Força da ligação (fraca; tênue/incerta; forte); Impacto da ligação (sem impacto; requerendo esforço/energia; fornecendo apoio/energia); Qualidade da ligação (estressante ou não). Para elaboração do Ecomapa devem ser incluídas a **Vizinhança** (a área física onde a casa está instalada); os **Serviços da comunidade** (Serviços de saúde, médicos de família e comunidade, equipes de saúde da família, conselho distrital, serviços de apoio a drogaditos, à violência doméstica, conselhos tutelares etc.); os **Grupos sociais** (igreja; grupos cívicos – comissão de pais, associação de moradores; grupos de convívio – academia de ginástica, grupos de caminhada, de jogo de cartas, de arte, de canto, de costura, etc.); as **Instituições de ensino**; as **Relações pessoais significativas** (amigos, vizinhos, família mais afastada, etc.); o **Trabalho**; **Outras** (específicas da família e do território em que habita. A pessoa ou os membros da família e suas idades ficam no centro do círculo. Os círculos externos são os contatos da família com membros da comunidade ou com pessoas e grupos significativos através de linhas que indicam o tipo de conexão: **contínuas ou duplas**: ligações fortes, relações sólidas; **pontilhadas**: ligações frágeis, relações tênues; **com barras ou talhadas**: aspectos estressantes; relações conflituosas; **ausência de linhas** significa ausência de conexão; **setas desenhadas ao lado das linhas** significam o fluxo de energia e recursos. Como exemplos de ligação destacam: a relação significativa, compensadora, não estressante, relação fraca, não compensadora, não estressante, relação forte, não compensadora, estressante.

profissionais com a família. Diminui a resistência dos elementos da família em partilhar com os profissionais os dados informativos. Pode ilustrar a natureza e o impacto das relações intrafamiliares e da família com o meio, permitindo verificar a qualidade e quantidade da rede de suporte. Fornece uma melhor compreensão das situações geradoras de stress e dos recursos disponíveis (ANDERSON, 2015, modulo 5).

A proposta do Ecomapa no conjunto das ferramentas de análise das relações familiares coloca a questão da rede que envolve a família. No entanto as redes também são encaradas na perspectiva das relações pessoais, não na perspectiva do acesso, do direito e da politização do acesso. Dessa forma, não são consideradas as múltiplas contradições referentes às restrições de acesso e acesso incompleto aos serviços e políticas públicas, restringindo a rede à noção de solidariedade para o cuidado.

No conteúdo elaborado por Anderson (2015, UERJ), também é apresentado o **Círculo Familiar**¹⁴³, que “é uma forma de ilustrar as relações emocionais de uma família a partir da descrição de um dos seus membros”. A ferramenta é representada por um círculo onde a pessoa que relata se coloca no centro do mesmo e desenha outros círculos à sua volta e o tamanho e a distância dos círculos refletem a importância e o grau de ligação emocional ou intimidade.

Sobre as vantagens do Ecomapa e do Círculo Familiar, Anderson (2015) destaca que:

Constituem fontes consistentes de informação para planejar, com o envolvimento da família, as decisões de intervenção. Permitem observar o progresso e resultado das medidas de intervenção, quer sobre a família, quer sobre o meio. Podem integrar, de uma maneira prática, os valores e os conceitos da Teoria Sistêmica e mostrar e seu valor nesta área de trabalho. O círculo familiar e o Ecomapa devem ser considerados recursos da equipe de SF, **podendo ser realizados por qualquer um de seus profissionais**, mas sempre deve envolver a família e seus membros. No próprio momento do desenho destes instrumentos, o membro ou a família em consulta pode identificar e perceber situações no **sistema familiar** e se conscientizarem da importância de alguns problemas (ANDERSON, 2015, grifos nossos).

¹⁴³ Anderson (2015, UERJ), indica orientações elaboração do círculo familiar. Para a autora, outras pessoas importantes, incluindo amigos e animais de estimação, também podem ser incluídos se o indivíduo sente que eles fazem parte da “família”. Afirma que na elaboração, o círculo familiar “fornece um retrato rápido das relações familiares sob o ponto de vista do membro da família que está fazendo o desenho, as diferenças nos círculos familiares feitas por cada membro podem servir como tema para problematização, podendo ser útil também para que cada membro descreva a família como gostaria que ela fosse e a partir daí haver uma abertura para reflexão e diálogo, que pode ser feito em conjunto ou em separado”. Para a autora o círculo familiar “está entre os métodos sem censura implícita mais úteis para discutir problemas emocionais e de relacionamento sem focalizar um adocimento individual”. Indica esse instrumento como complementar ao heredograma, como acréscimo de informações sobre a dinâmica familiar.

Nessa mesma direção de mapeamento das relações familiares, são apresentados nos cursos da **UFMG** e **UFMS**, os métodos F.I.R.O, P.R.A.T.I.C.E e A.P.G.A.R que, por meio das siglas, propõe a leitura das relações interpessoais e familiares.

O F.I.R.O. (Fundamental Interpersonal Relations Orientations)¹⁴⁴ -Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais - é destacado no curso da UFMG e da UFMS. Essa ferramenta procura avaliar os sentimentos de membros da família, na vivência das relações do cotidiano e deve ser utilizada em quatro situações, segundo Ditterich, Gabardo e Moysés (2009, p. 121): quando as interações na família podem ser categorizadas nas dimensões inclusão, controle e intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto; quando a família sofre mudanças importantes ou ritos de passagem, tais como descritos no ciclo de vida, e faz-se necessário criar novos padrões de inclusão, controle e intimidade; quando a inclusão, o controle e a intimidade constituem uma sequência inerente ao desenvolvimento para o manejo de mudanças da família; quando as três dimensões anteriores constituem uma sequência lógica de prioridades para o tratamento: inclusão, controle e intimidade.

O esquema **P.R.A.C.T.I.C.E.** é indicado para o manejo das situações mais difíceis, focado na resolução de problemas e busca uma aproximação com várias interfaces que criam problemas para as famílias analisadas. No uso desse instrumental, as letras indicam um fator a ser abordado na família: P – Problema apresentado (*Problem*), R – Papéis e estrutura (*Roles and structure*), A – Afeto (*Affect*), C – Comunicação (*Communication*), T – Tempo no ciclo de vida (*Time in life*), I – Doenças na família, passadas e presentes (*Illness in family*), C – Lidando com o estresse (*Coping with stress*), E – Meio ambiente ou Ecologia (*Environment or*

¹⁴⁴ Chapadeiro et al. (2011, p. 68) apresentam o significado de cada termo-chave. **Inclusão**: permite conhecer a dinâmica de relacionamento na família, como ela se organiza para enfrentar as situações de estresse, o papel de cada membro e como são a interação e participação de cada um dos membros da família. Vamos voltar nossa reflexão para nossa própria família – como nos organizamos ao enfrentar um problema, quem apoia, quem se afasta, como nos comunicamos? **Controle**: mostra como é exercido o poder na família. Ele pode ser: dominante – um exerce o poder sobre toda a família; reativo – ocorre reação contrária a alguém que deseja exercer o papel de dominância; colaborativo – compartilhamento de poder entre os membros da família. **Intimidade**: como os membros da família se unem para compartilhar entre si os sentimentos. Destacam que “essa ferramenta é útil quando, por qualquer motivo, houver mudança de papéis na família”. Apresentam um exemplo: quando o chefe da família perde seu emprego e passa a ser sustentado pela esposa, deverá haver negociação dos papéis de cada membro da família. “Se tal fato não se verificar, pode gerar sentimentos de inutilidade em um membro e sobrecarga de outro, levando a algum tipo de disfunção na família ou até mesmo a um problema orgânico em qualquer membro dessa família”.

Ecology). Os autores recomendam que essas questões sejam abordadas em uma discussão geral com a família sobre a percepção do problema presente e esta deve ser estimulada a buscar soluções para eles mesmos.

Apresentado como instrumento que permite a avaliação do funcionamento das famílias, o PRACTICE objetiva facilitar a coleta de informações e entendimento do problema, seja ele de ordem clínica, comportamental ou relacional, assim como a elaboração de avaliação e construção de intervenção, com dados colhidos com a família, facilitando o desenvolvimento da avaliação familiar. Assim, é uma ferramenta que, para os autores dos cursos em questão, pode auxiliar na atenção ao indivíduo e sua família e deve ser utilizada em situações mais complexas para resolver algum problema que a família apresenta. Deve ser aplicado em reuniões familiares, sendo que o profissional tem que ter a clareza de que só uma entrevista familiar será insuficiente para se construir, com a família, soluções para resolução do problema apresentado.

O **A.P.G.A.R FAMILIAR** reflete a satisfação de cada membro da família, representado pela sigla APGAR, que significa: Adaptation (Adaptação), Partnership (Participação), Growth (Crescimento), Affection (Afeição) e Resolve (Resolução). A avaliação será feita para cada membro da família, por questionário¹⁴⁵ de cinco perguntas referentes aos aspectos abordados, que serão pontuadas e analisadas depois. Os diferentes índices de cada membro devem ser comparados para se avaliar o estado funcional da família. A partir da aplicação do questionário e da avaliação do quadro familiar, pode-se desenhar um **plano terapêutico** que poderá ser desenvolvido pelo próprio médico de família ou pode exigir a participação de outros profissionais, como enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais ou de família.

A **Escala de Coelho**, apresentada por Schlithler, Ceron, Gonçalves (2014, p.11), propõe uma escala de risco familiar que estratifica itens observados,

¹⁴⁵ Chapadeiro et al. (2011, p. 68) apresenta o questionário A.P.G.A.R. que propõe as seguintes questões: “estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando? Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas? Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida? Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor? Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos? Para cada pergunta, pontuar da seguinte forma: quase sempre: 2 pontos; às vezes: 1 ponto; raramente: zero. Avaliação da pontuação para a ferramenta APGAR: 7 a 10 pontos: altamente”.

classificando a situação de risco com base em dados que são colhidos pelos agentes comunitários de saúde. Essa estratégia, desenvolvida em Minas Gerais para a ESF, por Coelho e Savassi (2004), permite realizar uma leitura prévia sobre as famílias do território de abrangência. A metodologia é embasada nos critérios de risco identificados na Ficha A (condições de moradia, número de entes etc.), quando pode-se classificar as famílias entre Risco 1, Risco 2 ou Risco 3 (risco leve, moderado ou grave). Para os autores, com a aplicação da escala em todas as famílias, a equipe passa a ter maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas pelas famílias e tem subsídios para destinar tempo e metodologias de intervenções diferenciadas, conforme os riscos apresentados pelas famílias de seu território de abrangência, buscando ter uma agenda de prioridades de acordo com o princípio da equidade.

A proposta de aplicação da ferramenta, no entanto, segundo os autores, busca estabelecer critérios para priorização do atendimento nas Visitas Domiciliares, defendendo que “não há como se padronizar a atuação do médico de família baseado somente em número mensal ou anual de visitas por família”. Há que se individualizar a VD de acordo com certos parâmetros e a Escala de Coelho se apresenta com um instrumento eficaz para esta tarefa. Os autores argumentam que “após a sua aplicação e estruturação da demanda, avaliar se ocorrerá melhora na classificação de risco das famílias priorizadas, bem como se a sua utilização não irá piorar os escores daquelas famílias classificadas como de risco baixo” que teoricamente seriam preteridas nas visitas domiciliares.

Desde as ferramentas já tradicionais como o Ciclo de Vida, Genograma e Ecomapa, até aquelas que buscam maior inserção como o F.I.R.O, P.R.A.T.I.C.E e A.P.G.A.R, e os métodos locais, o que se observa é uma clara referência à teoria sistêmica em suas diferentes vertentes voltadas para a família. Não por acaso, nas elaborações dos textos, os autores se reportam a revisões de literatura e a referenciais da área sistêmica¹⁴⁶. No entanto, nos conteúdos, a apresentação das

¹⁴⁶ Dentre as referências utilizadas pelos autores dos cursos destacam-se: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As mudanças do ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2. Ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 1995; WALSH, F. A Família no Estágio Tardio da Vida. In CARTER, B. & MCGOLDRICK, M. As mudanças do ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2 ed. Porto Alegre: Editora Artmed 1995; WALSH, F. **Spiritual resources in family therapy**. New York: Guilford, 2003; WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2005; WATERS, I. et al. Genogramas. *Canadian Family Physician*, 1994; 40:282-7; WATTS, C., SHRADER, E. How to do (or not to do) The genogram: a new research toll to document patterns of decision-making, conflict and vulnerability within households. *Health Police and Planning*, v.13, n. 4, p. 459-464, 1998;

ferramentas é feita a partir de referências secundárias, que não permite a apreensão do que foi afirmado pelo autor na sua complexidade. Ainda que nos limites de um curso de formação, a referência à teoria sistêmica é frágil e, nesse sentido, o que fica para o profissional é o manejo de um instrumental que pode ser atravessado por análises conservadoras, pautadas no senso comum.

A análise dos instrumentos de abordagem familiar reflete a compreensão sistêmica da família, que instrui para a coleta de informações acerca da dinâmica e relações familiares, do ponto de vista clínico, relacional e comportamental. Mesmo quando as ferramentas consideram as relações comunitárias e a rede de serviços, estas são vistas a partir do modo como podem contribuir com as famílias atendidas no que se refere aos “problemas” causados pela ausência de políticas públicas, e não sinalizam para uma apreensão das contradições existentes em relação a dimensão social da saúde.

O que se verifica é que o uso de tais instrumentos **não é apenas acessório ao atendimento**, pois ele responde diretamente por uma análise positiva e positivista das relações sociais, das classes, da política, da saúde. Na atual conjuntura, essa perspectiva se concretiza na subjetivação e psicologização das demandas sociais dos trabalhadores, da individualização da vida social, da responsabilização pelas condições de vida e de saúde, na perspectiva da resiliência, do ajustamento social, da responsabilização do cuidado e de políticas focalizadas, em um contexto de naturalização da questão social e de demandas sociais desvinculadas das contradições societárias.

4.3 As relações comunitárias como estratégia de abordagem social

Assim como a família, a comunidade também é um espaço de reprodução do modo de vida capitalista. Considerando a família como núcleo de relações primárias, as relações coletivas cumprem o papel da sociabilidade humana e do processo de construção de mediações que superem o cotidiano, a individualidade, e construam

WILSON, L. et al. Trabalhando com famílias. Livro de trabalho para residentes. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 1996. 18.; WIMBUSH, F. B., PETERS, R. M. Identification of cardiovascular risk: Use of a cardiovascular McDANIEL, S. et al. Terapia familiar médica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 7; McGOLDRICK, M. et al. Genograms: assessment and interventions. New York: WW Norton and Co., 1999; WHITAKER, C.; BUMBERRY, W. **Dançando com a família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990; MINUCHIN, S.; FISHMAN, H.C. Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 1990; TALBOT, Y. et al. Family system medicine. Toronto: Publicola Reg'd, 1991.

valores coletivos. As relações sociais compreendem, portanto, a dimensão individual, coletiva e societária.

Em diferentes momentos da história da política de saúde, a abordagem comunitária foi a estratégia utilizada para ações higienistas, de controle social, desenvolvimentista e também como espaço de organização, mobilização e luta política por direitos sociais. Nas propostas de atenção primária, destaca-se como um eixo estruturante das propostas contra hegemônicas ao modelo médico hegemônico. Contudo, cabe questionar como a abordagem comunitária tem se configurado frente a conjuntura em que a Saúde da Família é constituída e implementada no Brasil. O debate sobre a abordagem comunitária realizado pelos autores dos cursos analisados é realizado em articulação às análises sobre a política, os instrumentos, a educação em saúde e a participação.

Quadro 10 - Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Perspectivas da abordagem comunitária.

INSTITUIÇÃO	ABORDAGEM COMUNITÁRIA
UERJ	Abordagem sistêmica da comunidade Integralidade Biopsicossocial (Donato, 2015) Terapia Comunitária (Hinds, Cárdenas, 2015)
UFMG	O território como espaço social (FARIA et al., 2010, p. 34) Projeto Social (Oliveira; Campos, 2009, p. 16)
UFMS	O território como espaço social e Promoção da Saúde Território como espaço social (referência ao texto UFMG) Promoção da Saúde / Projeto Saúde do Território (De Carli, 2011, p. 24)
UFSC	O território como espaço de produção social da saúde Produção Social da Saúde / Projeto Saúde do Território (Verdi, Freitas, Souza, 2012, p. 12-14)
UNIFESP	Participação Social e Cidadania (Brêtas, 2014, p. 3-8)
UFMA	O território na perspectiva do planejamento Planejamento e Participação (Costa e Pinho, 2014b, p. 8)

Fonte: GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. *A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família: desvelando contradições e construindo mediações críticas*. Tese. 343 f. (Doutorado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ UERJ. Rio de Janeiro, 2016

A abordagem sistêmica da comunidade é apresentada pelo curso da UERJ¹⁴⁷ que, seguindo sua linha condutora, articula a perspectiva do paradigma

¹⁴⁷ A abordagem comunitária, como consta do programa do curso da UERJ, é articulada a uma disciplina obrigatória com o título “A clínica da Atenção Primária II – Abordagem Comunitária - Avaliando a qualidade dos serviços e práticas na ESF”. Em formato de história em quadrinhos é apresentada a atuação de uma equipe de saúde em determinada comunidade sobre o que são

biopsicossocial e enfatiza o processo saúde adoecimento no contexto individual, familiar e comunitário (Donato, 2015).

Hinds, Cárdenas (2015) ao debaterem temas próprios da abordagem, como território, comunidade, territorialização, diagnóstico comunitário, adscrição, participação social, intersetorialidade, planejamento e avaliação das ações da equipe, processo de trabalho, afirmam que estes temas “frequentemente, não são considerados ou abordados de forma sistematizada ou sistêmica”. Assim, defendem uma **concepção sistêmica da abordagem comunitária**, meio pelo qual se “aborda o cuidado em saúde com base no paradigma da integralidade biopsicossocial e na atenção integral à saúde na APS”.

A atuação comunitária é apresentada em uma disciplina optativa do curso: a **Terapia Comunitária**¹⁴⁸. Como pilar dessa metodologia, Hinds, Cárdenas (2015) reafirmam o pensamento sistêmico considerando que “no pensamento sistêmico para cada pergunta poderá haver inúmeras respostas”. Tal proposta tem como referência a teoria da comunicação, a pedagogia de Paulo Freire, a resiliência e a teoria antropológica, a partir da afirmação de que “a cultura é o arcabouço da identidade. Quem sou passa pelo entendimento de como sou”. Para os autores, a diversidade cultural é importante pois “é ela que dá a riqueza de experiências tão importante em uma roda de TCI”, e apresentam a metodologia que se realiza nas seguintes etapas da roda: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, rituais de Agregação.

formuladas questões sobre as demandas apresentadas e o planejamento da equipe. A Abordagem Centrada na Pessoa e a Abordagem Familiar e Comunitária são colocadas como eixo estruturante do processo de trabalho e como um diferencial no atendimento das equipes da Saúde da Família. A partir do “Caso da Dona Antônia” e do “Caso da Ana Maria”, explora-se a necessidade de integração das ações de promoção, educação em saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação dos problemas mais relevantes no âmbito individual, familiar e comunitário e como desenvolver ações na perspectiva do cuidado integrado e interdisciplinar. Como instrumento de abordagem é apresentada a Terapia Comunitária.

¹⁴⁸ A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) tem como referência as formulações de Adalberto Barreto da Universidade Federal do Ceará, que a partir de experiências locais, e sua ampla utilização no campo da Saúde Mental, também passou a ser difundida pelo Ministério da Saúde (MS), com grande investimento na capacitação dos profissionais. Segundo o Ministério de Saúde (2010), essa prática atua no incentivo a corresponsabilidade na busca de novas alternativas existenciais e promove mudanças fundamentadas em três atitudes básicas: acolhimento respeitoso, formação de vínculos e empoderamento. Conforme orientação do Ministério da Saúde e também de seus formuladores, a Terapia Comunitária pode ser realizada por qualquer profissional da equipe, não se exigindo uma formação específica com participação de agentes comunitários de saúde, profissionais da ESF, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, sociólogos.

Perante as dificuldades de acesso aos recursos de saúde, a Terapia Comunitária tem obtido grande adesão na Saúde da Família, sendo utilizada para a absorção de necessidades no campo da saúde mental, sem necessitar de investimentos no tratamento ambulatorial. É um recurso que permite a amenização de conflitos entre as famílias e, também, entre a unidade de saúde e os usuários, já que este “espaço terapêutico”, pode se tornar espaço de contenção de conflitos e reivindicações comunitárias. Como afirma Vasconcelos (2015):

A terapia comunitária, ao ser realizada por qualquer profissional “treinado”, está indicada a tratar a “origem psicossocial” das diferentes expressões da questão social vivenciadas pelos trabalhadores no cotidiano, na busca, não só de psicologizar o sofrimento social, ao investir na amenização dos conflitos familiares – resultado da falta de tudo, trabalho, moradia com saneamento, alimentação, transporte, etc. – mas de corresponsabilizar a família no cuidado em saúde mental, obscurecendo a falta de investimentos na rede básica, ambulatorial e hospitalar (VASCONCELOS, 2015, p. 307).

Sobre a Terapia Comunitária, a autora afirma ainda que, sem vontade política, financiamento e investimentos na rede sócio assistencial, se responsabiliza e culpabiliza os indivíduos pela solução dos problemas considerados individuais e “possíveis de serem resolvidos por aquele coletivo apartado da riqueza material e espiritual da sociedade em que vivem, fruto da construção social”. A ampla divulgação deste recurso na esfera da Saúde da Família responde diretamente aos limites de uma política focalista e contencionista, que reforça o processo de situar a natureza das diferentes expressões da questão social no campo psíquico.

Tendo como principal referência as análises de Milton Santos, a noção de **território como espaço social** é abordada nos cursos a partir do reconhecimento de suas características próprias, sua conformação com a realidade e suas peculiaridades. Para os autores,

[...] por território, compreendemos não apenas uma área geográfica delimitada, com características de relevo, vegetação e clima próprios, mas, também, um espaço social onde vive uma população definida e onde a organização da vida dessas pessoas em sociedade obedece a um processo historicamente construído (FARIA et al., 2010, p. 35; CORREIA, et al., 2010, p. 108).

Milton Santos (1998, p. 116) já afirmava que “é impossível imaginar uma cidadania completa que prescindia do componente territorial”. Para o autor, o valor do indivíduo está diretamente relacionado ao lugar em que ele está, ao seu território, pois dele depende, a acessibilidade aos bens e serviços fundamentais para viver uma vida minimamente digna. Para o autor, uma política territorial denominada cidadã propõe-se a ir além de ofertar o mínimo. Ela precisa se dispor a propiciar acesso até mesmo aos bens e serviços mais raros, organizando-os de modo tal que não falem a ninguém

quando demandados. Uma frequência menor de solicitações por um determinado serviço justifica o seu não provimento em nível local; no entanto, sua disponibilidade precisa ser viabilizada por meio do trabalho em redes e da aproximação interterritórios. É necessário que o território se constitua como o verdadeiro espaço do cidadão (VERDI, FREITAS, SOUZA, p. 12-14, 2012).

A influência de Milton Santos na saúde é reconhecida. Para Faria; Bortolozzi (2009), mesmo não tendo atuado em pesquisas voltadas diretamente para a área, a utilização dos conceitos de espaço e território “permitiu mudar o foco de atenção, que antes era centrado na doença, para os determinantes sociais das condições de saúde”. A concepção de espaço defendida por Santos (1997; 2004) envolve ao mesmo tempo a forma (os objetos contidos no espaço) e a função (as ações que se fazem em relação aos objetos). Assim, sua principal contribuição se faz no sentido de entender o espaço como processo e produto das relações sociais, que se realiza enquanto uma instância social (SANTOS, 1997). A apreensão do território se dá como [...] um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se dá (SANTOS, 2004, p. 63).

O território, como espaço de reprodução das relações sociais capitalistas revela suas contradições no cotidiano dos sujeitos, de suas famílias e de suas relações coletivas. No entanto, mesmo reconhecendo o território como espaço social, os autores dos cursos direcionam seus debates para diferentes perspectivas, que acabam por esvaziar a relação contraditória e dialética desse espaço.

O debate sobre território realizado pelos autores dos cursos da UFMG (Faria et al. p. 35), o mesmo do curso da UFMS (Correia, et al. p. 108), traz a concepção de território como **espaço social** e tem como referência o processo de descentralização, regionalização e municipalização. Um outro elemento destacado pelos autores, neste mesmo texto, se refere à **participação**. Na análise do o processo de trabalho, eles destacam que na construção dos objetivos do trabalho é preciso considerar os objetivos coletivos e locais e alertam para as influências políticas no local, ressaltando a necessidade de conciliação e a importância de se considerar as expectativas da população local.

Apesar de defender e estimular a participação nos **conselhos**, os autores **reafirmam a perspectiva do consenso** e alertam que “nem sempre os objetivos políticos e da população são convergentes” e que, na Saúde da Família, dada sua forte inserção comunitária, “os interesses e objetivos políticos locais e municipais

têm certamente forte influência sobre a sua atuação”, o que requer habilidade dos profissionais. (FARIA et al.,2010, p. 43; Correia,2010, et al., p. 115).

Um exemplo desse movimento vai se revelar em uma disciplina eletiva do curso da UFMG que, como estratégia de abordagem comunitária, apresenta o módulo sobre **Projeto Social** (OLIVEIRA; CAMPOS, p. 16, 2009). No texto, os autores vinculam a concepção de cidadania à concepção ampliada de saúde e às determinações sociais e fazem um caminho conceitual de cidadania a partir de Habermans¹⁴⁹. Como não poderia deixar de ser, apresentam uma perspectiva de cidadania **voltada para o consenso** e, a partir dessa referência, apontam a **perspectiva do empoderamento** para estimular a construção de projetos sociais, justificando que:

[...] nem todos os problemas identificados por atores ou grupos sociais obtêm pronta resposta do Estado. Apenas uma parte deles vai configurar uma “questão social” sobre a qual os gestores se sentem pressionados ou obrigados a responderem com determinada política pública. [...] Não obstante, nas últimas décadas, impõe-se, cada vez mais, a concepção de que as políticas sociais não podem assumir caráter de mera assistência, senão que devem engajar o cidadão na percepção, articulação e afirmação de seus próprios interesses. Afinal, são eles os principais atingidos pelos problemas sociais existentes e devem ser necessariamente envolvidos na busca de soluções sustentáveis e nos processos de tomada de decisão. As políticas sociais devem, assim, fazer parte de um movimento gradual e árduo em direção à emancipação de indivíduos e grupos, a partir de uma prática autônoma de tomada de decisão, isto é, a partir de práticas que viabilizem o seu “empoderamento”. Por isso, na atualidade, os profissionais que se engajam em projetos sociais devem enxergar o público dessas políticas não como clientes, mas como coautores das mesmas. Eles devem ser, sobretudo, profissionais preparados para reconhecer, nos membros das comunidades, parceiros dotados de saberes próprios, aos quais o saber formal, acadêmico, pode-se somar na preparação de novos, pequenos e quotidianos caminhos para aprimorar o difícil projeto e processo chamada democracia (OLIVEIRA; CAMPOS,2009, p. 16).

Quanto as propostas de enfrentamento político, os autores reafirmam o consenso e orientam que “não se propõe aqui, obviamente, a adoção de um projeto de caráter contra-hegemônico ou que possa representar oposição ao governo

¹⁴⁹ A partir desse referencial, Oliveira; Campos (2009, p. 14) apresentam uma perspectiva de cidadania voltada para o consenso afirmando que o exercício da cidadania efetiva-se, então, de um modo muito mais intenso, quando, por exemplo, a comunidade de um bairro se mobiliza para manter um parque ecológico, uma associação de moradores de uma favela entra em negociação com o Poder Público para rever a política de desocupação de áreas de risco ou, ainda, numa mobilização de estudantes ou professores contra o desmonte da universidade pública. Para utilizar categorias teóricas elaboradas por Jürgen Habermas, filósofo e sociólogo da segunda geração da teoria crítica da Escola de Frankfurt, delinea-se, na intercessão das esferas da sociedade civil (esfera privada), do estado e do mercado, uma instância que se denomina “esfera pública”. Nessa instância, da interação mediada **pela via do diálogo livre entre os atores e da busca progressiva de consensos**, conformam-se argumentos racionais que pretendem validade e adquirem graus superiores de legitimidade política” (OLIVEIRA; CAMPOS, p. 14, 2009).

municipal; [...] amplas repercussões políticas devem ser consideradas cuidadosamente, tanto na sua formulação quanto na execução do projeto”. Como exemplo, os autores colocam uma situação na comunidade com relação à falta de saneamento e como proposta a construção de um biodigestor financiado pela própria comunidade. Ora, a questão do saneamento básico não é uma política pública de saúde essencial que deve ser realizada pelo Estado? É na perspectiva do consenso que o saneamento pode ser construído com recursos próprios da comunidade, sob orientação dos profissionais da equipe de saúde! Ou seja, a participação empoderada da comunidade se dá no sentido dela mesma buscar meios de atendimento para suas demandas (OLIVEIRA; CAMPOS, 2009, p. 16).

No debate sobre a questão do controle social e da esfera participativa na política de saúde, Bravo e Souza (2002 apud Bravo e Menezes, 2011, p. 31) destacam quatro posições teóricas e políticas sobre os conselhos de saúde em discussão na atualidade, entendidos como espaços contraditórios de consenso e de cooptação¹⁵⁰. As autoras consideram que esses espaços contribuem para a democratização do espaço público e não devem ser nem subvalorizados nem supervalorizados. Pontuam questões relevantes como: a importância da ampliação do potencial de ação dos conselhos; a falta de respeito do poder público com respeito às deliberações e às leis que os regulamenta; a burocratização das ações e dinâmica dos conselhos; a falta de conhecimento da sociedade civil sobre os conselhos; a ausência de articulação com representantes de base; a chantagem institucional do poder executivo e a necessidade de articulação de movimentos de lutas por direitos.

¹⁵⁰ Para as autoras, a primeira posição teórico-política, referenciada por Gramsci e neogramscianos, compreende os conselhos como arena de conflitos, espaços tensos, contraditórios, em que diferentes interesses estão em disputa. Destacam também os estudos que interpretam os conselhos como espaços de consensos, de pactos, onde diferentes interesses convergem em um interesse comum estão referenciados em Habermas e nos neohabermasianos que “não levam em consideração a correlação de forças e propõem a substituição da centralidade da emancipação humana pela erradicação do trabalho alienado por uma nova centralidade emancipadora que emerge da esfera comunicacional e discursiva”. Destacam outra posição do autor, a democracia deliberativa que busca consenso através de diálogos. A concepção que compreende os conselhos como espaços de cooptação da sociedade civil pelo Estado está pautada no estruturalismo marxista, com referência a Althusser, que “ao analisar o Estado e as instituições apenas como aparelhos repressivos, não se visualiza as contradições que podem emergir nos espaços dos conselhos, a partir de interesses divergentes”. Destacam ainda a posição de tendência conservadora, “que não aceita os espaços dos conselhos, pois questiona a democracia participativa, defendendo apenas a democracia representativa”. Sobre o potencial dos conselhos, apontam que a primeira posição tem uma visão realista desse espaço e considera possível uma pauta consensual entre todos os participantes do conselho, sendo otimista e utópica; a terceira não acredita no potencial dos conselhos, sendo considerada como pessimista (BRAVO E SOUZA, 2002 apud BRAVO E MENEZES, 2011, p. 31)

Nessa direção, é preciso considerar que não basta reconhecer o território como espaço social de participação. Há que se considerar também suas contradições, dinâmica, relações de disputa. **A medida em que se afirma o caráter participativo da comunidade na perspectiva do consenso, evidencia-se que a tendência conservadora apontada na análise do processo de trabalho e da abordagem familiar também atinge a abordagem comunitária.**

Um exemplo, é a abordagem comunitária apresentada através da noção de **produção social da saúde**, no módulo sobre Projeto de Saúde do Território do curso de UFSC (Verdi, Freitas, Souza, 2011, p. 12-14). Os autores partem do entendimento de que a saúde “é a capacidade, individual ou coletiva, de atuar diante das demandas que envolvem o seu processo vital”. Afirmam a compreensão do território como processo que “configura-se em um importante instrumento de trabalho das equipes de saúde”, no qual as políticas de saúde são direcionadas às necessidades da população, “através do diagnóstico da realidade local e das situações de saúde que se manifestam a partir das dinâmicas das relações sociais, econômicas e políticas historicamente produzidas entre os sujeitos que convivem no território”. Nessa direção, apresentam o Projeto de Saúde do Território, como “ferramenta tecnológica” de cogestão com o NASF, que tem como eixo de análise o conceito de **vulnerabilidade e risco social**, o qual afirmam considerar “a singularidade dos sujeitos individuais e coletivos, suas capacidades (ou falta delas) para protegerem-se, negociar, comprometerem-se e superar ou não situações desfavoráveis”¹⁵¹

A retomada das noções de **vulnerabilidade e risco social** - utilizadas tanto na abordagem familiar quanto na assistência social – agora no “âmbito comunitário” reafirmam a aposta na capacidade das pessoas para superação das contradições que permeiam as demandas sociais na saúde.

¹⁵¹ Verdi, Freitas, Souza (2012, p. 20), realizando um debate sobre os limites da noção de risco, afirmam que isso pode “restringir o olhar exclusivamente sob a égide da probabilidade de eventos, sem um processo de análise das subjetividades presentes no meio, {o que} potencialmente nos conduz a uma reprodução automatizada de ações baseadas apenas em médias e frequências” e a noção de risco epidemiológico e os desafios que se impõem à utilização deste conceito na elaboração de políticas públicas e nas ações de prevenção e promoção da saúde. Para os autores, Berlinguer (1996), entre outros, assinala as limitações de projetos que contêm ações programáticas sustentadas unicamente na noção de risco; as políticas de saúde devem se direcionar para o controle de iniquidades, consideradas diferenças injustas, derivadas de comportamentos que não são decididos livremente pelos indivíduos, como, por exemplo, o acesso inadequado aos serviços de saúde ou a exposição a condições de vida insalubres e estressantes.

Ainda na análise dos potenciais do território, os autores destacam a perspectiva de **cogestão e do trabalho em redes** que busca estabelecer a cooperação e a parceria, com referência ao método construído por Campos¹⁵². Para o autor “o exercício da cogestão pressupõe a criação de espaços coletivos de gestão capazes de debater em torno dos distintos interesses e necessidades, muitas vezes complexos e contraditórios, que emanam da vontade coletiva”. Nessas instâncias, a discussão e a análise das demandas trazidas pelos sujeitos “constituem-se em uma forma de provocar mudanças, levando à produção de sujeitos autônomos e corresponsáveis pela coprodução de saúde”. Contudo, reafirma a perspectiva de **corresponsabilização**, na qual o usuário “não é simplesmente um indivíduo que manifesta seus interesses, mas sim, aquele que faz parte de todo processo de gestão: um sujeito capaz de pensar e de fazer saúde”.

Verdi, Freitas, Souza (2011, p. 40) apresentam também o processo de produção de práticas, para superar a fragmentação por meio da cooperação em **redes**.

O trabalho em redes pressupõe, portanto, a construção de ações colaborativas em saúde que envolvam equipes multiprofissionais e pessoas/coletivos usuários, com ênfase em processos que estimulem a coprodução e a corresponsabilização pelo cuidado, fatores preponderantes para a implementação de um PST. Além disso, compreende o território como um território-processo e incentiva a articulação intersetorial ampla e a participação social, conceitos já discutidos ao longo deste módulo.

Ao analisar a perspectiva das **redes** sob a lógica da cogestão e da corresponsabilização, Monteiro (2015, p. 169) afirma que, nesta lógica, o sentido dado às redes não está voltado para a organização dos serviços de saúde de forma articulada, tanto internamente, quanto junto às outras políticas que respondem as diversas expressões da questão social. Por isso, o enfoque na subjetividade e nas ações relacionais provoca uma limitação à potencialidade do debate das redes.

¹⁵² Campos (2006) desenvolveu o Método Paideia ou Método da Roda. Através da cogestão ou da administração compartilhada do pensar e do fazer coletivo, agora voltado para os serviços de saúde, o autor afirma que pretende-se democratizar relações, bem como produzir saúde, realização profissional e pessoal dos trabalhadores e reproduzir o SUS como política democrática e solidária. Na perspectiva Paideia, a análise da realidade por meio da compreensão de si mesmo e do mundo a sua volta possibilita a proposição de intervenções sobre os fatores (externos ou internos) estruturados que condicionam o processo saúde doença. Para Campos (2005), esse método tem como objetivo a construção de sujeitos de reflexão e de ação, capazes de pensar e agir diante da realidade, interferindo na dinâmica social e, portanto, no processo de produção de saúde (VERDI, FREITAS, SOUZA, 2012, p. 38).

A partir dos conceitos de produção social da saúde, do cuidado, de risco e vulnerabilidade, de redes e corresponsabilização, Verdi, Freitas, Souza (2012, p. 56) apresentam a ferramenta **Projeto de Saúde no Território**¹⁵³, em que “diferentes sujeitos e representantes de diversas políticas e setores sociais poderão se apropriar, pactuar e repactuar responsabilidades e ações que busquem promover cidadania através de movimentos de cogestão e corresponsabilização”.

A forma como o território é abordado nos cursos evidencia o esvaziamento da sua dinâmica contraditória e dialética, que a passa a ser permeada por lógicas sistêmicas e funcionalistas. Esta tendência é apontada por Abreu (2016, p. 15)¹⁵⁴ ao alertar que o debate sobre território, uma vez distanciado da análise do processo de produção do espaço, “emerge como mais um dos argumentos ideológicos convenientes à manutenção das formas de dominação presentes no atual estágio de desenvolvimento das forças produtivas”. A autora destaca também a influência da visão “pós-moderna” marcada pelo pensamento único, que encontra o solo para criar, neste contexto, elementos que preconizam a sociabilidade pautada em valores individualistas do “cidadão de novo tipo”: o empreendedor/consumidor.

Assim, o crescimento e o interesse no território pela via das políticas sociais trazem consigo os limites “da tecnificação e da funcionalidade operacional que o território cumpre na perspectiva mecanicista” em que “o território comparece descolado da questão social, equivocadamente secundarizada na

¹⁵³ Para Verdi, Freitas, Souza (2012, p. 56) o instrumento tem como objetivos “identificar área ou população vulnerável ou em risco; justificar a priorização da área ou população; compreender o processo histórico e social singular do território; definir objetivos da equipe de saúde e estabelecer ações efetivas para alcançá-los; identificar atores sociais e/ou instituições importantes para o PST; criar espaço coletivo ampliado: intersetorialidade, gestão participativa; sinergia com outras políticas e/ou serviços públicos: processo de cooperação, intersetorialidade. Propõe a construção compartilhada do PST, a partir do consenso, reformulação, pactuação, corresponsabilização no processo de implementação do plano de ação; a reflexão sobre processo de implementação e os resultados em relação aos objetivos pactuados no início”.

¹⁵⁴ Abreu (2016) destaca que o debate sobre território tem se apresentado como eixo estruturante de diversas políticas: assistência social, habitação, planejamento e também saúde. A autora situa a compreensão da relação do neoliberalismo com a proliferação de políticas sociais que enfatizam o Território. Assim, o apelo às políticas sociais territoriais e territorializadas estão carregados da expressão ideológica e política pós-moderna, para a formação de novos pactos e consensos sociais, em prol da manutenção do status quo. Destaca a ampliação da cobertura de políticas sociais focalizadas na população mais empobrecida, afim de conquistar a inserção da massa de trabalhadores no mercado de consumo. No caso do Território, esta imediatividade se materializa pela inclinação ao tecnicismo, como estratégia de “gestão da pobreza”, baseada no uso de indicadores e leituras diagnósticas da situação socioeconômica, política e cultural da população, objetivando o gerenciamento e a melhoria das condições consideradas desfavoráveis do “público/segmentos sociais”, visando a sua contingência.

construção/implementação das políticas sociais, prevalecendo a tônica da proteção social”. Para a autora,

[...] ainda nesta lógica formal, o território se caracteriza por uma escala própria capaz de superar per si as formas hegemônicas de manutenção do status quo. Desse modo, há uma mescla entre o modo estruturalista e positivista, que apregoa implicitamente que “o todo é a soma das partes” com uma crença advinda do modelo sistêmico que evidencia a superação da exclusão social e alcance da cidadania como horizonte ou meta conquistada a partir de escalas da dimensão territorial, sem mudanças estruturais na sociedade (ABREU, 2016, p. 15)

Uma outra tendência apontada pelos cursos é a vinculação do território ao processo de **participação e planejamento**. Essa perspectiva é apresentada pela **UFMA**, em uma disciplina que trata especificamente do planejamento (Costa e Pinho, 2014, p. 8, UFMA). Sobre a apropriação do território destaca o autor:

O primeiro passo para que seja realizada uma programação local em saúde é o conhecimento do território. É uma espécie de diagnóstico que é seguido pela análise da situação de saúde, uma análise que envolve, principalmente, uma descrição minuciosa da comunidade, assim como o estudo da demanda. [...] O diagnóstico deve compreender questões epidemiológicas, destacando-se os índices de morbidade e mortalidade, os riscos existentes e potenciais, além dos determinantes como destino adequado de dejetos, água, lixo, fatores socioeconômicos (renda, transporte, nível educacional, ocupação etc.), que conduzem ao conhecimento da população (COSTA E PINHO, 2014b, p. 7).

No processo de planejamento, Costa e Pinho (2014) recorrem ao conceito de planificação situacional de Carlos Matus (1996), que refere-se ao ato de “governar” em situação compartilhada, como momento de sistematização das decisões e à participação social no planejamento das ações em saúde:

No entanto, a proposição desse controle social não é apenas a formação de quórum para deliberação nos conselhos, a população (representada por um membro do conselho) deverá ter suas necessidades ouvidas e consideradas em todo processo de decisão. Portanto, as ações de saúde deverão ser planejadas em conjunto com a população-alvo. A participação social não deverá estar restrita aos conselhos de saúde, devendo ser incentivada e valorizada no dia a dia das unidades de saúde (COSTA E PINHO, 2014, p.13).

Os mecanismos de participação de mobilização e de articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e pelo direito à saúde são destacados pelos autores, que apresentam proposta de planejamento envolvendo a participação de diversos atores, com destaque para a gestão no cuidado em saúde, as esferas municipal, estadual e federal e o processo de regionalização e municipalização.

Abreu (2016) na crítica a essa perspectiva de abordagem do território, afirma que “este viés encontra ainda vigor nas tendências ao regionalismo, à municipalização e ao poder local, que são facilmente capturados como elementos de apologia da cultura da ‘gestão’, da democracia e da participação”. Como resultado deste esvaziamento crítico, enfatiza-se as dimensões das especificidades e potencialidades do local e seus sujeitos para superação de obstáculos e/ou fragilidades econômicas, sociais, culturais e políticas no processo de inserção na dinâmica social. Dessa forma, “a discussão do território se torna funcional, na medida em que reproduz o integracionismo”, na direção de um sistema de proteção social que visa a inserção imediata das comunidades e seus sujeitos “na dinâmica e nos fluxos da produção e da reprodução da vida social no atual estágio do capitalismo”.

O território ocupa, portanto, um papel central na constituição da abordagem comunitária na Saúde da Família. No entanto, é capturado por uma lógica de responsabilização que ultrapassa o espaço da família e também atinge a esfera comunitária. Ao invés de favorecer o reconhecimento das reais condições de saúde do local e a partir dele, construir propostas para seu enfrentamento, o território tem sido utilizado como instrumento de conciliação, individualização da saúde, transferência de responsabilidade e proposição de uma coesão social. Isso significa que, na Saúde da Família, a abordagem comunitária é realizada a partir das **relações comunitárias** que, apartadas da economia política, pode facilitar ainda mais o ajustamento e a harmonização da “comunidade”.

Contrapondo a tendência do debate, até mesmo do próprio curso da Unifesp, o Módulo **Participação**, elaborado por Brêtas (2014), resgata a dimensão política da participação social. A autora, partindo da afirmação de que “nossas escolhas não são neutras, expressam desejos (conscientes ou não) e, indubitavelmente, fazemos cálculos frente às opções que nos são dadas!”, aponta a necessidade da “formação e consolidação dos mecanismos de controle social previstos no SUS”, situando a saúde como campo de disputa ideológica.

A Saúde – enquanto campo ideológico – não é neutra, expressa o resultado do confronto entre as políticas sociais e econômicas adotadas pelos governos não raras vezes ditadas por agrupamentos econômicos nacionais e internacionais e a pressão de movimentos sociais organizados. A área da Saúde veicula interesses e ideologias diversas, das quais identificamos, grosso modo, a disputa de dois grupos: um representado pelo pensamento neoliberal que defende o modelo privatista e elitista das práticas de saúde,

com ênfase na utilização de tecnologia pesada; o outro construído à luz do socialismo, idealiza um sistema de saúde público, equânime, de alcance coletivo. Assim, a Saúde não deve ser vista como área isolada uma vez que sofre e exerce pressão dos e sobre outros setores da sociedade; é um campo de saber, portanto local de disputa de relações de poder (BRÊTAS, OLIVEIRA, 199, apud BRETAS, 2014 p. 6).

No texto, a autora aborda ainda: a saúde como um direito humano; o neoliberalismo e o questionamento dos direitos sociais; a saúde como mercadoria e um bem comerciável; tematiza cidadania e a construção dos direitos civis, políticos e sociais; destaca a história da saúde pública e a cidadania regulada. Diante das contradições da política de saúde brasileira, chama à tomada de decisão em relação a defesa ou não do SUS e a importância de transformar motivos individuais em ações coletivas. Contudo, para a autora,

[...] o grande desafio está em transformar os “motivos individuais” em ações coletivas. Dito de outra forma, como estimular a participação coletiva por meio da inserção em movimentos sociais? No nosso caso, como fazer com que as pessoas (falo “as pessoas” porque entendo que você já está suficientemente estimulado à participação) se mobilizem para fazer parte (participação da comunidade) do processo de efetivação do SUS? Entendo que o estímulo ao conselho gestor local é um bom começo, contudo, alerta que participação política que dá certo traz problemas, pois implica no enfrentamento explícito das redes de micropoderes tecidas intra e inter equipamentos de saúde e, certamente, ninguém “muda as regras” impunemente – daí a necessidade da participação por meio de ação coletiva (BRÊTAS, OLIVEIRA, 1999 apud BRETAS, 2014, p. 6)

A partir da práxis, a autora propõe a análise de conjuntura e sugere ao aluno do curso: “procure ler as entrelinhas, ver além do horizonte”.

É nesta direção que consideramos que a abordagem comunitária deve seguir, com a construção de propostas coletivas, que superem o individualismo do nosso tempo e possam construir enfrentamentos na defesa do direito à saúde. No entanto, os cursos reafirmam a perspectiva da abordagem comunitária a partir do campo relacional, ou melhor, de conciliação das relações comunitárias.

4.3.1 As estratégias de educação em Saúde

Um dos instrumentos de reprodução de uma lógica é a educação. Na política de saúde, a educação em saúde tem sido marcada por práticas inspiradas no higienismo, voltadas para o controle social de pessoas pobres, e o ensino de hábitos de higiene e cuidados de saúde, com enfoque individual mediante repasse de informações. A proposição contra hegemônica ao modelo médico também passa

pela educação em saúde, que é abordada como uma ferramenta estratégica pelos cursos analisados.

Quadro 11 – Análise da abordagem familiar e comunitária dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/ UNA-SUS). Perspectiva da educação em saúde.

INSTITUIÇÃO	EDUCAÇÃO EM SAÚDE
UERJ	Construção Compartilhada do Conhecimento (Acioli, 2015)
UFMG	Práxis pedagógica / Tecnologias (Vasconcelos; Grillo; Soares, 2009, p. 7)
UFMS	Promoção da Saúde / Metodologia Problematicadora (De Carli, et al, 2011, p. 20- 51)
UFSC	Educação Popular / Participação Comunitária / Metodologia Problematicadora (Verdi, Büchele, Tognoli, 2010, p. 25-35)
UNIFESP	Sócio Cultural / Práxis / Metodologia Problematicadora/ Grupos (Machado, Wanderley, 2014)
UFMA	Mobilização Social / Educação Popular em Saúde (Costa e Pinho, 2014b, p. 12)

Fonte: GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. *A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família: desvelando contradições e construindo mediações críticas*. 2016. 343 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ UERJ. Rio de Janeiro, 2016.

Os autores dos cursos reafirmam a necessidade de superação das práticas impositivas de educação em saúde e colocam a necessidade de construção de novas estratégias de abordagem.

A nosso entender, é necessário pensar a educação e a saúde não mais como uma educação sanitizada (educação sanitária) ou localizada no interior da saúde (educação em saúde) ou ainda educação para a saúde (como se a saúde pudesse ser um estado que se atingisse depois de ser educado!) (ACIOLI, 2015, p. 118).

O risco é o profissional se considerar a autoridade máxima e, portanto, o único responsável pelo processo educativo; há uma ênfase na repetição e, geralmente, não há preocupação com a realidade social nem com as crenças e valores daquele que “deve” aprender. A expectativa é de que o outro mude seu comportamento em função do que lhe foi ensinado (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p. 24).

As ações de promoção/educação em saúde constituem (ou deveriam constituir) a base de toda intervenção no campo da saúde. Historicamente, tais ações foram colocadas em um lugar “menos favorecido” na hierarquia dos procedimentos de abordagem da população, por motivos inerentes à formação dos profissionais de saúde e a questões administrativas e de gestão do serviço de saúde (DE CARLI, p. 20- 51).

Na análise das práticas de educação em saúde, os autores buscam respaldo nas referenciais teóricos da educação, para indicar um redirecionamento das ações para o que chamam de uma perspectiva crítica.

As teorias da educação são apresentadas como não-críticas, em que a educação é entendida como um instrumento a favor da sociedade, reforçando laços e a equalização social; e crítico-reprodutivistas que relacionam a educação com determinantes sociais, por isso é crítica; mas reforça que a sua principal função é a estrutura de dominação da sociedade (De Carli et al.,2011, p. 20).

Dentre as abordagens ou concepções **pedagógicas**, os autores apresentam: as **tradicionais**, na perspectiva da **transmissão**, cujo processo educativo está centrado em alguém que sabe e ensina a alguém que não sabe, pautando-se na transmissão de conhecimentos; a perspectiva do **condicionamento**, em que o tecnicismo educacional, inspirado nas teorias e da aprendizagem e na abordagem sistêmica do ensino; e a pedagogia do **condicionamento behaviorista** (Skinner, Gagné, Bloon e Mager). Como exemplo, é citado o condicionamento da “troca” de uma receita de medicamentos, pela presença do usuário hipertenso nas reuniões em grupo, nas quais deve aprender como se comportar em relação a hábitos de vida. São destacadas ainda, as abordagens ou concepções que têm **o aprendiz como foco**: a pedagogia nova, que se insere em um grupo de pedagogias não-diretivas, em que surgem os conceitos de “aprender fazendo” e “aprender a aprender”. Nessa direção, destacam-se o construtivismo-interacionista, sociointeracionismo, histórico-social, que tem como referência Piaget, Vygotsky, Gadotti, e Paulo Freire (Vasconcelos; Grillo; Soares,2009, p. 7; Machado, Wanderley, p. 3, 2014).

Voltando-se para a **Educação em Saúde**, os conteúdos apresentam também as diferentes perspectivas em que suas ações são direcionadas. De Carli et al. (2011,p. 36, UFMS) destacam cinco concepções vigentes na prática da Educação em Saúde no Brasil: a educação em saúde **tradicional** ou educação **sanitária**, que preconiza que o indivíduo deve “cuidar” de sua saúde, entendida como ausência de doença; a educação em saúde **participativa** ou educação em **saúde pública**, em que o indivíduo aprende a “cuidar da saúde a partir do referencial coletivo de conhecimento da realidade”; a **educação popular em saúde ou educação e saúde**, que pressupõe que o saber popular confrontado com o saber técnico constrói o saber coletivo da saúde, a qual seria resultante das condições de vida; a

Educação, Informação e Comunicação (IEC) que está baseada na concepção de que “o público informado influencia o indivíduo a cuidar da saúde, entendida como resultado da multicausalidade do processo saúde-doença”; e a **Educação em Saúde Holística ou Abordagem Holística na Educação em Saúde**, em que o cuidado à saúde seria advindo da compreensão das forças que interagem em seu ambiente de vida (individual e coletivo).

Ainda sobre os diferentes modelos de práticas educativas em saúde, Verdi, Büchele, Tognoli, (2010, p.13, **UFSC**) apresentam a **educação para a saúde ou educação sanitária; educação em saúde, educação popular e saúde**. A **educação para a saúde**, semelhante à educação sanitária, indica a educação como mero instrumento, um meio para se alcançar a saúde, educar para se obter saúde e se aproxima das características do modelo biomédico. Na **Educação em Saúde** é concebida como “processos sociais articulados em cuja interface emerge seu potencial, o processo saúde-doença é reconhecido como processo determinado socialmente, porém sem descaracterizar a materialização do sofrimento nos corpos, nas relações dos sujeitos”. A **Educação Popular e Saúde** busca resgatar o protagonismo da população como sujeitos autônomos para decidir sobre sua saúde e seu corpo, e “como coletivo cuja ação política pode interferir nas decisões do sistema de saúde, com um compromisso solidário entre os sujeitos envolvidos (indivíduo, família, profissional), pautado na troca de experiências”.

Há uma forte posição dos cursos em defender uma nova postura para as práticas de educação em saúde. Aliás, a educação em saúde pode ser considerada uma das principais bandeiras da Saúde da Família, que a diferencia dos demais serviços de saúde. É neste campo, que muitos reivindicam a influência de uma perspectiva crítica que, de certa forma, a vincula aos princípios da Reforma Sanitária.

Na expectativa de ruptura com os modelos tradicionais de educação em saúde, há um destaque dos cursos em relação as formulações de Paulo Freire, através da Abordagem Sociocultural, da Educação Popular e da Mobilização Social.

A característica fundamental da educação popular é considerar o saber da comunidade como matéria-prima para o processo educativo. É aprender a partir do conhecimento do sujeito e ensinar a partir de palavras e temas de seu cotidiano.[...] Freire (1999, 2000) chama de ideia-força e que são fundamentais para uma prática educativa crítica, transformadora da realidade [...] (VERDI, BÜCHELE, TOGNOLI, 2010, p. 22-25).

No Brasil, Paulo Freire é o representante mais significativo da abordagem sociocultural (FREIRE, 1987). Nessa perspectiva, o ser humano não pode ser compreendido fora de seu contexto; ele é o sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da contínua reflexão sobre seu lugar no mundo, sobre sua realidade. Essa conscientização é pré-requisito para o processo de construção individual de conhecimento ao longo de toda a vida, na relação pensamento-prática. Visa à consciência crítica, que é a transferência do nível de assimilação dos dados do mundo concreto e imediato, para o nível de percepção subjetiva da realidade, como um processo de relações complexas e flexíveis ao longo da história. (MACHADO, WANDERLEY, 2014, p. 10).

Paulo Freire sugere o exercício de práticas pedagógicas que valorizem e respeitem a cultura, a individualidade e os conhecimentos empíricos dos educandos. Seu principal foco foi a educação popular. Para ele, é a partir do processo de reflexão da realidade que o homem se torna consciente e comprometido e pode atuar como agente de transformação de si e dessa realidade (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p. 27).

Mecanismos de Mobilização Social representam dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à saúde, ampliando espaços públicos (coletivos) de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos populares. Processos de Educação em Saúde - Desenvolvidos no diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS. [...] A reconstrução do Significado da Educação em Saúde desenvolve-se nas escolas, nas universidades e nos serviços de saúde, fortalecendo o protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS. (COSTA E PINHO, 2014b, p. 12).

[..] a construção compartilhada do conhecimento é uma metodologia desenvolvida na prática da Educação e Saúde que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos e tem por finalidade a conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder e intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas". Esse tipo de prática envolve aspectos tanto de natureza pedagógica quanto metodológica, e inspira-se na proposta pedagógica de Paulo Freire e em uma abordagem construtivista da aprendizagem (ACIOLI, p. 119, 2015).

Não há dúvidas quanto a relevância das contribuições de Paulo Freire à educação, no Brasil e no mundo. Sua reflexão ampliou o enfoque educacional para o social, político e ideológico. A vinculação de suas abordagens à saúde favoreceu a construção de práticas voltadas para a educação popular e a mobilização social. No entanto, como já vimos sustentando, não basta a mudança no instrumento de ação, se ele não estiver direcionado por uma leitura de realidade que reconheça suas contradições. Não basta ouvir, acolher, escutar os sujeitos. É preciso situar suas demandas, aspirações, reivindicações para além do indivíduo e de sua motivação pessoal, para além do subjetivo e das relações interpessoais. Assim cabe questionar como essa perspectiva tem contribuído para o reconhecimento da dimensão social da saúde?

A partir das reflexões dos autores dos cursos em análise, fica evidenciado que a educação em saúde também recebe influências das perspectivas **da integralidade e da promoção da saúde** e, assim, permeadas pelo subjetivismo e individualismo.

Nessa direção, Verdi, Büchele, Tognoli (2010, p. 20), ao tratarem da educação em saúde na perspectiva da integralidade, apontam que as necessidades de saúde da população não são dissociadas, “elas podem ser simultaneamente relacionadas ao sofrimento humano provocado por doenças e à redução dos fatores de risco, como no caso da prevenção, ou à melhoria da qualidade de vida por meio da promoção”. Assim, tais demandas devem fazer parte da prática educativa. Quanto à promoção da saúde, “os profissionais da saúde, apesar de não serem os únicos responsáveis pelo processo que facilite o empoderamento da população, nem pela criação de conselhos de saúde, podem contribuir para o seu alcance”

A promoção da saúde também é tomada como referência no curso da UFMS¹⁵⁵. De Carli, et al. (2011, p. 39) reconhecem a promoção da saúde como “a confluência de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde”. Assim, a promoção da saúde engloba a educação em saúde que configura-se como uma ferramenta para que as ações de promoção da saúde sejam efetuadas. Para os autores, “a educação em saúde deve

¹⁵⁵ Para justificar o uso do conceito de promoção da saúde pelo que consideram uma perspectiva ampliada, De Carli, et al. (2011, p. 39) mostram suas contradições através do histórico da construção do movimento da Promoção da Saúde, que teve seu início em 1974, com o Relatório Lalonde, que preconizava o agir em saúde voltado para a garantia da qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade. Destacam que tal documento enfatizou o conceito de campo da saúde como um conjunto de práticas e saberes que têm influência direta sobre a mesma e que extrapolam a assistência médica, realçando quatro grupos de determinantes do processo saúde-doença: a biologia humana (genética e fisiologia); a organização dos serviços de saúde; o ambiente (natural e social) e o estilo de vida (Lalonde, 1974). Nesse aspecto, os indivíduos deveriam assumir a responsabilidade sobre os efeitos negativos de seus hábitos de vida, o que veio a disseminar um tom essencialmente behaviorista (comportamental) ao discurso da promoção à saúde, configurando-se, inclusive, como uma limitação da mesma, na medida em que dava menor importância a fatores de classe, gênero e raça, incentivando a culpabilização das vítimas (Crawford, 1977; Labonte; Penfold, 1981; Labonte, 1993). Reconhecem que por esses parâmetros, grupos populacionais socialmente excluídos e minorias eram responsabilizados por problemas de saúde cujas causas residiam fora da sua governabilidade. Destacam que para superar o modelo behaviorista, na década de 80 foi formulada a vertente socioambiental, posteriormente denominada de Nova Promoção à Saúde, que identificou grupos desfavorecidos, transformando suas condições de vida e estimulando sua participação em processos importantes relacionados à saúde. Assim, o novo modelo investiu na preparação individual e coletiva para promover um maior controle sobre os determinantes de saúde, visando a uma maior qualidade de vida, baseada na necessidade de mudanças no modo e também nas condições de vida, o que pressupõe identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, adaptar-se de acordo com o meio, superar iniquidades, garantir oportunidades e recursos para que as pessoas atinjam o mínimo grau de vida salutar e desenvolvam a capacidade dos sujeitos.

ser entendida como uma experiência de “entrecruzamento de representações e práticas, de pensamento e ação, de subjetividade e objetividade, de corpo e mente”.

Neste debate, De Carli, et al. (2011, p. 39), citando Laverack e Labonte (2000), destacam o uso do termo *Empowerment*, definido como “meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas, com decorrentes mudanças em direção à equidade”. Nessa direção, o *empowerment* pode ser focado sob os parâmetros psicológico e comunitário. Para os autores, do ponto de vista psicológico (*behaviorista*), o *empowerment* teria por pressuposto o fortalecimento da autoestima, da autoajuda e da solidariedade, o que favoreceria a constituição da “consciência sanitária” do indivíduo, contribuindo para a obtenção de uma autonomia regulada. O *empowerment* comunitário não nega o psicológico, mas se propõe a afirmar a disputa pelo controle de recursos e redistribuição do poder, através do entendimento do processo saúde-doença para além de condições individuais, enfatizando a questão do determinismo social, político e econômico sobre o *status* de saúde do coletivo, o que vem a fortalecer grupos e minorias (DE CARLI, et al., 2011, p. 39)

Destacando a linha tênue entre o psicológico e o comunitário, os autores alertam que “o binômio promoção-educação em saúde deve ser pautado sob a lógica do entendimento do processo saúde- doença e do saber socialmente construídos” e “a dimensão “social” que permeia esse processo deve constituir a base de uma relação dialógica entre o profissional de saúde e os membros da comunidade”. (De Carli, et al., 2011, p. 39). Nesse sentido, vale retomar pontuações realizadas sobre a noção de empoderamento:

A lógica posta pelas agências multilaterais indica a necessidade de fortalecimento humano-social via empowerment e a interferência e controle na vida privada dos sujeitos, prevalecendo o conhecimento da vivência subjetiva do seu usuário e seus enfrentamentos. [...] Vê-se que esta é uma prática que se consolida na vida privada das pessoas e sua ação incide sobre o subjetivo, ressaltando a busca pela melhora da qualidade de vida e elevação de autoestima, como se a realidade fosse autônoma, e por isso, a busca de fortalecimento das microrrelações, teias e redes sociais (CASTRO, 2015, p. 171).

A noção de empoderamento que direciona a promoção da saúde tem na educação em saúde sua grande estratégia de difusão. Assim como nas abordagens familiar e comunitária, a perspectiva de empoderamento retoma a dimensão subjetivista e reforça a responsabilização sobre a condição de saúde. A mesma perspectiva é reproduzida em algumas estratégias de educação em saúde

apresentadas por outros cursos, como a metodologia problematizadora e os grupos operativos.

A **metodologia problematizadora** como recurso pedagógico na educação em saúde é apresentada nos cursos da UFMG, UFSC, UFMG.

[...] é preciso utilizar o diálogo com o objetivo de exercitar uma prática de ação-reflexão cooperativa, de indagação e de experimentação, valendo-se de recursos metodológicos que enfatizem a reflexão da realidade, o pensamento divergente na busca de alternativas para a mudança e para produzir saúde de forma coletiva. Dessa maneira, é possível, por um lado, promover o sujeito como participante ativo e, por outro, o profissional e a equipe como co-responsáveis pelo cuidado em saúde. [...] Nesta perspectiva, procurar alternativas para sobrepor as dificuldades não significa criar problemas, mas sim encontrar caminhos para resolvê-los. Esta pedagogia considera a realidade como componente essencial do processo, o trabalhador de saúde e o usuário, como protagonistas, e a educação como ação emancipatória para a solução de problemas de saúde identificados (VERDI, BÜCHELE, TOGNOLI, 2010, p. 38).

Esta forma de ensino-aprendizagem é denominada por Paulo Freire (1983) de problematizadora ou libertadora e parte do pressuposto de que, em um mundo de mudanças rápidas e profundas, o importante é a capacidade das pessoas/grupos de detectar os problemas reais e buscar-lhes solução original e criativa. A experiência que deve ser valorizada é a observação grupal da própria realidade, o diálogo e a participação na ação transformadora das condições de vida (DE CARLI, et al., 2011, p. 39).

Muito referida no Brasil, a metodologia problematizadora tem sido postulada como uma possibilidade de aplicação de posturas educacionais críticas. Na problematização, parte-se da análise da realidade observada e vivida e os diferentes aspectos que a envolvem. Em um segundo momento, busca-se identificar os pontos-chave, o que é realmente importante. A partir deles, procura-se identificar o porquê, ou seja, a justificativa teórica do que foi observado – fase de teorização – e formula(m)-se hipótese(s) de solução para o(s) problema(s), atentando-se para os condicionantes e limites impostos pela realidade. Na última fase, volta-se à realidade para aplicação prática das soluções propostas, análise dos resultados e da possibilidade de aplicação em situações similares (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p. 7)

Apesar dos autores vincularem esta metodologia às formulações de Paulo Freire, os três cursos apresentam como referência a sistematização elaborada por Bordenave denominada de “Arco de Magueréz”¹⁵⁶, que contempla, no seu

¹⁵⁶ De Carli, et al. (2011, p. 50, UFMS) destacam a metodologia problematizadora de Charles Magueréz, instrutor de agricultores e mineradores na Argélia, que desenvolveu o chamado ‘Método do Arco’. Este autor inspirou Bordenave (1983), professor de grupos camponeses no Paraguai, que desenvolveu propostas educativas voltadas para a ampliação da capacidade técnica e da consciência crítica de adultos. Problematizar, para ele, significa levantar os problemas com seus diferentes aspectos e de acordo com o entendimento dos diferentes atores sociais. No ‘Método do Arco’, o processo ensino-aprendizagem deve iniciar-se a partir da observação da realidade, permitindo que as pessoas expressem suas ideias e opiniões, fazendo, assim, uma primeira leitura da situação concreta. Em um segundo momento, as pessoas/grupos selecionam as informações e identificam os pontos-chave do(s) problema(s), levantando suas relações/variáveis que determinam a situação concreta. A etapa seguinte consiste no levantamento de questões sobre as causas do problema

desenvolvimento, as seguintes etapas: identificação do problema, dos pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação à realidade (BORDENAVE, 1996). O Arco se propõe a levar os alunos a exercitarem a ação/reflexão/ação, ou seja, a relação prática/teoria/prática, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem a realidade social (SANTOS et al., 2006).

Formulações a partir de problemas tem sido um recurso utilizado no processo de formação em saúde, a partir de diferentes perspectivas e denominações. Paulo Freire tem como proposta a “Pedagogia Problematicadora”; Juan Diaz Bordenave usou os termos “Educação e/ou Pedagogia Problematicadora”; e, na articulação dessas duas propostas, a denominação/proposta feita por Berbel é denominada “Metodologia da Problematicação”, enquanto caminho de ensino e/ou pesquisa.

Berbel (1988, p. 139), ao propor a metodologia da problematicação no ensino em saúde, realiza uma análise que a diferencia da Metodologia Baseada em Problemas, comum no ensino de medicina, que “lança mão do conhecimento já elaborado para aprender a pensar e raciocinar sobre ele e com ele formular soluções para os problemas de estudo”. A Metodologia da Problematicação propõe construção de novos conhecimentos, pela aproximação da realidade em que o tema em estudo é vivido por diferentes atores sociais. Ao apresentar a metodologia, a autora afirma que esta busca mediar a concepção Histórico-Crítica da Educação e o trabalho pedagógico do professor com seus alunos, com respaldo na Filosofia da Praxis (Adolfo Sanchez Vazquez) e na Pedagogia Libertadora/Problematicadora (Paulo Freire e outros), com inspiração nos princípios do Materialismo Histórico Dialético. A máxima ação-reflexão-ação transformadora é o eixo básico de orientação de todo o processo.

Mais uma vez, cabe a discussão sobre o método que direciona tais metodologias. Neste caso, não basta apenas a compreensão dos fenômenos que abarcam o problema apresentado, sem que, a partir de uma apreensão dialética da realidade, seja possível desvelar suas contradições. Há que se considerar a realidade para além de um problema, ou ainda, como problema social. Muitas foram

observado. Aqui é necessário recorrer aos conhecimentos científicos que auxiliem o raciocínio das pessoas na compreensão do problema. Quando a realidade é confrontada com os conhecimentos existentes é que se viabiliza o início da resolução do problema e os indivíduos se veem naturalmente movidos a pensar em alternativas de resolução. É dada aos mesmos a oportunidade de decidir, priorizar e planejar ações. Na última fase, os participantes compreendem e praticam as soluções que o grupo considerou viáveis e aplicáveis à realidade, preocupando-se em mudar sua forma de agir, individual e/ou coletiva, contribuindo para a solução do(s) problema(s) (BORDENAVE, 1982).

as metodologias que também tomaram o caso, a situação problema e construíram passos para a intervenção.

Apesar dos autores reforçarem que as atividades de educação em saúde podem ser realizadas no âmbito individual e coletivo, como ferramenta os autores destacam os **grupos operativos**, apontados como ferramenta na educação em saúde. Os autores dos cursos da UFMG e da UFMS destacam que o trabalho com grupos é marcado por uma longa tradição na saúde e, desde os anos de 1970, os grupos denominados operativos ganharam destaque e também são incorporados pela Saúde da Família¹⁵⁷. O debate sobre grupos é apresentado na literatura a partir de várias nomenclaturas como: grupo temático, grupo de intervenção, oficina de dinâmica de grupos, grupo de encontro/vivencial, grupo de adesão ao tratamento, grupo de promoção da saúde, grupo terapêutico, entre outros. Importante ressaltar que não é só uma questão de nomenclatura; há modalidades e referenciais teóricos diferentes. (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES,2009, p. 40; DE CARLI, et al., 2011, p. 140)

Os autores alertam para alguns equívocos teórico-técnicos, pois "o termo grupo operativo não se refere apenas a uma técnica específica ou a um tipo de grupo"; o grupo operativo é, antes de tudo, uma abordagem teórica, fundamentada na psicologia social de Pichon-Rivière¹⁵⁸, centrada no processo de inserção do sujeito no grupo, no vínculo e na tarefa. Essa abordagem teórica tem sido muito utilizada, por exemplo, para trabalhar com pessoas que precisam ser preparadas para o autocuidado no manejo de enfermidades crônicas. A dinâmica de um grupo que está reunido para produzir algo é marcada por três momentos: pré-tarefa, tarefa e projeto. A partir das propostas desse autor, são destacados nos cursos os papéis formais, informais, uma relação de verticalidade e horizontalidade, e o observador

¹⁵⁷ O grupo **socioeducativo** está mais voltado para os aspectos socioculturais que interferem na condição de saúde e doença; o **psicoeducativo** remete aos processos psíquicos, que segundo o critério de finalidade podem ser operativos e psicoterápicos. Os grupos operativos podem ser divididos em quatro campos: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos. Assim, os autores destacam a tendência dos profissionais de saúde em denominar e generalizar toda atividade de grupo como grupo operativo. (Vasconcelos; Grillo; Soares,2009, p. 40, De Carli, et al., 2011, p. 140,)

¹⁵⁸ Vasconcelos; Grillo; Soares (2009) apontam a abordagem de Pichon-Rivière, que afirma que "o grupo operativo cumpre uma função terapêutica, pois se caracteriza por se centrar explicitamente em uma tarefa, a qual constitui sua finalidade ou objetivo, que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades etc". Assim, define "grupo" como um "conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propunham explícita ou implicitamente a uma tarefa, interagindo para isso em uma rede de papéis, com o estabelecimento de vínculos entre si" (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

não participante (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES,2009, p. 40; DE CARLI, et al., 2011, p. 140).

No entanto, os autores acabam por reforçar a realização do grupo como estratégia que “possibilita mudanças no modo de ver e agir frente às dificuldades”, vinculando educação em saúde à promoção da saúde:

Considerando que a promoção da saúde e a prevenção de doenças envolvem práticas pedagógicas, a construção de relações interativas solidárias entre os membros do grupo pode ser produtiva. O trabalho com os mais variados grupos deve ser utilizado, também, como espaço de escuta para identificação e construção coletiva de soluções para problemas da comunidade. (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES,2009, p. 40; DE CARLI, et al., 2011, p. 140).

Para Machado, Wanderley (2014, p.10), a realização de grupos educativos “é uma das principais oportunidades para praticarmos **a negociação, a corresponsabilização** e as relações entre o profissional de saúde e a comunidade”. Apresentam a **Roda de Conversa**, que “transmite a ideia da condução, de continuidade e de reciprocidade, em que a relação entre os sujeitos se dá de forma horizontal, viabilizando a participação democrática, permitindo a permeabilidade dos diferentes saberes que a integram”; nela se convidam todos os integrantes reunidos a se sentarem em círculo (quando o espaço permitir ou o que mais se aproxime do face a face); pode-se usar uma dinâmica de apresentação ou descontração, permitindo a integração. O grupo é incentivado a uma determinada tarefa, conduzida pelo(s) profissional(is), a partir dos temas emergidos nas discussões de equipe com a comunidade (espaços das reuniões de equipe, de Conselhos, de lideranças e de situações identificadas pelos profissionais em outras interfaces de interação) e seus objetivos são pactuados e devem ser de comum acordo. A proposta de atuação a partir de grupos retoma, mais uma vez, o enfoque psíquico, como espaço de negociação e corresponsabilização.

Na esfera da educação em saúde, UNIFESP, UFMG, UFMS realizam, ainda, um debate sobre **educação permanente**. Para os autores desses cursos, “por muito tempo, a educação em serviço foi sinônimo de reciclagem, entendida como capacitação para o trabalho para responder às necessidades do mercado capitalista em expansão”. Nesse sentido, diferem a Educação Permanente em Saúde¹⁵⁹,

¹⁵⁹ No Brasil, recentemente, a EPS foi oficialmente considerada uma estratégia capaz de trazer para a arena da formação e do desenvolvimento de profissionais de saúde abordagens metodológicas dialógicas e democráticas. Essa estratégia, tendo como referência o que foi proposto pela OPS,

enquanto reflexão sobre o processo de trabalho e o fazer cotidiano, e a Educação Continuada, a participação em seminários, congressos, cursos, reuniões técnicas, revistas científicas etc.

A incorporação da Educação Permanente na cultura institucional, com contribuição efetiva para a mudança do modelo assistencial, pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de autoavaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes. Dessa forma, ela pode ser uma estratégia potente para transformação das práticas em saúde, pois possibilita a reflexão sobre o fazer cotidiano (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p. 22; DE CARLI, et al., 2011, p. 26).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) parte do pressuposto da aprendizagem significativa e problematizadora, propondo estratégias que possibilitam a construção coletiva, além de nortear caminhos para uma relação dialógica e horizontal, em que cada protagonista do SUS (trabalhadores, usuários e gestores) possa compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação e de seus papéis (MACHADO, WANDERLEY, 2014, p. 10).

Nessa direção, os cursos via educação à distância são apresentados como estratégia de educação permanente em saúde. A perspectiva de um processo educativo que rompa com o caráter conteudista, recomendando o uso de metodologias ativas, que permitam reflexões sobre o processo de trabalho, também é apontada pela Política Nacional de Educação Permanente (Brasil, 2009, p. 53). É o caso dos cursos que estão em análise neste trabalho. Mesmo nossa análise estando centrada nos textos de referência, observamos um esforço dos autores em construir espaços de aproximação com o cotidiano do processo de trabalho, como histórias em quadrinhos, estudos de caso e as demandas locais, como no curso da UFMS.

No entanto, o que é central é a direção social presente nos textos sobre processo saúde doença, explicitada por meio da abordagem familiar e comunitária, no contexto da disputa hegemônica entre projetos societários/projeto de saúde. Neste contexto, é possível reconhecer que há um movimento em responder a

considera o processo de trabalho como o locus gerador de aprendizado significativo. A busca do conhecimento por parte dos profissionais ocorre a partir da identificação e da necessidade de resolução de problemas vivenciados no processo de trabalho. Pressupõe avaliação dos resultados alcançados. A Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A Portaria nº 1.996/GM/MS dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

demanda por qualificação em relação à abordagem familiar e comunitária, contudo, há que se questionar a direção social presente nas abordagens sugeridas.

Observamos que os cursos respondem diretamente as demandas pela formação postas por grupos como a SBMFC (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015), que estabelece em seu documento sobre o currículo para as residências em Medicina de Família e Comunidade, baseado em competências, os requisitos e habilidade desejáveis na abordagem familiar e comunitária¹⁶⁰.

Em que pese o nível de aprofundamento da residência perante um curso de especialização à distância, é possível reconhecer claramente que as habilidades profissionais requisitadas se refletem no conteúdo dos cursos.

A análise da abordagem familiar e comunitária realizada pelos autores de referência dos cursos revela sua funcionalidade e adequação a uma perspectiva de saúde que toma como referência as relações psíquicas e subjetivas em detrimento da dimensão social da saúde. Não que esta dimensão, nos tempos de hoje, não seja uma requisição eminente dos sujeitos diante das condições a que estamos submetidos. No entanto, ficam claros os objetivos da centralidade da dimensão psico na política de saúde, quando questionamos se houve melhoria e ampliação do

¹⁶⁰ Neste documento, são apontados como **pré-requisitos**: conhecer conceitos de abordagem familiar e as várias tipologias familiares; conhecer os ciclos vitais familiares; conhecer aspectos da violência familiar; conhecer os níveis de intervenção familiar. Como **requisito essencial**: aplicar conceitos, funções e tipologia familiar, manejar os ciclos familiares, as crises vitais, considerando a funcionalidade familiar; identificar casos de violência familiar e manejar casos com menor complexidade; realizar entrevista familiar; manejar o papel da família no processo saúde doença; demonstrar conhecimento sobre resiliência familiar; demonstrar atitude respeitosa no contexto familiar mesmo quando há diferenças culturais e comportamentais; identificar as estratégias familiares de suporte ao paciente; identificar papéis de cada membro da família e sua influência no processo de saúde e adoecimento de cada membro; realizar visita domiciliar de modo adequado; dispensar cuidados paliativos no domicílio de modo adequado; utilizar instrumentos de abordagem familiar: Genograma, ECOMAPA, Círculo Familiar, Escala de Coelho; e conhecer os demais instrumentos de abordagem familiar. Como **requisito desejável**: manejar situações complexas de violência familiar; realizar conferência familiar; utilizar os demais instrumentos de abordagem família como, por exemplo, o P.R.A.C.T.I.C.E. E no nível avançado: realizar terapia familiar. (SBMFC, 2015) – Na **abordagem comunitária**, destaca-se como **requisito essencial**: identificar os problemas e necessidades da população; realizar diagnóstico situacional de saúde por meio de instrumentos de abordagem comunitária (ECOMAPA, Diagnóstico de Demanda, Estimativa Rápida Participativa, técnicas de georreferenciamento); definir prioridades para atuação da equipe; realizar trabalhos em grupo; desenvolver ações educativas no território com vistas ao empoderamento do autocuidado em saúde; planejar ações prioritárias de saúde com base no diagnóstico comunitário; articular-se com rede social de apoio; promover controle e empoderamento social; conhecer os fundamentos da Educação Popular em Saúde. Como **requisito desejável**: promover ações intersetoriais e participar de atividades de controle social (SBMFC, 2015).

acesso ao acompanhamento psicológico de qualidade. Certo que não. Mas então, a que serve a valorização da dimensão subjetiva da saúde?

Ao situar esta análise na disputa entre projetos de sociedade e consequentes projetos na área da saúde, evidencia-se que a abordagem presente de forma majoritária nos cursos responde diretamente às requisições de uma política de saúde focalizada e culpabilizante, que se concretiza como porta de contenção da demanda e não de acesso universal como ainda está presente na Constituição de 1988; uma política direcionada para operacionalizar o processo de responsabilização individual, familiar e comunitária pela proteção social via (auto) cuidado (de si e dos membros da família, quando não da comunidade) e promoção da saúde via empoderamento em busca de melhoria das condições locais via projeto social, para a (auto)busca de respostas individuais e focalizadas para problemas estruturais; enfim, uma política de saúde direcionada pela busca de adequação das famílias via resiliência, com relação ao desemprego estrutural/trabalho precarizado.

Desse modo, a abordagem familiar e comunitária vai ser o instrumento pelo qual vai se legitimar a direção de um projeto de saúde voltado para o controle social dos sujeitos envolvidos, utilizando-se de velhas e novas estratégias de psicologização e mercantilização das demandas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao final deste percurso muito diferente de como começamos. Se as inquietações que motivaram a pesquisa já indicavam a eminência de uma perspectiva conservadora na abordagem familiar e comunitária, as aproximações iniciais aos dados da pesquisa apresentaram uma multiplicidade de influências teóricas, éticas, políticas e instrumentais. Contudo, a análise conduzia a um ponto predominante que nos permite afirmar o papel estratégico da abordagem familiar e comunitária como recurso operacional da contrarreforma na saúde, o que referenda nossa hipótese inicial de que a abordagem familiar e comunitária retoma perspectivas conservadoras.

Nesse sentido, a abordagem familiar expressa as contradições da disputa hegemônica entre projetos de saúde e de sociedade e representa a estratégia pedagógica na formação de uma cultura profissional, direcionada pelo transformismo da contrarreforma, na afirmação dos interesses do projeto privatista de saúde.

Em dez anos de vivência com a temática, a Saúde da Família ampliou-se e consolidou-se como estratégia governamental para o SUS. No decorrer desse processo, legitimou-se também a construção de recursos na busca pela mudança da prática assistencial. No contexto de uma contrarreforma, em que as contradições não se apresentam de forma clara, questionar os limites de tais abordagens frente aos projetos de sociedade e saúde parecia uma afronta aos possíveis avanços. Hoje, tais contradições já são evidentes, o que permite apreender com mais clareza a área da saúde como objeto de disputa entre classes antagônicas, como não poderia deixar de ser na sociedade capitalista, independentemente do contexto histórico.

Os questionamentos ao SUS estão postos, de forma mais aparente: não só nos conteúdos dos cursos analisados, mas também nas propostas de governo, de forma cada vez mais clara. Se consideramos que a ampliação da Saúde da Família alcançou grande parte dos brasileiros, podemos questionar: qual a potencialidade de resistência ao desmonte do SUS, pelos usuários da Saúde da Família? Resposta que pode ser encontrada nos resultados de nossa pesquisa.

No movimento para a apreensão da abordagem familiar e comunitária no contexto da disputa hegemônica entre projetos de sociedade e de saúde, tomamos como ponto de partida alguns questionamentos que orientaram nossa análise: qual o

papel estratégico da abordagem familiar e comunitária para o modelo de saúde proposto pela Saúde da Família? Qual a fundamentação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do trabalho voltado para a família e a comunidade? Quais as direções assumidas pelos espaços de formação e capacitação? Como são trabalhados os instrumentais de abordagem familiar e comunitária pelos trabalhadores da saúde? Como podem ser construídas mediações críticas na abordagem familiar e comunitária?

As respostas a tais questionamentos tomaram como premissa o caráter educativo do trabalho em saúde, que é permeado por perspectivas teórico-metodológicas e ético-políticas que direcionam o instrumental técnico-operativo, perspectivas essas que representam visões de homem e de mundo e que retratam projetos societários em disputa na construção de uma cultura e hegemonia.

O recurso ao espaço familiar e comunitário como lócus de reprodução social não é novidade desse momento da política de saúde. A análise histórica apontou que a política de saúde, como forma de enfrentamento da questão social, se estabeleceu pelo viés do controle do social e do controle da força de trabalho e encontrou no cotidiano da vida e da família dos trabalhadores, o espaço para a reprodução de suas práticas.

Em que pese o caráter contraditório das políticas de proteção social e os avanços das conquistas dos direitos sociais na melhoria das condições de vida e trabalho da classe trabalhadora, a política de saúde foca seu atendimento na proteção da força de trabalho, dessa vez pelo controle da doença, com reforço de uma política de gênero na organização familiar, promovendo, também, uma visão patológica das diferentes expressões da questão social. Ao estabelecer um padrão de atendimento biomédico na saúde, diferenciando o acesso, a política de saúde reforça uma perspectiva individual, moralizante, com um viés patológico.

Apresentada como proposta contra-hegemônica ao modelo médico, a Atenção Primária, atravessada por contradições, assume uma funcionalidade, seja nos países desenvolvidos, pela contenção de gastos com a saúde, seja nos países periféricos, onde assume um caráter estratégico no discurso desenvolvimentista. Mesmo assim, a aparente retomada da dimensão social do processo saúde doença tanto favoreceu a ampliação das formas de controle do social, como, também, propiciou a formulação de propostas críticas vinculadas ao fortalecimento dos movimentos sociais.

Na direção do controle da força de trabalho, evidencia-se a tendência de reprodução dos discursos das agências internacionais, que colocam as estratégias de enfoque familiar e comunitário como espaços de integração para o desenvolvimento, considerando que as demandas sociais devem ser controladas.

A história demonstra que o enfoque familiar e comunitário tem se reproduzido na perspectiva de controle das lutas sociais, seja pelo controle direto da vida dos trabalhadores na medicina social, seja pelo modelo médico e o caráter previdenciário dos sistemas de bem-estar, pela via integrativa da comunidade ao processo de desenvolvimento; bem como pela transferência de responsabilidades da perspectiva neoliberal.

Se o movimento da história já demonstra as consequências da intervenção junto à família e à comunidade, o que justifica que a abordagem familiar e comunitária seja retomada como estratégica, tomando como principais referências perspectivas já analisadas como fomentadoras do ajustamento e do controle social? O Serviço Social, como profissão que historicamente tem a atuação requisitada no âmbito família e da comunidade, desde a década de 1970, vem questionando tais abordagens, e no bojo das contradições da categoria, tem propiciado uma reflexão crítica sobre o tema, ao mesmo tempo em tem sido permeável a essas propostas.

A análise dos conteúdos de cursos voltados para a formação de especialistas em Saúde da Família demonstrou a fragilidade e contradições no debate sobre as condições societárias de construção da política de saúde; fragilidade e contradições na análise das repercussões do neoliberalismo na constituição da APS, no mundo, e da Atenção Básica, no Brasil. A defesa abstrata da Atenção Básica faz com que esta não seja considerada no conjunto das propostas focalistas, em uma conjuntura de desmonte e precarização das políticas sociais. Ao contrário, há uma forte defesa do caráter progressista da proposta na direção dos valores do SUS, mas, no entanto, não são oferecidas, pelos cursos, as condições necessárias para que os profissionais de saúde possam desvelar as contradições latentes nessa esfera.

Na busca por compreender esse movimento, a análise da Reforma Sanitária brasileira reconheceu os importantes avanços conquistados pelo movimento na política de saúde no país, mas também evidenciou impasses em seu interior que vão refletir diretamente na construção da Saúde da Família. Sob o discurso do “SUS possível”, o viés político emancipatório da Reforma Sanitária passa a ser questionado na defesa do enfoque gerencial e assistencial.

Em um contexto de contrarreforma e sob a lógica desenvolvimentista, o distanciamento das contradições de classe presentes na política de saúde pouco pôde oferecer de resistência ao desmonte do SUS. Ao contrário, favoreceu a difusão de lógicas pautadas na perspectiva terapêutica, construindo uma concepção de saúde voltada para a dimensão psíquica, em detrimento da determinação social do processo saúde-doença defendida pela Reforma Sanitária.

A defesa da saúde como expressão da organização social e econômica do país, “tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013, § único) passa a ser negligenciada, não por incorporar novas demandas da vida social como a esfera subjetiva, e sim, por não promover entre seus profissionais, as condições necessárias para apreensão desse processo em uma direção crítica.

Tal constatação pode ser feita no exame dos cursos, em que a Reforma Sanitária, quando é mencionada, é abordada apenas como um evento que levou à construção do SUS. No entanto, os cursos que se reportam ao viés político crítico da Reforma Sanitária e do SUS não conseguem sustentar uma análise crítica do processo de trabalho e da abordagem familiar e comunitária.

O processo saúde doença é apresentado a partir da complexidade e integralidade biopsicossocial, dos determinantes psicossociais, dos determinantes sociais, da promoção da saúde, plano subindividual, individual, coletivo, a noção de bem comum que revela que a dimensão social da saúde é abordada a partir do enfoque subjetivo e individual. Não há como negar que uma das grandes repercussões do modo de vida capitalista hoje incide sobre a subjetividade dos sujeitos. Contudo, no movimento de evidenciar as questões de ordem psíquica, há uma clara desvinculação das determinações sociais. Mesmo quando a condição de saúde voltada para o indivíduo tenta ser colocada no plano coletivo, sob a perspectiva do empoderamento, acaba por reforçar a visão individualista desse processo.

Nessa direção, o processo de trabalho na Saúde da Família passa a requisitar do profissional uma postura psicoterapêutica. Ora, se o processo de formação em saúde apresenta sérias limitações, o que leva a considerar que há possibilidade de uma formação de qualidade voltada para o enfoque terapêutico? Considerando a

referência à perspectiva sistêmica da abordagem biopsicossocial e da perspectiva fenomenologia da abordagem centrada na pessoa, há que se considerar que a análise da dimensão psíquica requer preparo, estudo e uma formação sólida. Na possibilidade de uma formação a partir de noções, construção de habilidades, como sensibilização profissional, abre-se caminho para a subjetivação permeada por perspectivas assistencialistas, clientelistas, moralizantes, culpabilizadoras e responsabilizadoras.

Neste contexto, a direção do processo de trabalho na Saúde da Família presente nos cursos é orientada pela concepção de produção social da saúde, através da noção de cuidado, referenciada no debate sobre micropolítica do processo de trabalho, o que evidencia a influência do discurso pós-moderno. A concepção de saúde, o processo de assistência e as propostas de intervenção, carecem de articulações para além da esfera relacional e individual e a proposta de cuidado e a construção de uma nova forma de vinculação com o usuário em si não garante uma visão crítica da dimensão social da saúde. Nessa direção, são articuladas as perspectivas de humanização, de acolhimento, de atendimento integral, de interdisciplinaridade, de clínica ampliada que, em síntese, reivindicam do profissional de saúde uma “postura de acolhimento”.

Como campo estratégico para as mudanças defendidas na assistência à saúde, o processo de trabalho assume na Saúde da Família posturas que transitam pelo viés psicoterapêutico, de acolhimento e de planejamento. Tal direção também percorrem as consultas, a visita domiciliar, o trabalho em equipe e a proposta do “Projeto Terapêutico Singular”. A busca pela construção de estratégias de aproximação dos profissionais à realidade dos usuários tem se dado pela via individualista, com valorização das questões subjetivas e a retomada de metodologias conservadoras, tanto no enfoque terapêutico, quanto no planejamento, sinalizando também para uma responsabilização dos profissionais de saúde que, voltados para a “produção do cuidado”, têm a objetivação de sua prática centrada na dimensão cotidiana/individual não mediada pela dimensão histórica/coletiva.

O papel estratégico da abordagem familiar e comunitária vai se revelar a medida em que é na especificidade do uso de seus instrumentos que se materializam perspectivas que privilegiam o enfoque individual, com esvaziamento político das demandas coletivas, que se estabelece como proposta “mediadora”, centrada na subjetivação, no autocuidado e na responsabilização individual.

A falta de mediação entre as propostas de abordagem e a análise crítica da conjuntura sócio-política é evidenciada na análise da abordagem familiar. A centralidade da família nas políticas sociais é uma requisição do processo de transferência de responsabilidade clássica do neoliberalismo.

Apesar do reconhecimento das transformações sócio históricas da família, há uma reafirmação da centralidade da família nas políticas sociais e da função protetiva da mesma por meio do cuidado. Nesse sentido, há pleno reconhecimento da concepção ampliada de família e suas configurações, como meio de reafirmação do cuidado. Nessa direção, a análise das concepções sobre família presentes nos textos de referência dos cursos aponta a proposta de atuação voltada para as relações familiares. E nesse sentido, a intervenção profissional é direcionada para a compreensão sistêmica e funcional das relações familiares, apreendendo a família de forma isolada, expressando claramente a necessidade de ajustamento a um padrão. Os recursos apontam claramente para análise de uma estrutura familiar, por meio de classificações das famílias saudáveis e funcionais, retomando a noção de “famílias desestruturadas”. Tal análise é conduzida pela perspectiva sistêmica, que concebe a família como sistema, com referência aos clássicos da terapia familiar. Nesse sentido, os conflitos que fogem da noção de funcionalidade são enfrentados através da resiliência, que reforça, mais uma vez, a iniciativa e responsabilidade individual para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social na vida cotidiana. A compreensão das demandas sociais das famílias através da análise das condições de risco e vulnerabilidade também se dão em uma perspectiva sistêmica, reforçando assim o caráter de ajustamento social.

Tal direção é aprofundada na apresentação dos instrumentos de abordagem, como o ciclo de vida, genograma, Ecomapa, F.I.R.O., P.R.A.T.I.C.E., A.P.G.A.R., Escala de Coelho, com enfoque nas relações familiares. Como grande requisição para o processo de formação, são recuperados instrumentos clássicos, bem como são elaborados novos instrumentos buscando se adaptar a essa demanda. Transitando entre mapas e siglas, os instrumentos propõem uma análise com enfoque nas relações (intra) familiares.

Chama a atenção a presença marcante nos cursos o uso do genograma que como instrumento com potencial para diversas análises, ao ser vinculado à área social, a partir das noções de risco, vulnerabilidade social, norteados pela

perspectiva sistêmica, é um instrumento que favorece a psicologização e a culpabilização pela vivência geracional de expressões da questão social.

Outro recurso que vai ao encontro das demandas da Saúde da Família pensada na perspectiva sistêmica e funcional é a análise do ciclo de vida. Ao estipular classificações das etapas da vida, são apresentadas expectativas para cada uma delas, estabelecendo um padrão evolutivo da vida. Para não recair numa padronização social, os autores dos cursos chegam a apresentar um quadro comparativo entre diferentes classes sociais, reduzindo as etapas do ciclo de vida de famílias pobres apresentando uma extensa lista de estereótipos, que, só tende a reproduzir de forma preconceituosa os estigmas conferidos à classe trabalhadora. Recupera-se aí as bases mais conservadoras do atendimento às famílias nas políticas sociais, pois sem fazer as mediações necessárias com as condições de vida e de trabalho a que estão submetidos diferentes segmentos da classe trabalhadora, se reforça, mais uma vez, a culpabilização e a responsabilização de indivíduos e famílias pela sua condição socioeconômica e cultural e pelo enfrentamento de tais condições.

A análise familiar por meio do ciclo de vida é um recurso que, também concebido com enfoque de planejamento estratégico, propõe o atendimento das demandas de saúde por etapas de vida. Mesmo os cursos que não apresentam referências diretas à abordagem familiar e comunitária, apresentam as demandas de saúde por grupo de crianças, mulheres, adolescentes, jovens, adultos, idosos. Há autores que justificam a abordagem familiar justamente por esse aspecto, que exige uma formação generalista da área médica. No entanto, não há mediações que estabeleçam um diferencial que coloque a abordagem clínica em uma dimensão ampliada, já que o enfoque continua sendo individual.

Já os instrumentos claramente importados como o F.I.R.O., P.R.A.T.I.C.E. e A.P.G.A.R., voltam-se para a análise das relações interpessoais. Os instrumentos reiteram a referência à teoria sistêmica em suas diferentes vertentes voltadas para a família que mesmo diante da fragilidade do processo de formação, passa a orientar a prática assistencial.

Nesse sentido, o uso dos instrumentais não é acessório e sim materializador de uma análise positiva e positivista das relações sociais, das classes, da política, da saúde, que se concretiza na subjetivação e psicologização das demandas sociais dos trabalhadores, da individualização da vida social, da responsabilização pelas

condições de vida e de saúde, na perspectiva da resiliência, do ajustamento social, da responsabilização do cuidado e de políticas focalizadas, em um contexto de naturalização da questão social e de demandas sociais desvinculadas das contradições societárias.

O enfoque individual e moral da família abre caminho para que os serviços oferecidos pelas políticas sociais promovam a manutenção dessas relações sob a perspectiva terapêutica, refletindo assim a perspectiva da doença também no campo das relações sociais. Renova-se a perspectiva de patologização da vida social.

As possibilidades de reconhecimento da realidade dos sujeitos e sua influência nas condições de saúde, com articulação coletiva para o enfrentamento das necessidades sociais, com a construção de propostas de intervenção que busquem a autonomia dos sujeitos é posta então na abordagem comunitária. No entanto, a perspectiva sistêmica, também coloca no campo das relações, a comunidade, que também passa a ser um objeto terapêutico. Em um cenário de contenção de acesso aos recursos terapêuticos, a Terapia Comunitária responde diretamente aos limites de uma política focalista e contencionista e traz para o campo psíquico o enfrentamento das expressões da questão social.

A noção de cuidado é retomada através da produção da saúde, que se reporta à perspectiva de vulnerabilidade e risco social, da cogestão de redes e da corresponsabilização, articuladas através do Projeto de Saúde do Território, e reafirmam a aposta na capacidade das pessoas para superação das contradições que permeiam as demandas sociais na saúde.

A redução da perspectiva comunitária ao território é o ponto comum na Saúde da Família. Seja pela lógica do planejamento, da participação, das redes, a noção de território é esvaziada de seu caráter social e se afirma na perspectiva do consenso e do empoderamento.

Evidencia-se que a tendência conservadora apontada na análise do processo de trabalho e da abordagem familiar também atinge a abordagem comunitária que, apartada da dimensão política, favorece o ajustamento e a harmonização da “comunidade”. A construção de perspectivas que privilegiam o enfoque individual, com esvaziamento político das demandas coletivas, se estabelecem como proposta “mediadora”, centrada na subjetivação, no autocuidado e na responsabilização individual.

A participação social, como esfera tão cara ao processo de democratização da saúde, é capturada pela lógica do consenso e das demandas institucionais. Contudo, em um sinal de resistência, também se registra o potencial da participação popular frente as contradições da política de saúde brasileira e chama à tomada de decisão em relação a defesa ou não do SUS e a importância de transformar motivos individuais em ações coletivas

Contrariando a expectativa de uma esfera marcada por práticas de controle social, a educação em saúde destaca-se pela possibilidade mobilizadora da educação popular em saúde. Aliás, foi nessa perspectiva que foi construído um caminho crítico de abordagem comunitária na luta pelo direito à saúde. Em que pese a forte referência a Paulo Freire e necessidade da construção de novos padrões de educação em saúde, fica evidenciada a influência das perspectivas da integralidade e da promoção da saúde e, assim, permeada pelo subjetivismo, individualismo e responsabilização.

A lógica que permeia a promoção da saúde, através do empoderamento, encontra na educação em saúde um lugar estratégico de difusão, que assim como nas abordagens familiar e comunitária, retoma a dimensão subjetivista e reforça a responsabilização sobre a condição de saúde. Essa perspectiva é reproduzida, em estratégias de educação em saúde apresentadas por alguns cursos como a metodologia problematizadora, a rodas de conversa e os grupos operativos.

Na esfera da educação em saúde, a educação permanente também recorre a metodologia de problematização do cotidiano como proposta de formação. No entanto, há que se questionar: como é possível problematizar o cotidiano de um serviço de saúde sem reconhecer as contradições societárias que determinam o processo saúde doença, a expectativa do direito, a configuração da política, o processo de trabalho, a família, a comunidade?

A análise do processo de formação de especialistas em Saúde da Família evidencia que há um posicionamento claro dos cursos em relação a disputa entre projetos de saúde e sociedade. O que inicialmente parecia obscurecido por uma proposta mediadora entre o político e o assistencial, é desvelado pelo exame da abordagem familiar e comunitária, seu foco de atenção. A multiplicidade de influencias e referenciais, longe de só revelar ecletismo, reafirmam uma direção social hegemônica na reprodução de uma lógica conservadora.

Ainda que haja a declaração de posicionamento de defesa do SUS, de seus princípios, e uma motivação para construção de novas práticas assistências, a medida em que estas ações passam a ser permeadas pelo processo de contrarreforma e de toda lógica neoliberal, sem mediações com as contradições societárias, conseqüentemente, há o favorecendo a lógica privatista. Não há neutralidade que se sustente em uma sociedade de classes!

O que queremos sustentar é que, ao alcançar a esfera cotidiana dos indivíduos e nela reproduzir a lógica da individualização, da subjetivação da vida social, da responsabilização, do (auto)cuidado, do empoderamento, legitima-se o projeto de minimização do Estado para o social e de maximização do Estado para o capital, que vem resultando no desmonte dos direitos sociais, na transferência de responsabilidades, no apassivamento dos conflitos sociais e no não questionamento e obscurecimento do processo de exploração capitalista da força de trabalho.

Por outro lado, a lógica do acolhimento, da humanização, da integralidade, da escuta, apartada das mediações societárias, em um **serviço que se efetiva como porta de contenção**, tende a responsabilizar os trabalhadores de saúde pela condução de processos que extrapolam suas possibilidades. As conseqüências da atuação voltada para as relações do espaço cotidiano, sem mediações com o conjunto dos trabalhadores, são o adoecimento e a desmobilização.

Como conseqüência desse processo, não há como não questionar o potencial mobilizador da Saúde da Família em torno da defesa da saúde como direito universal e a defesa do SUS, frente ao cenário de clara eminência de sua extinção ou esvaziamento, mesmo que a saúde possua um extenso potencial mobilizador, pois como demanda de reprodução da vida e da força de trabalho é capaz de construir mediações que atinjam diversas esferas da sociedade. Afinal, é possível afirmar que o processo de formação de especialistas analisado expressa um posicionamento da Saúde da Família que favorece o processo de contrarreforma na saúde, conseqüentemente, a lógica privatista.

Ainda sobre o processo de formação, há que se destacar uma importante constatação. A direção social assumida pelos cursos é formada no interior da Reforma Sanitária, referendada, formulada e explorada pela universidade e legitimada pelo Estado. Diferente de outros processos em que a direção vem de cima para baixo, dos formuladores para os executores, neste caso, a direção da política é referenciada pela produção dos próprios movimentos. Entretanto, é

fortemente influenciada, patrocinada, orientada, por recomendações de organismos internacionais que faz com que tenha ampla aceitação no âmbito governamental.

Por uma direção contra-hegemônica da abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família

No decorrer do processo de construção dessa tese, participamos de momentos de reflexões e trocas em eventos, congressos e uma questão sempre presente foi: com a crítica aos instrumentos de abordagem, qual é sua proposta para a construção de uma outra perspectiva?

Esse questionamento reflete a evidente necessidade de instrumentalização das abordagens em saúde, especialmente por ser tratar do eixo apresentado como central na Saúde da Família: a família e a comunidade.

Não nos cabe aqui a formulação de um novo método de abordagem familiar e comunitária, mas os dados da pesquisa apontam a necessidade de se construir novas mediações em uma direção crítica. Para isso, retomamos a realidade da família de Dona Alba, apresentada no primeiro capítulo. Certamente, em alguns momentos na leitura dessa tese, tenhamos nos reportado a essa família para imaginar como eles teriam sido atendidos nas perspectivas que analisamos.

Fica então uma pergunta: como podemos apreender a condição de saúde da família de Dona Alba em uma perspectiva crítica? A primeira afirmação que podemos fazer é que é preciso ir além da demanda imediata. Trata-se de uma situação que revela a condição de toda uma família, de toda uma comunidade, de uma classe social, que reflete diversas expressões da questão social na saúde. Trata-se, portanto, de apreender as demandas que são apresentadas no cotidiano dos serviços de saúde para além das demandas que se apresentam. Para isso, é preciso apreender que esta dinâmica é mediada e media o movimento societário dinâmico e contraditório, o que nos remete à articulação singular, particular, universal.

Quando atendemos a uma situação como essa, é preciso construir mediações para apreender a realidade, as demandas apresentadas em sua singularidade, e compreende-las em suas potencialidades pela mediação de suas particularidades, e articula-las às demandas societárias. Recupera-se aí a dimensão ontológica do homem, que em sua sociabilidade, pode desenvolver potencialidades em um

processo de emancipação, rompendo os limites do cotidiano e construindo mediações coletivas.

Na pluralidade de concepções de saúde que se apresentam hoje, é preciso resgatar aquela concebida no conjunto do processo de democratização da saúde no Brasil, a saúde como “resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes”. Resgate que só pode ser democratizado com o conjunto dos trabalhadores e trabalhadoras, usuários do SUS, se apropriado sem contradições e equívocos pelos profissionais de saúde/equipes multiprofissionais, favorecendo a defesa da saúde como direito e a defesa do SUS, como assegurado ainda na Constituição de 1988.

Compreender a realidade da família de Dona Alba, supõe vincular suas demandas às contradições de projetos societários e de saúde em disputa. Supõe o reconhecimento da questão social, das contradições do sistema capitalista, de como esta família se apropriou da riqueza produzida socialmente e qual seu papel na reprodução de uma ordem de produção.

E não basta apenas compreender como essa família “vive a experiência da miséria e da pobreza”, bem ao gosto do pensamento pós-moderno. É preciso pensar para além do fenômeno que está posto. Sem esse ponto de partida, não há como explicar a precariedade do local em que vivem, as condições de sobrevivência a que estão submetidos, a falta de acesso aos meios de trabalho e educação, a violência, o uso de drogas. Não há como apreender como as expressões da questão social atingem as famílias atendidas sem analisar as contradições societárias que as geram, tendo em vista superar a lógica da ajuda e do favor, frente à culpabilização e responsabilização.

Nesse sentido, é preciso trocar a lente com que se apreende a dinâmica da vida social. O que se coloca como necessidade não é o como fazer, de forma isolada, mas em que direção fazer. O que se apresenta como desafio no processo de formação em Saúde da Família é a direção social que define o método necessário à apreensão das condições de saúde como parte e expressão da totalidade social. Como vimos no exame do processo de trabalho, nossa ação expressa uma intencionalidade, uma direção social que vai influir na escolha de

nossos meios e recursos para a atividade. Nossos objetivos de intervenção são traçados na afirmação de uma determinada direção.

Assim, afirmamos que o método crítico dialético, em suas diversas possibilidades, possibilita uma abordagem que contemple as esferas da vida social. É possível imprimir uma direção crítica às ações no atendimento direto ao usuário, na consulta, na visita domiciliar, no grupo, no planejamento, na articulação da rede, no território, nas reuniões de equipe, no atendimento interdisciplinar, nos conselhos, na elaboração de políticas, nos movimentos sociais.

O ponto de partida é estabelecimento de uma direção ética de abordagem, voltada para o reconhecimento dos indivíduos como sujeitos de direito, respeitando sua autonomia, garantindo o sigilo, promovendo potencialidades. Esta posição redireciona a ação na busca por romper com práticas assistencialistas, moralizantes, controladoras, culpabilizadoras. Para isso, é preciso que haja clareza dessas posições e de suas consequências na vida dos sujeitos, para que se possa construir posturas de enfrentamento a práticas impregnadas no atendimento das políticas sociais. Nessa direção, o processo de trabalho passa a exigir do profissional uma postura mais do que mediadora, uma postura questionadora, articuladora, formadora!

No entanto, não há como construir enfrentamentos no cotidiano, sem posicionamentos institucionais, políticos, sociais. Diante das condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores da saúde, torna-se necessário vincular-se a projetos profissionais que representem perspectivas progressistas e democráticas. Nesse sentido, é preciso resgatar os espaços de participação, seja em conselhos e suas diversas instâncias, movimentos sociais populares, e nesta conjuntura, especialmente os Fóruns de Saúde e Frentes contra a privatização. O avanço do projeto privatista exige, além da mobilização profissional, articular junto à população a retomada das discussões sobre a saúde, os direitos sociais e as condições de vida e de trabalho.

Este é um momento que chama a Universidade, como espaço de formação e pesquisa, a dar respostas, à problematização da temática. Sendo este o espaço que se tem construído, referendado esta direção social na saúde, e particularmente na Saúde da Família, é preciso construir um movimento contra-hegemônico que possibilite o redirecionamento do processo de formação em saúde, em Saúde da Família em relação a abordagem familiar e comunitária. A retomada de vertentes e

recursos sistêmicos, funcionalistas e fenomenológicos na saúde é algo que precisa ser problematizado e questionado por meio de pesquisas, estudos, projetos e publicações.

A hegemonia de uma perspectiva conservadora na abordagem familiar e comunitária traz uma grande provocação ao Serviço Social. Como profissão que atua diretamente no atendimento as famílias e comunidades e tem no seu arcabouço profundas formulações e análises das consequências dessas abordagens nas políticas sociais, o Serviço Social pode trazer contribuições expressivas para o redirecionamento da direção presente nesses cursos.

Os assistentes sociais ocupam hoje diversas instancias do trabalho na Saúde da Família, desde a composição de equipes do NASF, até equipes de formação, educação permanente e gestão, e tem sido uma categoria presente nas Residências Multiprofissionais. Para além do Serviço Social, outras áreas também possuem formulações críticas e podem, em aliança, contribuir para a construção de uma abordagem que não esteja referenciada na prática médica.

A fragilidade do processo de formação constatada no conteúdo dos cursos também alerta para a necessidade de construção de conteúdos críticos sobre formação social do Brasil, política social, política de saúde, que forneçam elementos para análise e intervenção em saúde na atual conjuntura. Um conteúdo essencial é a disciplina de família, que precisa ser situada nas contradições da política social, para que sua centralidade seja questionada e não referendada. É preciso incluir também temas que abordem temas que contribuam para a ruptura de preconceitos, construção e reafirmação de direitos, com respeito a suas configurações, seus limites e potencialidades, autonomia, leitura ampliada das relações de gênero, raça, violência doméstica, direitos de diversidade sexual.

Da mesma forma, o conteúdo sobre comunidade, deve retomar a análise crítica do processo de “ocupação dos territórios” para que esse possa ser usado em favor da melhoria das condições de vida dos sujeitos e possa subsidiar os processos reivindicatórios. O fortalecimento da perspectiva comunitária passa, necessariamente, pela recuperação do potencial da participação popular e dos conselhos de política e de direitos como instancias questionadoras e deliberativas.

Na construção de uma proposta contra-hegemônica da abordagem familiar e comunitária, há a expectativa da proposição de ferramentas, instrumentos operacionais que auxiliem na condução do trabalho. Não se trata aqui somente da

construção de novos instrumentais e sim redirecioná-los, quando necessária à sua utilização, na direção social desejada. No Serviço Social, temos um claro exemplo disso. Os instrumentos utilizados no exercício profissional dos assistentes sociais são os mesmos desde o início: entrevista, visita domiciliar, relatórios, laudos, pareceres, trabalho em grupos. A mudança estratégica veio na direção social em que estes instrumentos são utilizados na perspectiva do projeto ético político construído na reformulação e sua vinculação à perspectiva crítica.

Um horizonte imediato, mas que possibilita mediações mais amplas é a perspectiva de direitos. Não sendo um fim em si mesmo, a defesa dos direitos sociais é hoje, novamente, um passo essencial para se construir possibilidades de um horizonte emancipatório, com ruptura da direção social em curso. Em um contexto de desmonte de direitos sociais, atrelado à perspectiva de transferência de responsabilidade, há que se tomar como referência a perspectiva de direitos e emancipação e questionar: em quais direitos essa família/comunidade está sendo negligenciada? Como a falta de acesso a esses direitos determinam suas condições de saúde? Quais as estratégias para que direitos possam ser acessados, construídos e defendidos?

Neste caso, se buscarmos referência em uma metodologia já amplamente utilizada na Saúde da Família, temos na metodologia problematizadora um referencial que permite construir a articulação teoria / prática / teoria que, mediada pelo método crítico dialético, possui potencialidades críticas. Este movimento de apreensão da realidade, construção de uma análise crítica que indicam as possibilidades de encaminhamento, possibilita uma abordagem familiar e comunitária em suas contradições.

A construção de projetos terapêuticos, tanto para no plano individual (PTS) como no território (PST), é uma ferramenta que também possui um potencial articulador da equipe e pode ser construído em uma perspectiva de totalidade.

Da mesma forma, outros instrumentos tão particulares da Saúde da Família como a visita domiciliar, a territorialização e a educação em saúde, precisam romper com o viés fiscalizatório e controlador e se apropriar do seu potencial de reconhecimento da realidade social, das contradições e demandas existentes, e da possibilidade de construção de processos reflexivos que potencializem o acesso à informação e à organização coletiva.

Nessa direção, a família de Dona Alba deve ser atendida considerando que “os problemas de proteção social não estão restritos às famílias e suas soluções extrapolam as possibilidades individuais, o que torna necessário acesso à renda, acesso aos serviços de caráter universal e de qualidade, com desenvolvimento de ações na avaliação e proposição de políticas públicas, na organização e articulação de serviços e no atendimento às famílias em sua singularidade” (MIOTO, 2010, p. 61).

Em outra perspectiva, certamente esta seria mais uma família desestruturada, disfuncional, com os ciclos de vida comprometidos. Figuraria como mais uma família poliqueixosa e problemática, ou então criminalizada pela vivência de situações de violência e apontada como negligente com suas crianças. Se a resposta para o enfrentamento dessas situações depende de motivação pessoal, logo receberiam o rótulo de depressivos, dependentes, como uma família que “não responde” e logo seriam alvo apenas de atendimento de situações emergenciais. As questões comunitárias, como a coleta de lixo e saneamento básico, poderiam ser encaminhados com um mutirão, por uma ONG ou um projeto social.

Para além do atendimento emergencial de Dona Alba, o acompanhamento a esta família deve ser realizado na perspectiva de garantia de acesso à moradia digna, ao saneamento básico, aos programas de transferência de renda e proteção social, ao trabalho, à creche, a documentos, a medicamentos, ao atendimento de saúde mental. Logo se reconhece que estes são sujeitos dotados de capacidades, potencialidades e autonomia, que devem ser respeitados em sua história, decisões, opções, mas também provocados a se mobilizar, organizar, participar!

A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família, assim como toda atuação na área da saúde, na perspectiva do direito universal e dever do Estado, deve contribuir para que situações como a família de Dona Alba sejam superadas, o que aponta para o compromisso com o “processo de construção de nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero”, como consta do Código de Ética do assistente social brasileiro!

Saúde não é mercadoria!

(Frente Nacional contra a privatização da Saúde)

REFERÊNCIAS

ABREU, Maria Helena Elpidio. Território e política social no contexto do socialliberalismo no Brasil. *Anais do 4º Encontro Internacional de Política Social e 11º Encontro Nacional de Política Social Vitória (ES, Brasil)*, 6 a 9 de junho de 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/EINPS/article/view/13007/9443>. Acesso em 10/09/2016.

ACIOLI, Sonia. *A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública*. Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS; Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ. In: Revista Brasileira de Enfermagem, REBEN. Brasília, 2008. Disponível em: file:///E:/UNASUS/UERJ/Processo%20de%20Trabalho/course_files/bibliografia_basica/Semana_2_A_pratica_educativa.pdf. Acesso em 05/10/2015.

AGOSTINHO, Manuela. *Ecomapa*. Dossier Família. 2007. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/45025984/Eco-Ma-Pa>>. Acesso em: 05 set. 2016.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, Botucatu, n.16, v. 9, p. 39-52, 2005.

AMMANN, Safira Bezerra. *Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil*. 12ª edição. São Paulo, Cortez, 2013.

ANDRADE, Elizabeth Nogueira de, ANDRADE, Edson de Oliveira. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura, *Revista Bioética*, 2010; 18 (1): 61 – 74.

ANDERSON, Maria Inez Padula. *Abordagem familiar na estratégia saúde da família*. Ferramenta para o cuidado integral à saúde. Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS; 2015. Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/UERJ/Abordagem%20familiar/Abordagem%20Familiar%20aula%203.pdf>. Acesso em 09/11/2015.

ANDERSON, Maria Inez Padula. *Desenvolvimento do Programa Saúde da Família*. Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS; Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ, 2009. Disponível em: file:///E:/UNASUS/UERJ/Atenção%20Primária/DISC1_Sem2_APS1_SF_Maria_Inez_Padula%20aula%20.pdf. Acesso em 02/06/2016.

ANDERSON, Maria Inês Paula, FAVORETO, Cesar Augusto O. *Abordagem Centrada na pessoa*. Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS; Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ. 2015. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/UERJ/Abordagem%20centrada%20na%20pessoa/Texto%20Abordagem%20Centrada%20na%20Pessoa%20-%20CAP%20I.pdf>. Acesso em 09/11/2015.

- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E; GEMTILI, P. (orgs). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo de trabalho*. 15ª edição. São Paulo, Cortez, 2011.
- ARIÈS, Philippe. *História social da infância e da família*. Tradução: D. Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 1978.
- AROUCA, Sérgio. *Saúde na constituinte: a defesa da emenda popular: Saúde em Debate*. n. 20, p. 39-46, abril, 1988.
- AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- ATHAYDE, E.S, GIL, C.R.R. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.6, n.2, p.13-22, jun, 2005. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude> Acesso em: 10. fev, 2008.
- BACELLAR, Anita; ROCHA, Joana Simielli Xavier; FLOR, Maira de Souza. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. *Rev. NUFEN*, São Paulo , v. 4, n. 1, p. 127-140, jun. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 ago. 2016.
- BARROCO, Maria Lúcia. Lukács e a crítica do irracionalismo: elementos para uma reflexão sobre a barbárie contemporânea. In: ROIO, Marcos Del (Org.). *György Lukács e a emancipação humana*. São Paulo: Boitempo, FAPESP, 2013.
- BATISTA, Alfredo. Reforma do Estado: uma prática histórica de controle social. *Serviço Social e Sociedade*, n. 6, p-63-90, 1999.
- BEHRING, Elaine Rossetti. *Política Social no capitalismo tardio*. São Paulo, Cortez, 2002.
- BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contrarreforma: desestruturação do estado e perda de direitos*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. 3ª ed. São Paulo, Cortez, 2007.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 2, n. 2, p. 139-154, Feb. 1998 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831998000100008>.

BERLINGUER, Giovanni. *Ética da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

BERTOLOZZI, Maria Rita et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1326-1330, Dec. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600031&lng=en&nrm=iso>.access on 03 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em: 19 de maio de 2010.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (F.H. Cardoso), 1995. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRAVERMAN, Harry. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. Rio Janeiro, LTC, 1987.

BRAVO, Maria Inês Souza. Principais marcos e características da atenção à saúde nos países centrais. *Em Pauta*. Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, n.13, 1998. p. 117-140.

_____. *Serviço social e reforma sanitária: lutas e práticas profissionais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). *Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 88-110.

_____. *Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo, Cortez, 2013.

_____. Políticas Públicas de Saúde: impasses e perspectivas à universalização do atendimento. *R. Pol. Públ.*, São Luís, v. 20, n 1, p.221-231, jan./jun. 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Reforma sanitária e o Projeto ético político do serviço social: elementos para o debate. In: Bravo, M. I. S.(org). *Saúde e Serviço Social*. Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 25-48.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate Política de Saúde no Brasil. In: *Serviço Social e Saúde*. Ana Elizabete Mota et al. (Org). São Paulo, OPAS, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. Participação popular e controle social na saúde. In: *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Bravo e Menezes (Org). Rio de Janeiro, UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; SOUZA, Rodriane Oliveira. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. In: *Ser Social*. Revista do Programa de Pós Graduação em Política Social, n. 10, UNB, 2002.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. *Participação*. Universidade Federal de São Paulo. Curso de Especialização em Saúde da Família. PAB 5. Ana. Disponível em: file:///E:/UNASUS/Unifesp/PAB/PAB5/unidade05.pdf. Acesso em: 11/08/2015.

BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. (Org.). *Enfermagem e saúde do adulto*. São Paulo: Manole, 2006.

BRÊTAS, A.C.P., OLIVEIRA E.M. Interseções entre as áreas de conhecimento da gerontologia, da saúde e do trabalho: questões para reflexão. *Saúde e Sociedade*, São Paulo. 1999. ago/dez; 8(2), 59-82.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. 12. ed. Petrópolis, Vozes, 1991.

BORDENAVE, J. D. *O processo de aprender e ensinar no trabalho*. Rio de Janeiro: [s.n], 1996.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>.

CAMPOS, Marta Silva. O casamento da política social com a família: feliz ou infeliz? In: *Familismo, direito e cidadania: contradições da política social*. MIOTO, Regina Célia Tamasso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria (orgs.) São Paulo, Cortez, 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações dos modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo, Hucitec, 1997. p. 197-228.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 4, p. 393- 404, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: *Saúde Paidéia*. CAMPOS, G. W. de S. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface* (Botucatu) Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2016.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. 2.ed. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1982.

CARNEIRO, Thaísa Simplício; VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio. *Família e políticas sociais: o Saúde da Família posto em questão*. In: III Jornada Internacional de políticas públicas questão social e desenvolvimento no século XXI. Universidade Federal do Maranhão Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. São Luiz, 2007.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Famílias: conversas sobre políticas pública e práticas. In: *Família Contemporânea e Saúde: práticas e políticas*. TRAD, Leny A. Bomfim (org.). Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2010.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007>.

CASTEL, Robert. Sociólogo francês Robert Castel, autor de *Les metamorfoses de la question sociale*. **Folha de São Paulo**, 26 de fe. de 1995. Caderno Mais, p. 6-7. Entrevista concedida a Jane Russo e Maria da Glória Ribeiro da Silva.

_____. *As metamorfoses da questão social*. Uma crônica do salário. Petrópolis, Vozes, 1998.

CASTEL, Robert. As metamorfoses do trabalho. In: FIORI, J.L.; LOIURENÇO, M.S.; NORONHA, J.C. *Globalização: o fato e o mito*. Rio de Janeiro: UERJ, 1998, p. 147, 163.

CASTEL, Robert. As transformações da questão social. In: YAZBEK, M.C., BOGUS, L.; BELFIORE Wanderley, M. (orgs.). *Desigualdade e questão social*. 2ª edição. São Paulo: EDUC, 2000, p.235-264.

CASTEL, Robert. As armadilhas da exclusão. In: YAZBEK, M.C., BOGUS, L.; BELFIORE Wanderley, M. (orgs.). *Desigualdade e questão social*. 2ª edição. São Paulo: EDUC, 2000, p. 17-50.

CASTELLANOS, Pedro L. *Sobre o Conceito de Saúde-doença. Descrição e Explicação da Situação de Saúde*. Boletim Epidemiológico, Organização Pan-Americana de Saúde, v.10, n.4, p.25-32, 1990.

CASTELO, Rodrigo. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 112, p. 613-636, Dec. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000400002>.

CASTIEL, Luis David Castiel. Utopia/atopia - Alma Ata, Saúde Pública e o “cazaquistão”. *Revista Inter. Interdisc. INTERthesis*, Florianópolis, v.9, n.2, p. 62-83, Jul./Dez. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/viewFile/1807-1384.2012v9n2p62/23515>. Acesso em: 30/07/2016.

CASTRO, Marina Monteiro Castro de. *Humanização em Saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica*. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Serviço Social. Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro, 2015.

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. *Nota pública Cobertura Universal de Saúde*.15/08/2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/08/nota-consulta-publica-cobertura-universal-da-saude-da-omsopas-no-brasil/>. Acesso em: 30/07/2016.

CISNE, Mirla. *Feminismo e consciência de classe no Brasil*. São Paulo, Cortez, 2014.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. A agenda conservadora para a saúde no Brasil. In: *A onda conservadora: ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil*. DEMIER, Felipe (orgs). Rio de Janeiro, Mauad, 2016.

CHAPADEIRO, Cibele Alves; ANDRADE, Helga Yuri Silva Okano; ARAÚJO, Maria Rizoneide Negreiros de. A família como foco da Atenção Básica à Saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. 94p. Disponível em: [file:///E:/UNASUS/UFMG/6%20Família/família%20\(2\).pdf](file:///E:/UNASUS/UFMG/6%20Família/família%20(2).pdf). Acesso em: 08/11/2015.

CHESNAIS, François. *A mundialização do capital*. São Paulo, Xamã, 1996.

CHORNY, Adolfo H.; KUSCHNIR, Rosana; TA VEIRA, Maura. *Planejamento e programação em saúde: texto para fixação de conteúdos e seminário*. Ministério da saúde, FIOCRU Z, 2008. Disponível em: <http://goo.gl/6Nce7Q>. Acesso em: 22 jan. 2014.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. *Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares*. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.

CORREIA, Marcus Orione Gonçalves. Por uma crítica imanente sobre os limites das políticas públicas de direitos sociais e o Estado na produção do bem comum no modo de produção capitalista. *Saúde soc.* [online]. 2015, vol.24, suppl.1, pp.55-65. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01005>.

CORREIA, Maria Valéria Costa. EBSERH: Lutas e resistências à lógica mercantil nas universidades. In: *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização*. Bravo, M.I.S; MENEZES, J.S.B. (orgs).. Rio de Janeiro, UERJ, Rede Sirius, 2014.

CORREIA, Maria Valéria Costa. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. *Revista Temporalis I*, Brasília, n. 07, 2007.

CORREIA, Maria Valéria Costa; MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade Medeiros. As bases da Promoção da Saúde nas Conferencias Internacionais e a Reforma Sanitária brasileira: concepção do processo saúde e doença em questão. In: *Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS*. COSTA, Dalva Horacio (orgs). São Paulo, Hucitec, 2014.

CORREIA, Adélia Delfina da Motta S. [et al.]. (ORGs). Princípios Gerais da Estratégia de Saúde da Família. In: *Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família*, 2011, vol. 2 / P769. Correia...[et al.]. (ORGs) – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010a. Disponível em:file:///E:/UNASUS/UFMS/SAUDE%20DA%20FAMILIA/Políticas_Públicas_de_Saúde_Vol_2.pdf. Acesso em: 08/11/2015

CORREIA, Adélia Delfina da Motta S. [et al.]. (ORGs). Princípios Gerais da Estratégia de Saúde da Família. In: *Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família*, 2010, vol. 2 / P769. Correia...[et al.]. (ORGs) – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010b. Disponível em:file:///E:/UNASUS/UFMS/SAUDE%20DA%20FAMILIA/Políticas_Públicas_de_Saúde_Vol_2.pdf. Acesso em: 08/11/2015

COSTA, Liana Fortunato. A perspectiva sistêmica para a Clínica da Família. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 26, n. spe, p. 95-104, 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000500008&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000500008>.

COSTA, Ana Cleide Mineu; PINHO, Judith Rafaelle Oliveira (Org.). *Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família: o planejamento como instrumento de gestão*. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA / - São Luís, 2014a.
Disponível em: <file:///E:/UNASUS/UFMA/Saúde%20da%20Família/Processo%20de%20Trabalho/Mod4.Un1.pdf>. Acesso em: 09/11/2015

COSTA, Ana Cleide Mineu; PINHO, Judith Rafaelle Oliveira (Org.). *Planejamento estratégico*. UNA-SUS/UFMA. / - São Luís, 2014b Disponível em: <file:///E:/UNASUS/UFMA/Saúde%20da%20Família/Processo%20de%20Trabalho/Mod4.Un1.pdf>. Acesso em: 09/11/2015.

COUTINHO, Carlos Nelson. *A dualidade de poderes: introdução à teoria marxista de estado e revolução*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político*. Rio de Janeiro, Campus, 2007.

COUTINHO, Carlos Nelson. Introdução. In: GRAMISCI, Antônio. *O leitor de Gramsci: escritos escolhidos 1916-1935*. COUTINHO, Carlos Nelson (org). Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2011.

CRAWFORD, R. *You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming*. Intern Journ Health Serv 1977; 7(4): 663-80.

CRUZ NETO O, Moreira MR, Sucena LFM, Marins RS. *Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.

CZERESNIA, Dina; MACIEL, Elvia Maria Godinho Seixas; OVIEDO, Rafael Antonio Malagon. *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013. 119p.

DAL PRÁ Keli Regina, MINELLI, Daniela Schwabe; MARTINI, Débora; FETZNER, Renata da Rosa Turatti, FONTANA, Karine Cardoso. *O Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de atenção primária à saúde*. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 9(2), 91-103, jun, 2015. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1602>. Acesso em: 30/05/2016.

DE CARLI, Alessandro Diogo; ZARATE, Cibele Bonfi m de Rezende Zárate Paulo Zárate Pereira Grasiela De Carli Edilson José Zafalon Valéria Rodrigues de Lacerda. Promoção da Saúde e Intersetorialidade na Abordagem Familiar. In: *Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família*, vol. 1 / p.769 Adélia Delfina da Motta S. Correia...[et al.]. (ORGs) – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011. 187 p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/.../A%20Família%20e%20Educação.pdf>. Acesso em: 08/11/2015.

DELZIOVO; Carmem Regina; PEDEBÔS, Lucas Alexandre; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. *Clínica ampliada*. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Carmem Regina Delziovo; Lucas Alexandre Pedebôs; Rodrigo Otávio Moretti-Pires. – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/UFSC/Atenção%20Básica/Clinica%20Ampliada.pdf>. Acesso em: 09/11/2015.

DEMARZO, Marcelo Marcos; ZILBOVICIUS, Piva Revisão de Celso; GONÇALVES, Daniel Almeida. *Reorganização dos sistemas de saúde*. Universidade Federal de São Paulo. Curso de Especialização em Saúde da Família. PAB 5... São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, 2014. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/Unifesp/PAB/PAB5/unidade02.pdf>. Acesso em: 11/08/2015.

DEMIER, Felipe Abranches. Nas ruas por direitos: a resposta popular às contrarreformas da democracia blindada brasileira. In: *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização*. Bravo, M.I.S; MENEZES, J.S.B. (orgs). Rio de Janeiro, UERJ, Rede Sirius, 2014.

DEMIER, Felipe. O barulho dos inocentes: a revolta dos “homens de bem”. In: *A agenda conservadora para a saúde no Brasil*. In: *A onda conservadora: ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil*. DEMIER, Felipe (orgs). Rio de Janeiro, Mauad, 2016.

DITTERICH, Rafael Gomes; GABARDO, Marilisa Carneiro Leão; MOYSES, Samuel Jorge. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n3/15.pdf>. Acesso em: 15/09/2014.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. *Medicina e Estrutura Social. Saúde e Sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

DONATO, Ricardo. *Novos Paradigmas em Saúde*. Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS; Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ.2015. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2496>. Acesso em 09/11/2015.

DURKHEIM, Émile. *Da divisão do trabalho social*. A divisão do trabalho anômica, Cap. I. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ENGELS, Friedrich. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. 3ª Edição. São Paulo, Expressão Popular, 2012.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990. In: *Política e Sistema de Saúde no Brasil*. GIOVANELLA, Ligia (org.). 2ª edição. rev. e amp. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. *As três economias políticas do welfare state*. Lua Nova, São Paulo, n. 24, Sept. 1991. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. *Capacitação em serviço social*: módulo 3. Brasília: UNB, 2000. p. 43-56.

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. *Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil*. R. RA'É GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR

FARIA, Horácio Pereira de et al. *Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde*. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte, 2010. 67p. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/UFMG/2%20Modelos%20assistenciais/modelos%20assistenciais.pdf>. Acesso em 01/06/2016.

FARIA, Horácio Pereira de et al. *Processo de trabalho em saúde*. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p. Disponível em : [file:///E:/UNASUS/UFMG/3%20Processo%20de%20Trabalho/processo%20de%20trabalho%20em%20saude%20\(1\).pdf](file:///E:/UNASUS/UFMG/3%20Processo%20de%20Trabalho/processo%20de%20trabalho%20em%20saude%20(1).pdf) . Acesso em 08/11/2015.

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. *Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil*. R. RA'É GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR.

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al . Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1869-1878, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

FERNANDES, C. L. C.; CURRA, L. C. D. Ferramentas de Abordagem da Família. In: *PROMEF: Programa de Atualização em Saúde da Família*. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006. Ciclo 1, Módulo 1, Capítulo 1, p. 15.

FERNANDES, Florestan. *A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. 2ª edição. Rio de Janeiro, Zaar, 1976.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização nas linhas do cuidado. In: *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. et al (org). São Paulo: HUCITEC, 2003, p.125-134.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. *A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS*. Universidade Federal de São Paulo. Curso de Especialização em Saúde da Família. PAB 5. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, 2014. file:///E:/UNASUS/Unifesp/PAB/PAB5/unidade06%20(1).pdf. Acesso em 11/08/2015.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

GAMA, Andrea de Souza. *Trabalho, Família e Gênero: impactos dos direitos do trabalho na educação infantil*. São Paulo, Cortez, 2014.

GARCIA, Paola Trindade (Org.) *Saúde e sociedade: como entender a saúde*. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA / - São Luís, 2014a. 21f. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/UFMA/Atenção%20Básica/Unidade%201.pdf>. Acesso em: 09/11/2015.

GARCIA, Paola Trindade Paola, PINHO, Judith Rafaelle Oliveira (Org.) *Saúde e sociedade: Estratégias de apoio às Equipes de Saúde da Família*. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA / - São Luís, 2014. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/UFMA/Atenção%20Básica/Unidade%204.pdf>. Acesso em: 09/11/2015.

GARCIA, Paola Trindade (Org.). *Saúde e sociedade: o processo de construção do SUS*. Universidade Federal do Maranhão/ UFMA. UNA-SUS/ /Paola Trindade Garcia (Org.). - São Luís, 2014b. 17f. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/UFMA/Atenção%20Básica/Unidade%202.pdf>. Acesso em: 09/11/2015.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, n.22, jun, 2006.

GIOVANELLA, Ligia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5):951-963, mai, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n5/08.pdf>. Acesso em 30/06/2016.

GIOVANELLA, Ligia, *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?* Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: *Política e Sistema de Saúde no Brasil*. GIOVANELLA, Ligia (org.). 2ª edição. rev. e amp. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim et al. *Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação*. *Saúde soc.* [online]. 2008, vol.17, n.1, pp. 143-152. ISSN 0104-1290.

GONCALVES, Reinaldo. Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 112, p. 637-671, Dec. 2012. Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000400003&lng=en&nrm=iso>. Access on 12 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000400003>.

GONÇALVEZ, Daniel Almeida; FIORE, Maria Luiza de Matos. *Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial*. Universidade Federal de São Paulo. Curso de Especialização em Saúde da Família. PAB 5. 2014. I. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/Unifesp/PAB/PAB5/unidade14.pdf>. Acesso em 11/08/2015.

GRAMSCI, Antônio. *Cadernos do Cárcere*. Volume 1. Edição e Tradução: Coutinho, Carlos Nelson, coedição Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira, 7ª edição. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2014.

GRAMSCI, Antônio. *Cadernos do Cárcere*. Volume 1. Edição e Tradução: Coutinho, Carlos Nelson, coedição Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira, 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GRAMSCI, Antônio. *Cadernos do Cárcere*. Volume 2. Edição e Tradução: Coutinho, Carlos Nelson, coedição Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira, 4ª edição. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2001.

GRAMSCI, Antônio. *Cadernos do cárcere*. Volume 3. Edição e Tradução: Coutinho, Carlos Nelson, coedição Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GRAMSCI, Antônio. *Cadernos do Cárcere*. Volume 4. Edição e Tradução: Coutinho, Carlos Nelson, coedição Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira, 4ª edição. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2014.

GRAMSCI, Antônio. *Cadernos do Cárcere*. Volume 6 Edição e Tradução: Coutinho, Carlos Nelson, coedição Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira, 2ª edição. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2011.

GRAMSCI, Antônio. *O leitor de Gramsci: escritos escolhidos 1916-1935*. Coutinho, Carlos Nelson (org).. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2014.

GRANEMANN, Sara. Fundações estatais: projeto de estado do capital. *Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para saúde*. BRAVO, M.I. (Org.) 2. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2008.

- GRUPPI, Luciano. *Conceito de hegemonia em Gramsci*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- GUALDA, D. M. R; BERGAMASCO, R. *Enfermagem cultura e o processo saúde-doença*. São Paulo: Ícone, 2004.
- GUERRA, Yolanda. A questão da razão em Weber. *Revista Serviço Social e Sociedade*, nº 42. São Paulo, Cortez, 1993.
- GUERRA, Yolanda. Expressões do pragmatismo no Serviço Social: reflexões preliminares. *Revista Katalysis*, 2013.
- HAINES, A; HORTON, R; BHUTTA, Z. *Primary health care comes of age. Looking forward to the 30th anniversary of Alma-Ata: call for papers*. The Lancet. 370 (9591): 911-913, 2007.
- HABERMAS, J. *Técnica e Ciência como Ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1994.
- HABERMAS, J. *Teoría de la Acción Comunicativa*, I. Espanha: Taurus, 2001.
- HARVEY, David. *O novo imperialismo*. Edições Loyola, 2004.
- HARVEY, David. *A produção capitalista do espaço*. São Paulo, Annablume, 2005.
- HARVEY, David. *O neoliberalismo: história e implicações*. São Paulo, Edições Loyola, 2005.
- HARVEY, David. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. Edições Loyola, 2012.
- HARVEY, David. *Condição Pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo, Loyola, 2012.
- HELLER, Agnes. *Sociologia de la Vida Cotidiana*. Barcelona: Pennsula, 1991.
- HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história*. São Paulo, Paz e Terra, 2009.
- HUBNER, Luiz Carlos Moreira; FRANCO, Túlio Batista. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 173-191, Apr. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100010>.
- HINDS, Selma Cardoso e Silva, CÁRDENAS, Mônica Catalina Baeza. *Introdução à Terapia Comunitária Integrativa um recurso para acolher a população*. Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS; Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ. 2015. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/UERJ/Terapia%20Comunitária/Terapia%20Comunitária%20introdução.pdf>. Acesso em: 05/11/2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. A questão social no capitalismo. *Temporalis*, n.3, jan./jul, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 13ª edição. São Paulo, Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil; esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 34ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IANNI, Otávio. *O pensamento social no Brasil*. Bauru, EDUSC, 2004.

KELL, Maria do Carmo Gomes; SHIMIZU, Helena Eri. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1533-1541, June 2010. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700065&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700065>.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, Aug. 2010. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso>. access on 15 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. access on 15 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

LACERDA Catarina; Josimari Telino de; MORETTI-PIRES Rodrigo Otávio. *Processo de trabalho na atenção básica* [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.– Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/UFSCtenção%20Básica/Processo%20de%20Trabalho.pdf>. Acesso em: 09/11/2015.

LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document: health and welfare*. Canadá. Ottawa: 1974.

LABONTE, R, Penfold S. *Canadian perspectives in health promotion: a critique*. *Health Education*, 1981; 19(3/4): 4-9.

LABONTE, R. *Health promotion and empowerment: practice frameworks*. Centre for Health Promotion. Toronto: 1993.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Ligia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: *Política e Sistema de Saúde no Brasil*. GIOVANELLA, Ligia (org.). 2ª edição. rev. e amp. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

LOBO, Liliane; BERNARDO, Maria Elizabete; LIMA, Valéria. *Limites e possibilidades da inserção do assistente social na saúde da família em Itajubá-MG*. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Presidente Antônio Carlos-UNIPAC. Itajubá, 2009.

LUKÁCS, George. *As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem*. Temas de Ciências Humanas, tradução de Carlos Nelson Coutinho, São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, n. 4, p. 1-18, 1978.

LUHMANN, N. The autopoiesis of social systems. In: GEYER, F.; ZOUWEN, J. (Org.). *Sociocybernetic Paradoxes*. London: Sage, 1986.

LUHMANN, N.; DE GIORGI, R. *Teoría de la Sociedad*. Guadalajara: Universidadde Guadalajara, 1993.

MACHADO, Adriana Germano Marega; WANDERLEY, Luciana Coutinho Simões. *Educação em Saúde*. Universidade Federal de São Paulo. Curso de Especialização em Saúde da Família. PAB 5. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, 2014. file:///E:/UNASUS/Unifesp/PAB/PAB5/unidade08.pdf. Acesso em 11/08/2015.

MACHADO, Heloisa Beatriz; SOPRANO Arlete Teresinha Besen, MACHADO, Carolina. LUSTOSA, Ana Cristina Ponchielli; LIMA, Melissa Horvath; MOTA, Ana Carolina Gomes. Identificação de riscos na família a partir do genograma. *Família, Saúde Desenvolvimento*. Curitiba, v.7, n.2, p.149-157, maio/ago, 2005. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/refased/article/view/8042>. Acesso em: 15/10/2015.

MARTINELLI, Maria Lúcia. *Serviço Social, identidade e alienação*. 16ª edição. São Paulo, Cortez, 2011.

MARX, Karl. *Capítulo VI – Inédito de O capital: resultados do processo de produção imediata*. São Paulo: Moraes, 1985.

MARX, Karl. *Manuscritos econômicos e filosóficos outros textos escolhidos*, 4. ed. São Paulo: nova cultural, 1987. p. 188. (coleção os pensadores).

MARX, Karl. *Grundrisse: manuscritos econômicos e filosóficos de 1857-1858: esboço da crítica da economia política*. Tradução Duayer, Mario; Schneider, Nélío. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2011a.

MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política: Livro I*. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. – 29º ed, Livro I, 2v. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011b.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *Manifesto do Partido Comunista*. Estud. av., São Paulo, v. 12, n. 34, p. 7-46, 1998.

MARX, Karl, ENGELS, Friedrich. *A ideologia Alemã. Teses sobre Feuerbach*. São Paulo, Centauro, 2002.

MATTOS, Ruben Araujo de. *A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, Oct. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n.3, jun. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2009.

MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*, 1979. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979.

_____. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos)

_____. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Os governos do Partido dos Trabalhadores e as políticas sociais: “nada de novo no front”. In: *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização*. Bravo, M.I.S; MENEZES, J.S.B. (orgs). Rio de Janeiro, UERJ, Rede Sirius, 2014.

MERHY, Emerson Elias. *O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social. UNICAMP, 1994.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: *Agir em Saúde: um desafio para o público*. MERHY, Emerson Elias & ONOCKO, Rosana. (Orgs.) São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. MERHY, E. E. et al São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998. p.103-120.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. et al; O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; Hucitec, São Paulo, 2003.

MERHY, E. E. & CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: *Agir em Saúde: um desafio para o público*. MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.). São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. & Franco, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. In *Saúde em Debate*, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MERHY, Emerson Elias; Cecílio, Luís Carlos de Oliveira; Nogueira Filho, Roberto Costa. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde debate*;(33): 83-9, dez. Rio de Janeiro, 1991.

MIOTO, Regina Célia Tomasio. Família e políticas sociais. In: *Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas*. BOSCHETTI, Ivanete (org.). 2ª ed. São Paulo, Cortez, 2009.

MIOTO, Regina Célia Tomasio. A família como referência nas Políticas Públicas. In: *Família Contemporânea e Saúde: práticas e políticas*. TRAD, Leny A Bomfim (org.). Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2010.

_____. Família e assistência social: subsídios para o debate do trabalho dos assistentes sociais. In: *Família & Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas*. DUARTE, Marco José de Oliveira; ALENCAR, Monica Maria Torres (ORGS) Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2013.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; DEL PRÁ, Keli Regina. Serviços Sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: *Familismo, direito e cidadania: contradições da política social*. MIOTO, Regina Célia Tamasso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria (orgs.) São Paulo, Cortez, 2015.

MIRANDA, Fernanda Alves Carvalho de; COELHO, Elza Berger Salema Carmem; MORÉ, Leontina Ojeda Ocampo. *Projeto terapêutico singular*. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/UFSC/Atenção%20Básica/Projeto%20Terapeutico%20Singular.pdf> f. Acesso em: 09/11/2015.

MOREIRA, Virginia. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estud. psicol.* Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011>.

MOTA, Ana Elizabete. *Seguridade social: cultura da crise e seguridade social um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 2000.

MOTA, Ana Elizabete. A centralidade da assistência social na seguridade social brasileira nos anos 2000. In: *O mito s assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade*. MOTA, Ana Elizabete (org). São Paulo, Cortez, 2010.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. *Estado, classe e movimento social*. (Biblioteca Básica do Serviço Social). 3ª edição. São Paulo, Cortez, 2011.

MONTEIRO, Simone Rocha da Rocha Pires. O marco conceitual da vulnerabilidade social. *Sociedade em Debate*, Pelotas, 17(2): 29-40, jul.-dez./2011. Disponível em: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/695>. Acesso em 15/09/2016.

MUNIZ, Vinícius de Oliveira. *Abordagem familiar: avaliação da utilização de seus instrumentos em um município do noroeste capixaba*. Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família, 2012.

NARVAI, P. C. et al. Práticas de saúde pública. In: *Saúde pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu, 2008, p.269-297.

NETTO, José Paulo. *Razão, ontologia e práxis*. Revista Serviço Social e Sociedade, nº 44, ano XV. São Paulo, Cortez, 1994.

_____. Cinco notas a propósito da questão social. *Temporalis*, 2.ed. n. 3, jan/jul, 2001.

_____. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social pós 64*. 11ª edição. São Paulo, Cortez, 2007.

_____. Introdução ao método na teoria social. In: *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009.

NETTO, José Paulo. *Introdução ao método na teoria social*. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009.

NETTO, José Paulo. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. 8ª ed. São Paulo, Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. *Economia Política: uma introdução à crítica*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NUNES, Everardo Duarte. Juan César García: a medicina social como projeto e realização. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 139-144, Jan. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100139&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.17312014>.

OLIVEIRA, Celina Camilo de; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de. *Projeto Social: saúde e cidadania* - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 108p.

OPAS/OMS. *Renovação da atenção primária nas Américas*. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington: Pan-american Health Organization- PAHO/WHO; 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde Rio de Janeiro, Brasil - 21 de outubro de 2011. Disponível em http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf. Acesso em 30/05/2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Atenção Primária em Saúde: Agora mais do que nunca*. Relatório Mundial da Saúde, 2008. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31_03_2010_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf. Acesso em: 30/05/2016.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, Dec. 2008 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 30 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>.

PAIM, Jairnilson Silva. *Bases conceituais da reforma sanitária brasileira saúde e democracia*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Salvador, EDUFBA; Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: *Política e Sistema de Saúde no Brasil*. GIOVANELLA, Ligia (org.). 2ª edição. rev. e amp. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. *Não há espaço para o SUS democrático e constitucional nesse governo*. Entrevista. Conjuntura Política. Centro de Estudos Estratégicos. 2016. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 23 de setembro de 2016. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=node%2F459>. Acesso em 23/09/2015.

PASSOS, Rachel Gouveia. *Trabalhadoras do care na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino*. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2016.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, Sept. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300019&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300019>.

PEREIRA, Isabel Brasil. A Educação dos trabalhadores da saúde sob a Égide da produtividade. In: MATTA, Gustavo Correa; LIMA, Julio Cesar França (orgs) *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.

PIRES, Denise. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza et al. (orgs). *Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis, Papa Livros, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1999.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal. (El proceso grupal)*. Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PICHON-RIVIÈRE, E.; QUIROGA, A.P. de; GANDOLFO, C.; LAZZARINI, M. *Grupo operativo y modelo dramático*. Relato presentado en el Congreso Internacional de Psicodrama y en el Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo, Bs. As., 1969. Disponível em: <<http://www.geocities.com/Athens/Forum/5396/texto4.html>>. Acesso em: 21 jun. 2008.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2000; 53:251-63. Disponível em: [file:///C:/Users/Eliane/Downloads/v53n2a10%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Eliane/Downloads/v53n2a10%20(1).pdf). Acesso em 10/05/2015.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; GOTTEMS, Leila Bernardo Donato. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 2, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000200020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2009.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. *Processo de trabalho em saúde*. Dicionário de Educação em Saúde. Escola Politécnica Joaquim Venâncio. FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em 10/07/2016.

PUTTINI, Rodolfo Franco; PEREIRA JUNIOR, Alfredo; OLIVEIRA, Luiz Roberto de. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300004>

REIS, Denizi Oliveira; ARAUJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde*. Universidade Federal de São Paulo. Curso de Especialização em Saúde da Família. PAB 5. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, 2014. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/Unifesp/PAB/PAB5/unidade04.pdf>. Acesso em: 11/08/2015.

RESENDE, Conceição Aparecida Pereira. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para saúde*. BRAVO, M.I. S. 2.ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2008.

RIBEIRO, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Revista latino americana enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, ago. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2009.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Caderno saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2009.

RIBEIRO, Sambara Paula Francelino. Lutas sociais contemporâneas: entre os designos pós-modernos e os imperativos da classe trabalhadora. In: ABRAMIDES, Maria Beatriz; DURIGUETTO, Maria Lúcia (orgs.). *Movimentos sociais e serviço social: uma relação necessária*. São Paulo, Cortez, 2014.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista Escola Enfermagem USP*, 2015; 49(1):129-135

RODRIGUES, Paulo Henrique Almeida.; SANTOS, Isabela Soares. *Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS*. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 5-39.

RODRIGUES, Mavi. *Michel Foucault sem espelhos: um pensador proto pós-moderno*. Rio de Janeiro: UFRJ/ESS, 2006. 252 p. Tese – Universidade Federal do Rio de Janeiro, ESS, 2006.

ROSEN, George. *Da polícia médica a medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

SÁ JÚNIOR, Luis Salvador de Miranda. *Desconstruindo a definição de saúde*. Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM) jul/ago/set de 2004, pg 15-16. Disponível em: <http://www.dis.unifesp.br/pg/Def-Saude.pdf>. Acesso em: 31/07/2016.

SAMPAIO JR., Plínio de Arruda. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo: Cortez, n. 112, p. 672-688, Dec. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000400004&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000400004>

SANTOS, Josiane Soares. *Neoconservadorismo pós-moderno e Serviço Social brasileiro*. (Coleção questões da nossa época). São Paulo, Cortez, 2007.

SANTOS, Josiane Soares. “*Questão social*”: particularidades no Brasil. São Paulo, Cortez, 2007.

SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos; BATISTON, Adriane Pires. O Estado e as políticas públicas de saúde. In: *Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família*, 2010, vol. 2 / P769. Correia...[et al.]. (ORGs) – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010. Disponível em:[file:///E:/UNASUS/UFMS/SAUDE%20DA%20FAMILIA/Políticas Públicas de Saúde Vol 2.pdf](file:///E:/UNASUS/UFMS/SAUDE%20DA%20FAMILIA/Políticas%20Públicas%20de%20Saúde%20Vol%202.pdf). Acesso em: 08/11/2015

SANTOS, Adriano Maia dos, GIOVANELLA, Ligia, MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de, ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de, MARTINS, Maria Inês Carsalade, & Cunha, Marcela Silva da. (2012). Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2687-2702. Retrieved October 21, 2014, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000018&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232012001000018.

SARTI, Cinthya. O lugar da família no Programa de Saúde da Família. In: *Família Contemporânea e Saúde: práticas e políticas*. TRAD, Leny A. Bomfim (org.). Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2010.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paul, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 de julho de 2016.

SILVA, Alessandra Ximenes da. Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da reforma sanitária brasileira. In: *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização*. Bravo, M.I.S; MENEZES, J.S.B. (orgs). Rio de Janeiro, UERJ, Rede Sirius, 2014.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, Jan. 2013. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>.

SIMIONATO, Ivete. *Gramsci: a teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social*. 4ª edição. São Paulo, Cortez, 2011.

SIMIONATTO, Ivete. *O social e o político no pensamento de Gramsci*. Disponível em: <<http://www.artnet.com.br/gramsci/arquiv41.htm>>. Acesso em: 26 ago 2008.

SINGER, P; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

SCHLITHLER, Ana Cristina Belizia, CERON, Mariane, GONÇALVES, Daniel Almeida. *Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial*. Universidade Federal de São Paulo. Curso de Especialização em Saúde da Família. PAB 5., São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, 2014. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/Unifesp/PAB/PAB5/unidade12.pdf>. Acesso em: 11/08/2015.

SKALINSKI, Lacita Menezes, PRAXEDES, Walter Lúcio de Alencar. A abordagem marxista aplicada aos métodos de investigação em saúde. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*. Maringá, v. 25, no. 2, p. 305-316, 2003.

SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Celia Maria Sivalli; YONEKURA, Tatiana. Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1403-1409, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000601403&lng=en&nrm=iso>. Access on 30 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000600022>.

SOARES, Raquel Cavalcante. *A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social*. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2010.

SOUZA, Marcela Tavares de Souza, SILVA, Michelly Dias da Silva, CARVALHO, Rachel de Carvalho. Revisão integrativa: o que é e como fazer. In: *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em 30/06/2016.

SOUZA, Janaina Medeiros de et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, July 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702265&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.10272013>.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, 2002.

SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde britânico: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 16, n. 1, p.7-17, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/02.pdf>. Acesso em: 30/05/2016.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Desafios da formação técnica e ética dos profissionais das equipes de Saúde da Família. In: A. Bomfim. *Família Contemporânea e Saúde: práticas e políticas*. TRAD, Leny (ORG). Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2010.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 1995.

TEIXEIRA, Carmen Fontes (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010.

_____. *Planejamento municipal em saúde*. Salvador, BA: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, 2001. 80 p. v. 1200.

TEIXEIRA, Carmem Fontes., and SOLLA, JP. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família* [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Sala de aula series, nº3. ISBN 85-232-0400-8. Available from SciELO Books . Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-04.pdf>

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 7ª edição. São Paulo, Cortez, 2011.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A/O Assistente Social na luta de classes: projeto profissional e mediações teórico-práticas*. 1ª edição. São Paulo, Cortez, 2015.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Sistema Único de Saúde, profissões de saúde e formação. Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. *Temporalis*, Abepss, ano VII, n.13, p. 151-183, jan./jun.2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão de. *Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistências: diálogos com o marxismo e serviço social*. Campinas, Papel Social, 2016.

VASCONCELOS, Ana Maria de; BALTAR, Juliana Ferreira. Universidade e Saúde: formação profissional para o Sistema Único de Saúde. In: *Política de saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais*. DUARTE, M.J.O. [et al.] (org.). 1ª edição. Campinas, Papel Social, 2014.

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José Cabral; SOARES, Sônia Maria. *Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 73p. Disponível em: file:///E:/UNASUS/UFMG/Práticas%20Educativas/praticas%20pedagogicas%20(1).pdf. Acesso em 15/10/2015.

VERDI, Marta Inez Machado; FREITAS, Tanise Gonçalves de Freitas; SOUZA, Thaís Titon de. *Projeto de saúde no território*. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; 1. ed. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: file:///E:/UNASUS/UFSC/Atenção%20Básica/Saúde%20Território.pdf. Acesso em: 08/11/2015

VERDI, Marta; BUCHELE, Fátima; TOGNOLI, Heitor. *Educação em saúde*. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, 2010. Disponível em: file:///E:/UNASUS/UFSC/Saúde%20da%20Família/Educação%20em%20Saúde.pdf. Acesso em 09/11/2015

VERDI, Marta Inez Machado; DA ROS, Marco Aurélio; SOUZA, Thaís Titon de Souza. *Saúde e sociedade*. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; 2. ed., rev. e ampl. – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: file:///E:/UNASUS/UFSC/Atenção%20Básica/Saúde%20e%20Sociedade%202.pdf. Acesso em: 09/11/2015.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. *Processo Saúde Doença*. Universidade Federal de São Paulo. Curso de Especialização em Saúde da Família. PAB 5. Revisão de Celso Zilbovicius e Daniel Almeida Gonçalves. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, 2014. Disponível em: [file:///E:/UNASUS/Unifesp/PAB/PAB5/unidade01%20\(1\).pdf](file:///E:/UNASUS/Unifesp/PAB/PAB5/unidade01%20(1).pdf). Acesso em: 11/08/2015.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. *A América Latina no contexto de reformas*. Rio de Janeiro:IMS/UERJ.2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/VIANA,%20Ana%20Luiza%20d'Avila%20/1010>. Acesso em 05/06/2016.

VIANNA, Luiz Werneck. *A revolução passiva: Iberismo e americanismo no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

WIESE, Michelly Laurita. *O processo de trabalho dos profissionais de Estratégia de Saúde da Família: um estudo sobre as demandas sociais na saúde*. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2010.

YAZBECK, Maria Carmelita. *Classes subalternas e assistência social*. São Paulo: Cortez, 1993.

YAZBECK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. *Temporalis*, jan./jul. 2001.

YAZBECK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009.

ZACARON, Sabrina Silva. Família e Homossexualidade: uma reflexão acerca das configurações da família na contemporaneidade e os direitos sociais. In: *Família & Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas*. DUARTE, Marco José de Oliveira; ALENCAR, Monica Maria Torres (ORGS) Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2013.

ZOLA, Marlene Bueno. Políticas Sociais, família e proteção social: um estudo acerca das políticas familiares em diferentes cidades/países. In: *Familismo, direito e cidadania: contradições da política social*. MIOTO, Regina Célia Tamasso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria; (orgs.) São Paulo, Cortez, 2015.