

# Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão

## Conservative expressions in health work: the family and community approach in question

*Eliane Martins de Souza Guimarães*

Assistente social, especialista em saúde da família, doutora em Serviço Social pelo PPGSS/Uerj, docente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense — Niterói/RJ, Brasil.

eliane.msguimaraes@gmail.com

**Resumo:** O presente artigo apresenta o debate sobre as expressões conservadoras no trabalho em saúde a partir da análise da abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família. Toma como referência de análise o movimento de disputa hegemônica existente na política de saúde e a direção social que trabalho em saúde assume nesse contexto. Situa os impactos da contrarreforma na política de saúde no processo de trabalho, na análise e intervenção das relações familiares e comunitárias e na educação em saúde.

*Palavras-chave:* Política de saúde. Saúde da Família. Contraceitamento. Conservadorismo. Abordagem familiar e comunitária.

**Abstract:** This article presents the debate about the conservative expressions in health work based on the analysis of the family and community approach in the Family Health. It takes as reference of analysis the hegemonic dispute movement existing in the health policy and the social direction that work in health assumes in that context. It places the counterreform impacts on health policy in the work process, on the analysis and intervention of family and community relations and on the health education.

*Keywords:* Health policy. Family Health. Counter-reformation. Conservatism. Family and community approach.

### Considerações introdutórias

O recurso ao espaço familiar e comunitário como locus de reprodução social não é uma novidade deste momento da política social. Recentemente é possível identificar uma série de programas voltados para o atendimento à família em diversas áreas. Como aponta Mioto (2009), este fenômeno não acontece desarticulado do contexto político e representa uma das repercussões diretas do neoliberalismo nos sistemas de proteção social.

A política de saúde, como forma de enfrentamento da questão social, encontrou no cotidiano da vida e da família dos trabalhadores o espaço para a reprodução de sua lógica. A análise histórica aponta 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.

Apresentada como proposta contra-hegemônica ao modelo médico, a atenção primária em saúde,<sup>1</sup> atravessada por contradições, assume uma funcionalidade, tanto nos países desenvolvidos, pela contenção de gastos com a saúde, como nos periféricos, com 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.

Assim, a aparente retomada da dimensão social do processo saúde/doença, em um cenário de disputa e contradições, tanto favoreceu a ampliação das formas de controle do social, como também propiciou a formulação de propostas críticas vinculadas ao fortalecimento dos movimentos sociais.

A ampliação da Saúde da Família com implantação prioritária em áreas periféricas e com caráter focalizado colocou os profissionais de saúde em contato direto com as mais diversas expressões da questão social.<sup>2</sup> Seu processo de trabalho traz como exigência a aproximação com a realidade local e o vínculo com os sujeitos.<sup>3</sup> Seja no consultório, na visita domiciliar, nas reuniões de grupo, nas

---

1. A construção do Sistema Único de Saúde (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 o país. Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), a Saúde da Família representa 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.

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 (Iamamoto, 2007, p. 27a).

3. 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 equipe. As áreas são divididas em microáreas e atendidas pela equipe mínima, composta por profissional de medicina, enfermagem, auxiliar de enfermagem

ações comunitárias, 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. As demandas de saúde revelam as precárias condições de vida e trabalho dos sujeitos, o que nos faz questionar: que direção social a abordagem familiar e comunitária tem assumido diante das contradições da contrarreforma e da disputa hegemônica na política de saúde?

Para a problematização da temática, tomamos como referencial o método crítico-dialético e situamos o movimento de disputa hegemônica existente na política de saúde e a direção social que o trabalho em saúde assume nesse contexto.

## A direção social do trabalho em saúde no movimento de disputa hegemônica

A análise da abordagem familiar e comunitária exige sua apreensão para além de uma ferramenta de trabalho, mas como expressão de um conjunto de determinações. Assim, 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).

O reconhecimento da direção social, não somente da política de saúde, mas também do trabalho nos serviços de saúde, aponta que 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 (Marx, 2011, p. 212).

O modo de produção capitalista, com sua fundamentação na exploração da força de trabalho, trouxe repercussões não apenas para a esfera da produção, mas também no âmbito das relações sociais. A intervenção do Estado, polarizada

---

e agentes comunitários de saúde, dentista, auxiliar de consultório dentário e 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.

pelos interesses de classe, reproduz a lógica hegemônica como forma de dominação, contraposta pelo movimento de resistência e luta.

O caráter contraditório das políticas sociais também se expressa no conjunto das profissões requisitadas pelo Estado para atuar nos serviços 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” (Iamamoto e Carvalho, 2011, p. 81).

Mesmo não produzindo diretamente um produto, gerando valor de forma direta, esses agentes têm 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 nessa esfera como trabalho, pois ao mesmo tempo em que se atua em relação a uma classe, também se pertence a ela. Desta forma, é preciso reconhecer que as profissões de saúde 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 capitalista.

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 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.

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, p. 399), “toda relação de hegemonia é necessariamente uma relação pedagógica”.

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 a atuação profissional não é neutra. Ela reproduz uma perspectiva que imprime uma direção social às suas ações, reafirmando o caráter pedagógico do trabalho em saúde.

O significado que a abordagem familiar e comunitária assume 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. Paim (2012, p. 468) aponta que 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 sanitário 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 do 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).

Nesse contexto, Soares (2010, p. 57) destaca que a racionalidade instrumental burguesa reatualiza-se no processo de contrarreforma do Estado a partir dos princípios do ideário neoliberal, particularizando-se na política de saúde. Para a autora, 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 “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”.

O processo atual de contrarreforma e racionalização dos serviços de saúde em uma dimensão gerencial e o processo de privatização das políticas de saúde no 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, somada às fragilidades do processo de formação em saúde, dentre 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.

## A Saúde da Família “entre reformas”

Ao analisar a construção histórica das políticas de saúde no mundo, destaca-se a constituição do modelo médico hegemônico, que passa a ser questionado

pela defesa da saúde ampliada e da reorganização dos serviços por meio da defesa da Atenção Primária e da Promoção da Saúde.<sup>4</sup> As experiências de organização da APS vão acontecer em pleno processo de queda dos sistemas de proteção social, momento no qual a família assume centralidade na transferência de responsabilidades, apontando sua funcionalidade junto ao processo de ajustamento das políticas sociais ao modelo neoliberal.<sup>5</sup>

A construção de propostas de ruptura com esse modelo se deu por meio do movimento de Reforma Sanitária,<sup>6</sup> que trouxe importantes avanços na política de saúde no país, com a conquista do direito na Constituição em 1988. No entanto, o movimento vai apresentar impasses em seu interior que vão se refletir diretamente na construção dos modelos de atenção, em especial 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. Paim (2008) destaca que nos bastidores desse processo se alterou a correlação de forças no interior do próprio movimento sanitário.

---

4. Destaca-se, assim, o papel da conferência de Alma-Ata (1978) como referência para reorganização dos sistemas de saúde, reconhecida como estratégia para o alcance da meta “Saúde para todos no ano 2000”. 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 (Starfield, 2002). Como resultado de uma movimentação em torno da temática, a Carta de Otawa, resultado da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, trouxe o debate sobre a promoção da saúde, que se ampliou nos anos que se seguiram, incorporando novas demandas com a realização de novas conferências ao longo dos anos (Brasil, 2010).

5. Nesse cenário, destaca-se o desmonte do padrão de proteção do *Welfare State* e a difusão do ideário neoliberal (Behring e Boschetti, 2007), a liberdade de mercado e o processo de mundialização e financeirização do capital como um novo estilo de acumulação, acompanhado por grandes mudanças no padrão de organização da produção com a acumulação flexível, a partir do modelo toyotista (Iamamoto, 2007b). A acumulação é dada pelas novas formas de centralização de gigantescos capitais financeiros (Chesnais, 1996), assim como os impactos nos espaços geográficos (Harvey, 2005, p. 97).

6. 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, que passa a ser questionado a partir da constituição uma teoria social da saúde que 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 (Escorel, 2012), com a elaboração de propostas que resultaram na Reforma Sanitária.

O caráter progressista da Saúde da Família, defendido muitas vezes por grupos participantes da Reforma Sanitária brasileira, deve ser considerado nesse 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 de início 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.

Soares (2010) 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 no 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 maneira muito tênue, e não se percebe a busca de articulação com outros movimentos sociais.

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 Reforma Sanitária, 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; 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 têm uma influência significativa no modo como esses consensos têm 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 (2008) aponta algumas perspectivas e racionalidades na organização dos serviços de saúde,<sup>7</sup> que passam a ter grande incidência nas formulações da Saúde da Família.

O processo de contrarreforma no campo da saúde afirma o forte investimento na desconstrução dos princípios democráticos conquistados e expressa a disputa entre os 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.

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.<sup>8</sup>

---

7. O autor ainda destaca noções como: regionalização, hierarquização, participação comunitária, multiprofissionalidade, a reflexão teórica sobre tecnologias (materiais e não materiais) e sobre o modelo de organização tecnológica do trabalho em saúde, a proposta de vigilância da saúde, a reatualização do debate sobre a promoção da saúde e a qualidade de vida, o estímulo à construção de modelos voltados para a qualidade de vida e a humanização do cuidado, o debate sobre a promoção da saúde (Paim, 2008, p. 168-169).

8. Em um processo chamado de “golpe parlamentar jurídico midiático”, a presidente Dilma Rousseff foi destituída da presidência da República, sendo esta assumida pelo vice-presidente Michel Temer. 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 5/8/2016 a criação de um grupo de trabalho para elaborar um projeto de Plano de Saúde Popular, chamado de Plano de Saúde Acessível. O golpe representa a estratégia da elite brasileira, que não conseguiu alcançar o poder via voto, para o retorno de um

## A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família<sup>9</sup>

A análise do processo de formação em Saúde da Família, em um contexto de contrarreforma, evidenciou o distanciamento das contradições de classe presentes na política de saúde e a difusão de lógicas pautadas na perspectiva terapêutica, em detrimento da determinação social do processo saúde-doença defendida pela Reforma Sanitária.

A defesa da saúde como expressão da organização socioeconômica 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 n. 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 a apreensão desse processo em um sentido crítico.

Tal constatação pode ser feita no exame do debate sobre a Reforma Sanitária, que, quando é mencionada, é abordada apenas como um evento que levou à construção do SUS, demonstrando dificuldade de 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 da integralidade biopsicossocial; dos determinantes psicossociais e 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

---

projeto de governo em que prevaleçam os interesses de grupos de poder e do mercado em detrimento dos direitos sociais. Seus desdobramentos ainda estão em curso, com a destituição de diversos direitos sociais, trabalhistas e previdenciários.

9. Esta reflexão é baseada na pesquisa realizada a partir de pesquisa bibliográfica buscando 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. Foi analisado o material didático de cursos de especialização em Saúde da Família, disponibilizado pelos espaços de formação da UNA-SUS, por meio eletrônico, publicados 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.

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.

Nesse sentido, 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? Levando em conta a referência à perspectiva sistêmica da abordagem biopsiossocial e a perspectiva fenomenológica 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.

A direção do processo de trabalho na Saúde da Família 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 garantem uma visão crítica da dimensão social da saúde. Nesse sentido, 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 percorre 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 na 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 sociopolítica 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 e de sua responsabilização.

Nessa direção, a análise das concepções sobre família 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 de forma nítida para a 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 a 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, Firo, Praticice, Apgar, 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 do 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. Para não recair numa padronização social, é apresentado 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, bem como 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 e apresenta 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 Firo, Pratices e Apgar, 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 e com a construção de propostas de intervenção que busquem a autonomia dos sujeitos, são colocadas então na abordagem comunitária. No entanto, a perspectiva sistêmica coloca ainda, 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, trazendo 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, reafirmando a aposta na capacidade das pessoas para a superação das contradições que permeiam as demandas sociais na área da 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 estabelece 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 às contradições da política de saúde brasileira e chama à tomada de decisão em relação à 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 a necessidade da construção de novos padrões de educação em saúde, fica evidenciada a influência das perspectivas da integralidade e da promoção da saúde, permeada pelo subjetivismo, pelo individualismo e pela 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, em rodas de conversa e entre os grupos operativos.

Na esfera da educação em saúde, a educação permanente também recorre à 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?

## Considerações finais

A análise da abordagem familiar e comunitária por meio do processo de formação de especialistas em Saúde da Família evidencia que há um posicionamento claro na 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 influências e referenciais, longe de só revelar ecletismo, reafirma 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 a construção de novas práticas assistenciais, à medida que essas ações passam a ser permeadas pelo processo de contrarreforma e de toda lógica neoliberal, sem mediações com as contradições societárias, há, conseqüentemente, o favorecimento da lógica privatista e flexibilizada. 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 apresenta como porta de entrada, mas 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 consequência desse processo, há que se 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. A saúde possui 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.

A hegemonia de perspectivas conservadoras na Saúde da Família apresenta grandes desafios e exigências para o Serviço Social. Como profissão que atua diretamente no atendimento às 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 social do trabalho nesse campo.

Recebido em 24/4/2017 ■ Aprovado em 13/6/2017

## Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 19 maio 2010.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política social: fundamentos e história*. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas e práticas profissionais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

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: MOTA et al., Ana Elizabete (Org.). *Serviço Social e Saúde*. São Paulo: Opas, 2006.

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.

CHESNAIS, François. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). *Política e sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GRAMSCI, Antônio. *Cadernos do cárcere*. Edição e tradução Carlos Nelson Coutinho, coedição Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014. V. 4.

HARVEY, David. *A produção capitalista do espaço*. São Paulo: Annablume, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2007a.

\_\_\_\_\_. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2007b.

\_\_\_\_\_; CARVALHO, Raul de. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 34. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. Tradução Reginaldo Sant'Anna. 29. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. 2 v., livro I, v. 1, 966 p.

MIOTO, Regina Célia Tomasio. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, Ivanete (Org.). *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). *Política e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

SANTOS, Claudia Mônica. *Na prática a teoria é outra? Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

SIMIONATO, Ivete. *Gramsci: teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, Alessandra Ximenes da. Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da reforma sanitária brasileira. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). *A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização*. Rio de Janeiro: Uerj, Rede Sirius, 2014.

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.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002.