

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

Isabella da Paixão Alves

Famílias, Saúde e Serviço Social: uma análise do trabalho profissional na
Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte/MG

Juiz de Fora
2024

Isabella da Paixão Alves

**Famílias, Saúde e Serviço Social: uma análise do trabalho profissional na
Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Marina Monteiro de Castro e Castro

Juiz de Fora
2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

da Paixão Alves, Isabella.

Famílias, Saúde e Serviço Social : uma análise do trabalho profissional na Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte/MG / Isabella da Paixão Alves. -- 2024.

155 p.

Orientadora: Marina Monteiro de Castro e Castro

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2024.

1. Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Serviço Social. 4. Política Social. I. Monteiro de Castro e Castro, Marina, orient. II. Título.

Isabella da Paixão Alves

**Famílias e Serviço Social: tendências do trabalho profissional na Atenção Primária
à Saúde em Belo Horizonte/MG**

Dissertação
apresentada ao
Programa de Pós-
Graduação
em Serviço Social, da
Universidade Federal
de Juiz de
Fora como requisito
parcial a obtenção do
grau de Mestre
em Serviço Social.

Aprovada em 26 de março de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra Marina Monteiro de Castro e Castro- Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof Dra Luciana Gonçalves Pereira de Paula
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof Dr Claudio Henrique Miranda Horst
Universidade Federal de Ouro Preto

Juiz de Fora, 27/02/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Marina Monteiro de Castro e Castro, Diretor(a)**, em 15/07/2024, às 10:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudio Henrique Miranda Horst, Usuário Externo**, em 17/07/2024, às 14:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Goncalves Pereira de Paula, Professor(a)**, em 17/07/2024, às 15:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1721439** e o código CRC **7181C424**.

Dedico este trabalho às famílias que atendo, atendi e irei atender. Aprendo com vocês todos os dias.
Dedico também a cada trabalhador do Sistema Único de Saúde do Brasil, estamos resistindo sempre!

AGRADECIMENTOS

Quando a gente chega, a gente não chega só.

A escolha pelo mestrado, após anos de atuação como assistente social no Sistema Único de Saúde, não foi fácil. Os desafios foram muitos, mas foi uma importante realização pessoal, acadêmica e profissional.

Iniciei essa trajetória ainda em contexto pandêmico, onde muitas eram as dúvidas e poucas eram as seguranças. Enfrentei a novidade do ensino remoto emergencial, sem conhecer pessoalmente meus colegas de turma e professores. O retorno ao presencial foi uma enorme alegria, onde retomamos de maneira mais mineira, “aconchegada”, as discussões e reflexões necessárias em sala de aula e grupos de estudos.

O desejo de trilhar meu caminho na pós-graduação sempre na área de Serviço Social me impulsionou a ingressar no mestrado da Universidade Federal de Juiz de Fora, única em Minas Gerais até este momento. Isso significa que o retorno presencial fez com que pelo menos 500km fossem percorridos a cada semana.

Essa realidade não tem como ser encarada sozinha. Embora boa parte do percurso na pós seja solitário em muitos aspectos, não é à toa que essa parte chamada “agradecimentos” possa ser tão extensa. Isto porque o suporte oferecido chega de muitas formas.

A escrita demanda tempo, concentração e silêncio. No meio de todo esse processo, morando sozinha, até o afago de uma gatinha muito carinhosa que esteve na cadeira ao lado da minha durante as horas noturnas de escrita foi importante. Até isso me ajudou quando com a patinha ela me lembrava que era hora de dar um intervalinho para coçar sua barriga.

Aquilo que a gente deseja também envolve muita ambivalência de sentimentos. E quando se quer contribuir seriamente, facilmente se cai num limbo de incertezas sobre se o que se está fazendo é realmente importante.

Nesse sentido, agradeço a oportunidade de ter sido orientada por Marina e de ter construído alguns trabalhos com ela ao longo desse tempo. Destaco aqui seu trabalho irretocável como orientadora. Eu já conhecia e admirava seu trabalho e ser sua orientanda foi um presente. Uma relação de confiança que foi se consolidando. Seu trabalho me inspira enormemente. Obrigada pela paciência quando, em meio a muitas horas de trabalhos semanais, nem sempre todos os prazos puderam ser

cumpridos. Aprendi muito com você sobre generosidade, daquelas que a gente enxerga e encontra em poucas pessoas. Suas palavras foram essenciais, tanto nos momentos de “agonia” com o “Isa, tranquilidade! Vai dar certo”, tanto quanto em momentos bons, de disposição e produção fluindo. Sem nunca perder a seriedade ou o rigor com o trabalho, mas com sua leveza, você me conduziu até aqui. Certa vez você me disse “Você é pesquisadora Isa! ”. Eu trouxe isso comigo até aqui. Espero não ter decepcionado. Obrigada por ter sido minha orientadora!

Agradeço à minha família por confiar em mim sempre. Obrigada mãe, por me proporcionar várias das condições objetivas e subjetivas para que eu conseguisse. Cada almoço ou café no meio da aula remota, quando não surgiu nenhum tempinho entre a correria do trabalho e dos estudos. Você foi e é essencial. Agradeço à minha irmã querida Fernanda, a menina mais doce que existe, que sempre embarcou em todas as minhas ideias e me ajudou desde o momento da seleção até a chegada. Sem você eu não teria conseguido. Amo vocês.

Agradeço ao PPG de Serviço Social da UFJF, todos os funcionários e ao corpo docente. O conhecimento de vocês foi agregador nessa trajetória. Destaco o querido professor Alexandre que me acolheu com muita disponibilidade como estagiária docente.

Agradeço às colegas do grupo de pesquisa “Determinação social da saúde e pandemia da COVID-19 no Brasil”, sobretudo à Débora que foi uma das primeiras que me acolheu.

Agradeço aos meus colegas de turma, onde mesmo num contexto pandêmico conseguimos criar laços e uma rede de apoio. Aqui deixo um “muito obrigada” especial à Laira, Raquel, Maribel e Bruna. Que conexão e que capacidade linda de vibrarmos com a vitória umas das outras!

Agradeço aos meus amigos de longa data, parceiros de uma vida inteira. Obrigada por me levarem para espaços de leveza e diversão, e também por terem compreendido e respeitado a minha ausência em muitos momentos. Seria impossível citar todos, mas cada um sabe da importância que têm na minha vida. Sobretudo às minhas amigas: mulheres que me inspiram cotidianamente. São elas que estão aqui me fortalecendo sempre. “Eu sozinha ando bem, mas com vocês ando melhor”. À minha amiga de toda uma vida, Mariane. Aqui eu deixo registrada a frase que você mais ama, minha amiga: “Eu falei! ”. Foi assim que você me recebeu a cada conquista, dizendo que já sabia antes mesmo de acontecer. Obrigada por sempre estar aqui!

Agradeço especialmente às duas pessoas que conheci não exatamente no mestrado, mas em decorrência dele. Posso dizer que uma foi fundamental para o meu ingresso e a outra foi fundamental para a minha permanência. Sara, obrigada por ter sido uma pessoa tão generosa quando a ideia de fazer o mestrado ainda parecia muito distante e quando ainda nem éramos tão amigas. Obrigada pelo suporte, do seu jeitinho carioca, nos meus momentos de fragilidade ou medo de não ser tão capaz. Talvez você não saiba disso, mas muito desse percurso devo a você. Euler, agradeço por ter sido companhia durante os 500 km percorridos por semana, durante as aulas, os cafés, os almoços no R.U, os sanduíches de madrugada, durante as chegadas e partidas congelantes de Juiz de Fora. Você fez com que todos esses momentos fossem quentinhos no meu coração. Muito da minha permanência com alegria e disposição nesse processo devo a você. Parece que não vai dar mais para a gente ficar livre um do outro como eu tinha previsto. Obrigada e te amo!

Agradeço à Marilha e Priscila por terem me hospedado em Juiz de Fora sempre que precisei. Vocês facilitaram muitíssimo minha estadia nessa cidade!

Agradeço ao João Rafael, que esteve, com muito carinho, disponível para me ajudar a organizar minhas ideias quando elas ainda eram um emaranhado de fragmentos soltos. Agradeço à Olga por ter trocado comigo sobre a experiência do mestrado e ter me recebido no Rio por algumas vezes.

Agradeço à Prefeitura Municipal de Belo Horizonte pela concessão de licença para aperfeiçoamento parcial que facilitou a possibilidade de realização desta pesquisa.

Agradeço aos meus colegas de trabalho muito queridos que sempre torceram por mim e que se tornaram importantes amigos nesses anos compartilhados de atuação profissional. Clarissa, Matheus e Paula, cada abraço na chegada me deixou um pouco mais forte. Obrigada pela paciência em ouvir minhas reclamações sobre cansaço, quando nem eu mesma as aguentava mais. Agradeço especialmente à minha antiga gerente Vanessa Vilela. Não tenho palavras para agradecer a maneira como me apoiou nessa empreitada e vibrou comigo. Você faz falta! Agradeço ao Diego, meu atual gerente, que respeitou esse processo e me apoiou quando necessário.

Agradeço aos queridos Claudio Horst e Luciana Gonçalves que toparam contribuir em momentos fundamentais deste percurso, como na qualificação e na

banca de defesa da dissertação. Todas as intervenções foram valiosas. Vocês são incríveis!

Por fim, agradeço especialmente a cada profissional que dispôs de tempo para a realização dessa pesquisa!

RESUMO

A família ganha destaque neste estudo que busca debater e problematizar o trabalho profissional de assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte. Para isto, realizou-se a revisão bibliográfica privilegiando o debate da família nas diversas matrizes teóricas e a compreensão do lugar da família na estruturação da Política de Saúde no Brasil. Destaca-se que a construção do aporte teórico aponta para a aproximação com a teoria social crítica como chave para a compreensão da realidade. Enquanto metodologia utilizou-se análise documental de 2 (dois) materiais institucionais que abordam o Serviço Social da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte e a realização de entrevistas semi-estruturadas com 9 (nove) assistentes sociais da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte. A análise se estrutura nos eixos: a) Política de Saúde e a concepção da relação entre saúde/doença; b) Serviço Social e c) Família e abordagem familiar. Como parte dos achados desta pesquisa observa-se que as orientações institucionais do município têm indicado para um enfoque de vulnerabilidades e risco social, baseando-se na noção de determinantes sociais de saúde, em detrimento da concepção de determinação social da saúde. Observa-se a tendência de uma abordagem familiar que não conceitua ou problematiza o conceito de família. Com relação ao Serviço Social, verificou-se que as assistentes sociais que atuam na Atenção Primária ainda estão distanciadas de discussões e referências teóricas sobre família, contudo apresentam uma visão ampliada de família com relação aos seus vínculos e à sua diversidade.

Palavras-chave: família; atenção primária à saúde; Serviço Social; política social.

ABSTRACT

Family takes center stage in this study that seeks to discuss and problematize the social workers' professional work in Primary Health Care in Belo Horizonte. For this, a literature review was conducted, focusing on the debate about the family in various theoretical frameworks and understanding the role of the family in the structuring of Health Policy in Brazil. It is noteworthy that the construction of the theoretical framework points to an alignment with critical social theory as a key to understanding reality. The methodology employed involved documentary analysis of 2 (two) institutional materials addressing the Social Work of Primary Health Care in Belo Horizonte and conducting semi-structured interviews with 9 (nine) social workers from Primary Health Care in Belo Horizonte. The analysis is structured around the axes: a) Health Policy and the conception of the relationship between health/illness; b) Social Work, and c) Family and family approach. As part of the findings of this research, it is observed that the institutional guidelines of the municipality have indicated a focus on vulnerabilities and social risk, based on the notion of social determinants of health, to the detriment of the concept of social determination of health. There is a trend towards a family approach that does not conceptualize or problematize the concept of family. Regarding Social Work, it was found that social workers working in Primary Health Care are still distant from discussions and theoretical references on the family. However, they present an expanded view of the family concerning its bonds and diversity.

Keywords: family; primary health care; social work; social policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa das regiões administrativas de Belo Horizonte	87
Figura 2 – Parte do sumário do Documento 2 (2023)	109
Figura 3 – Parte do sumário do Documento 2 (2023)	110
Figura 4 - Parte do sumário do Documento 2 (2023)	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Belo Horizonte
CADÚnico	Cadastro Único
CAEE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
MG	Minas Gerais
NOB	Norma Operacional Básica
PCF	Plano de Cuidado Familiar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
URBEL	Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 FAMÍLIA - ELEMENTOS TEÓRICOS PARA A COMPREENSÃO DOS ESTUDOS SOBRE A FAMÍLIA E SUAS IMPLICAÇÕES	25
2.1 Bases teóricas para o debate da família	25
2.2 Pensamento conservador e família: uma análise crítica.....	33
2.3 Família e Marxismo: o lugar das mulheres nas famílias burguesas	40
2.3.1 As contribuições marxistas a partir do século XX.....	44
2.4 As particularidades da realidade brasileira na conformação da família	49
3 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E FAMÍLIAS: uma intrínseca relação	55
3.1 Notas sobre Capitalismo dependente, o surgimento da Política de Saúde e a gestão sobre as famílias.....	55
3.2 Crise do capital: Estado, políticas sociais e famílias no Brasil.....	63
3.2.1 Neoliberalismo e política social a partir dos anos 1990	71
3.3 Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família: entre caminhos e descaminhos	77
3.4 Apresentando o cenário de estudo: a Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte	84
4 SAÚDE, FAMÍLIA E SERVIÇO SOCIAL: O TRABALHO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE	90
4.1 Serviço Social e trabalho com famílias: tendências do debate nacional.....	90
4.2 O Serviço Social na Estratégia de Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte	98
4.2.1 Política de Saúde e a concepção da relação entre saúde/doença	98
4.2.2 Serviço Social: pensando a profissão na APS de BH.....	105
4.2.2.1 Pulverização de competências: de práticas terapêuticas à incidência nas vulnerabilidades.....	109
4.2.2.2 Condições para o desenvolvimento do trabalho com famílias	114
4.2.2.3 Tendências sobre concepções de família e requisições profissionais	116
4.2.3 Família e a abordagem familiar: tendências na APS em BH	118
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS (ou apontamentos iniciais para um debate profícuo)	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	134
Apêndices	148

1 INTRODUÇÃO

“Tudo é a família, mas eu não vejo ninguém ajudando a minha” (frase de uma usuária do serviço de saúde durante o atendimento)

Essa dissertação intitulada **“Famílias, Saúde e Serviço Social: uma análise do trabalho profissional na Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte/MG”** parte de uma inquietação decorrente do cotidiano profissional como assistente social na Atenção Primária à Saúde (APS). Situar esse ponto é importante, pois sendo uma inquietação que parte do cotidiano profissional, possibilita uma reflexão sobre a realidade concreta. O caminho realizado busca, assim, pensar determinações gerais do debate sobre família na sua relação com a política de saúde e identificar as particularidades do trabalho profissional dos assistentes sociais que indiquem elementos que nos aproximem da realidade. Esse é o caminho científico que objetivou-se materializar com este trabalho.

Nesse sentido, Netto (2011) vai enfatizar que conhecer através da teoria se faz a partir de um problema real, concreto. Uma questão objetiva que existe independente da vontade do pesquisador. Assim, não se busca dar determinação prévia ao objeto de estudo, mas se aproximar de modo dialético de uma reflexão acerca dele. “A teoria é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador.” (Netto, 2011, p.21)

Dessa forma, buscou-se captar as mediações entre os temas Saúde, Famílias e Serviço Social, com o objetivo de compreender quais as tendências do trabalho profissional de assistentes sociais com famílias da APS, tendo como cenário de reflexão o município de Belo Horizonte (BH), capital do estado de Minas Gerais (MG).

Estabelecendo uma indissociável retroalimentação entre teoria e prática, as inquietações profissionais que chegaram ao objeto deste estudo, puderam ser lapidadas na trajetória do mestrado, através de suas disciplinas, estágio em docência e orientação. Além da participação em encontros, seminários e congressos.

Este movimento também diz respeito a um compromisso com a população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em uma busca por poder ofertar cada vez mais, dentro das possibilidades objetivas, um fazer profissional crítico que coadune com o projeto ético-político do Serviço Social.

Nos estudos realizados, pudemos observar a insuficiência de publicações sobre a relação saúde e família, questão inclusive apontada no decorrer do trabalho, o que demonstra as lacunas reflexivas sobre a temática. Ou seja, a ausência de aporte teórico sobre família traz entraves para o desenvolvimento do trabalho profissional na saúde, uma vez que toma a família como dado natural e não reflete ou problematiza suas determinações.¹

A proposta inicial do projeto de pesquisa partiu da reflexão sobre práticas de responsabilização de famílias na Atenção Primária à Saúde. No percurso, compreendeu-se a necessidade de apreender as concepções teóricas que influenciam o debate da família, para então avançarmos na compreensão da política de saúde e sua relação com o conceito de família e da inserção do Serviço Social na APS.

Vale ressaltar que no cotidiano de trabalho não são raras as demandas das equipes de saúde ao assistente social como sujeito capaz de interferir em relações familiares, mudar comportamentos e “ajustar” famílias no que tange aos cuidados com seus membros. Aqui não se busca afirmar que as relações com os demais profissionais se dão exclusivamente dessa forma, mas examinar como o trabalho com famílias na saúde tem se estabelecido diante de um cenário neoliberal e de políticas sociais calcadas no familismo. Por considerar que não se pode correr o risco de simplificar o problema e irromper sobre os profissionais a responsabilidade exclusiva por essa questão, essa pesquisa busca identificar as principais tendências com relação à família e abordagem familiar na saúde e compreender como os Assistentes Sociais se aproximam ou não dessas tendências. Cabe adiantar que essas demandas direcionadas ao assistente social tem ligação com o significado social da profissão e sua inserção na divisão social do trabalho na sociedade capitalista. (Iamamoto, 2006)

No seio do Serviço Social, temos no início dos anos 2000 alguns destaques à essa temática. Por exemplo, a revista Serviço Social e Sociedade, importante e influente para o Serviço Social Brasileiro, trouxe em sua edição de nº71 de 2002 o tema “famílias” e ressaltando em seu editorial “o conteúdo desta edição, que expressa a diversidade e as mudanças conceituais e sociais da(s) família(s). (...) revelando a

¹ Neste caminho, vale destacar que algumas das reflexões que serão expostas aqui foram socializadas, ou estão em fase de publicação, através de artigos científicos que buscam pensar sobre a relação entre os temas saúde, família e Serviço Social.

amplitude das mudanças na composição familiar e na subjetividade de seus membros e a incorporação dessas transformações no âmbito legal. Tratam também da monoparentalidade e da qualidade de vida da mulher hoje, no desempenho das responsabilidades como trabalhadora e cuidados com a família e a casa” (FÁVERO et al, 2002, p.3).

Passados mais de 20 anos desta publicação, compreendemos que há um acúmulo construído pela profissão. Nesse sentido, há um avanço na concepção de que o debate sobre família deve ser conduzido em uma perspectiva de totalidade, onde compreende-se que as bases materiais da sociedade capitalista têm impacto nas condições e organização das famílias. Depreendemos que o sistema capitalista permite tantas mudanças quanto forem necessárias nas famílias, desde que seu processo de produção e acumulação não sejam confrontados. Não analisamos a família como algo natural em nossa sociedade, mas pelas relações que se estabelecem no cotidiano da vida e das relações sociais, podendo ser por laços consanguíneos ou não, por afetividade, solidariedade, abarcando diversas composições, orientações de gênero, identidades sexuais, que confrontam o ideal burguês da família patriarcal monogâmica. É sob esta perspectiva que este trabalho será direcionado.

A Atenção Primária é um campo privilegiado de análise, pois trata-se de uma estratégia em saúde de base territorial, próxima ao cotidiano da população. Assim, neste trabalho trataremos a Saúde da Família, em consonância com a perspectiva da Política Nacional de Atenção Básica, como uma “estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.” (Brasil, 2006). Logo, torna-se estratégia pelo entendimento de que compõe a APS de maneira estruturante, sendo porta de entrada dos serviços de saúde e orientadora da linha de cuidado, com capacidade de promoção e prevenção à saúde, bem como resolutiva para grande parte das demandas em saúde da população.

No entanto, desde a sua consolidação vivem-se momentos claros de enxugamento da máquina pública, como exemplo, podemos destacar o novo modelo de financiamento da Atenção Básica pela Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 que promete aumentar o acesso da população, mas que já vem sendo apontada como enorme retrocesso “devendo limitar a universalidade, ampliar distorções no financiamento e induzir a focalização das ações na APS [Atenção Primária à Saúde] no SUS [Sistema Único de Saúde].” (Massuda, 2020, p. 1186)

Essas mudanças impactam substancialmente tanto as famílias atendidas, como os trabalhadores da política. Os protocolos e normas técnicas passam a apresentar critérios cada vez mais restritos e serem caracterizados com base não somente na necessidade clínica do paciente, mas também atrelados à questão socioeconômica, burocratizando o acesso e fortalecendo a concepção de Atenção Primária à Saúde como serviço de baixa qualidade dirigido para pobres (Giovanella et al, 2009). Diante dessa realidade e da ausência de Políticas Sociais efetivas, as famílias tendem a ser o pilar central de proteção social dos sujeitos.

Para alcançar os objetivos deste estudo, concentrou-se em realizar a construção de um referencial teórico que desse suporte para compreender a família enquanto construção social e histórica, em suas conformações em decorrência da consolidação do capitalismo, além de resgatar a história das ações estatais em saúde no Brasil e como as famílias trabalhadoras foram alvo de suas intervenções.

Para aproximação ao objeto do estudo, buscamos atingir os objetivos estabelecidos, quais sejam: **a) analisar o lugar da família no sistema do capital e sua relação com a política social de saúde. b) refletir sobre a incorporação do debate da família na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte e c) analisar as contradições que atravessam o trabalho profissional com famílias realizado por assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte.**

O caminho metodológico envolveu levantamento bibliográfico relevante e concernente ao debate proposto; pesquisa documental e pesquisa de campo realizada através de entrevistas com assistentes sociais que atuam na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte.

Para a pesquisa documental, evidencia-se os 2 (dois) documentos base: o primeiro documento intitulado “Atuação do Serviço Social no Programa BH Vida” de 2001 foi cedido, gentilmente, do acervo pessoal de uma assistente social que

participou desse processo de construção, tendo participado da Comissão de Assistentes Sociais no início dos anos 2000 da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte com o suporte do Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais (CRESS/MG).

O segundo documento analisado, recém-publicado no ano de 2023, “Orientações Institucionais para atuação do(a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS-BH” está disponível no sítio eletrônico da Prefeitura de Belo Horizonte.²

Por se tratar de documentos que serão mencionados muitas vezes ao longo do texto, optamos por chamá-los de documento 1 (2001) e documento 2 (2023), respectivamente.

As propostas contidas no documento 1 (2001) partem de um Curso de Atualização dos Assistentes Sociais³. O Programa BH Vida tratou-se da iniciativa do município de Belo Horizonte na estruturação de sua Atenção Primária à Saúde a partir da lógica de redirecionamento do modelo em saúde para a Saúde da Família. No documento “Atuação do Serviço Social no Programa BH-Vida” é possível localizar a nomenclatura “BH Vida/PSF” em alguns momentos. Datado em outubro de 2001, o documento apresenta-se enquanto um projeto que trata da atuação de assistentes sociais no, então recém implantado, Programa BH Vida. O documento explicita que sua construção foi realizada como um posicionamento a favor da implantação do Programa de Saúde da Família, defendendo a participação dos assistentes sociais e de outros profissionais nessa nova maneira de ofertar cuidado.

Desta forma, o documento “Atuação do Serviço Social no Programa BH-Vida” de 2001, parece ser um primeiro movimento de estruturação do Serviço Social junto ao Programa de Saúde da Família no município. E em 2004 esse movimento se materializa em uma capacitação promovida. O documento 1 (2001) possui apenas 6 páginas e busca apoiar a estratégia de saúde da família e fortalecer a atuação do Serviço Social nesse novo contexto.

² O material pode ser consultado na íntegra em <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/cartilha-orientacoes-institucionais-rede-sus-bh-04-09-23.pdf>

³ A menção consta em referência bibliográfica como “Projeto de conclusão de curso de capacitação para profissionais do serviço social da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (2004)”, no livro “Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte” de 2008.

Duas décadas depois do Documento 1 (2001), em 2023, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte lançou o material “Orientações Institucionais para a atuação do(a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS-BH”, organizado pela Gerência de Atenção Primária à Saúde da Diretoria de Assistência à Saúde. O documento segue certa tendência de publicações da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), que busca racionalizar o trabalho através de diretrizes técnicas, como também foram publicados em 2019 o “Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte” e em 2022 o “Manual de Saúde Bucal”.

O documento 2 (2023) possui 60 páginas e apresenta-se como uma referência que busca orientar assistentes sociais, gestores e demais profissionais sobre os processos de trabalho da categoria e fluxos institucionais. Assim sendo, em termos metodológicos, o documento 2 (2023) apresenta que a proposta de sumário fora organizada a partir de questionários respondidos por assistentes sociais atuantes da APS de BH e depois foi composto um grupo de trabalho para a escrita do documento. Ressalta-se ainda que foi disponibilizado para consulta pública e que foram feitas alterações conforme as sugestões.

Nesse ponto vale ressaltar que o documento esteve em consulta pública⁴ sob o nome de “Diretrizes Institucionais: O Serviço Social na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS-BH” para que pudessem ser realizadas contribuições e questionamentos ao material. O Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais - CRESS MG - contribuiu em agosto de 2022 com algumas ponderações sobre o texto.⁵ Neste trabalho por questões metodológicas objetiva-se a análise do documento final lançado pela Secretaria Municipal de Saúde, contudo vale o destaque, ainda que breve, a este ponto no sentido de contextualizar sua construção.

O documento do CRESS MG nomeado “Contribuições ao documento “Diretrizes Institucionais - O Serviço Social na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS-BH”” (2022) ressaltou que o posicionamento partiu de um grupo de assistentes

⁴ Até o momento de finalização dessa dissertação, o documento preliminar que esteve em consulta pública ainda pôde ser consultado em https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/Manual_SS-APS-Consulta-Publica-05-07-22.docx

⁵ O texto de contribuição do CRESS-MG pode ser consultado na íntegra em <https://cress-mg.org.br/2022/08/04/cress-mg-contribui-com-documento-sobre-assistentes-sociais-na-atencao-primaria-elaborado-pela-prefeitura-de-belo-horizonte/>

sociais da saúde de BH que buscou o CRESS solicitando apoio da entidade no enfrentamento à construção das diretrizes.

Neste sentido, foi apontado por estas e estes profissionais enquanto instrumento que contribui para o avanço do projeto de contrarreforma da saúde, para o aprofundamento do processo de racionalização do trabalho, para a fragilização da autonomia profissional, para o avanço de um projeto profissional de cunho conservador e assistencialista, com fragilidade teórica importante, bem como questionamentos acerca do processo de discussão e produção do documento. (CRESS MG, 2022, s.p.)

É possível observar que existiram alterações importantes no documento final com relação ao documento disponibilizado para consulta pública. Embora explicita a metodologia na introdução do documento 2 (2023), as contribuições do CRESS-MG não foram citadas⁶.

Vale ressaltar que os documentos possuem finalidades diferentes, assim, compreender e analisar tais documentos nos convoca também à compreensão de seus respectivos contextos históricos. Em termos metodológicos, optou-se por uma exposição que não isola os dados da pesquisa documental, mas sim por entrecruzar, em alguns momentos, com os dados levantados bibliograficamente. Assim, busca-se o reconhecimento do conteúdo e sistematização dos dados e análise dos resultados através de alguns eixos de análise⁷, que estarão destacados. Os resultados também serão mesclados com os resultados das entrevistas realizadas. Nesse ponto cabe caracterizar o perfil das entrevistadas e os procedimentos metodológicos utilizados.

⁶ De modo breve os principais pontos destacados pelo CRESS, são:

A nomenclatura “Diretrizes Institucionais” pela compreensão de que coloca como iguais o projeto profissional e o projeto institucional, focando a atuação profissional às demandas institucionais. No documento publicado ocorreu a substituição por “orientações institucionais”. Também não havia sido feita nenhuma menção à brochura “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Saúde” no documento disponibilizado para consulta pública. A brochura, documento do CFESS e referência para a categoria profissional que atua na saúde pública, foi incorporada em algumas passagens do documento publicado pela PBH, embora siga sem abordar a importância de assistentes sociais formularem seus projetos profissionais de trabalho, como indicado pelo texto CRESS MG.

Apontou-se também uma forte tendência no documento da PBH de trabalho dos assistentes sociais na saúde focalizado nos conceitos de risco e vulnerabilidade, fragilizando o conceito de universalidade da Saúde Pública brasileira. Outra forte tendência indicada no documento disponibilizado para consulta pública foi a relação entre práticas terapêuticas e serviço social, uma vez que o documento citava a possibilidade de o assistente social atuar com arte terapia, constelação familiar, meditação e dança circular. O novo documento que foi publicado suprime do texto essas práticas, embora no teor de seu conteúdo ainda se encontre uma relação da demanda de promover mudanças de hábitos e de comportamento dos usuários e o serviço social.

O documento do CRESS MG também indica uma possível fragilização da autonomia profissional de assistentes sociais e reforça a necessidade e importância de uma discussão ampliada entre a categoria profissional, a entidade, pesquisadores da área, etc, para criação de um documento desse porte que a PBH se propôs.

⁷ O roteiro da pesquisa documental pode ser consultado ao fim da dissertação, no item Apêndice.

Devido ao tempo para realização da pesquisa de campo após aprovação em Comitê de Ética, optou-se por reestruturar a pesquisa, reduzindo a sua amostra inicial de 23 para 9 participantes. Considerando que as entrevistas complementam a análise documental, a redução da amostra não teve impacto sobre a qualidade da análise. Sendo assim, foi entrevistada uma assistente social por regional (distrito sanitário) da cidade, totalizando 9 participantes. As regionais são: Centro-sul, Barreiro, Leste, Oeste, Norte, Noroeste, Nordeste, Pampulha e Venda Nova. Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, a solicitação de contato com a Unidade Básica de Saúde foi feita através dos Núcleos de Educação Permanente existentes em cada regional.

As entrevistas foram realizadas pessoalmente, sendo apenas uma realizada de maneira virtual por necessidade da participante. As entrevistas tiveram o formato semi-estruturado e foram lidos e assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Os documentos que permeiam a pesquisa como o roteiro da entrevista e o TCLE podem ser consultados nos itens “apêndice”, ao final desse trabalho. As entrevistas tiveram em média a duração de 60 minutos, foram gravadas e transcritas para que pudessem ser analisadas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, através dos números CAAE 70780823.0.0000.5147 e 70780823.0.3001.5140, respectivamente.

Sobre a caracterização das entrevistadas:

Todas as 9 (nove) participantes da pesquisa se identificam com o gênero feminino, expressando uma tendência histórica da profissão, como aponta o levantamento realizado pelo CFESS (2022)⁸.

Com relação à idade, 1 (uma) entrevistada tem entre 20 e 30 anos; 4 (quatro) entrevistadas têm entre 31 e 40 anos; 2 (duas) entre 41 e 50 anos e 2 (duas) tem entre 51 e 60 anos. Sobre pertença étnico racial: 3 (três) se declaram como brancas, 5 (cinco) se declaram pardas e apenas 1 (uma) se declara preta.

Também seguindo a tendência apontada pelo CFESS (2022) de que há predomínio de acesso à especialização no nível lato sensu por assistentes sociais

⁸ Levantamento realizado pelo CFESS com a base na atualização cadastral obrigatória de profissionais que gerou o documento “Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: Formação, Condições de Trabalho e Exercício Profissional” (2022) disponível em <https://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>

brasileiros, das entrevistadas 67% possuem esse grau de titulação. Com relação à graduação 1 (uma) entrevistada tem menos de 5 anos de formação; 2 (duas) têm entre 5 e 10 anos de formação; 4 (quatro) têm entre 11 e 20 anos de formação e 2 (duas) têm mais de 21 anos de formação.

Atuam na APS a menos de 5 anos: 4 (quatro) entrevistadas; entre 6 e 10 anos: 2 (duas) entrevistadas; e 3 (três) entrevistadas trabalham na APS a mais de 11 anos. Dentre as entrevistadas 56% atende de 4 (quatro) a 6 (seis) equipes de saúde da família (eSF); 2 (duas) profissionais atendem até 3 eSF e as outras 2 (duas) atendem de 7 a 9 eSF.

Com relação à carga horária de trabalho, 5 (cinco) profissionais trabalham 20 (vinte) horas semanais em 1(um) Centro de Saúde e 4 (quatro) profissionais trabalham 40 (quarenta) horas semanais, sendo que apenas 1 (uma) delas faz seu tempo integral de trabalho em apenas 1 (uma) unidade, as outras 3 (três) atuam em 2 (dois) Centros de Saúde cada.

Desta forma, **esta dissertação estrutura-se da seguinte maneira:**

No capítulo intitulado “Família - Elementos teóricos para a compreensão dos estudos sobre a família e suas implicações”, partimos de um levantamento teórico sobre os principais autores que tratam da construção social e histórica da família. Dessa forma, destacam-se Philippe Ariès, Walter Benjamin e Engels. Busca-se ainda uma aproximação com a teoria marxista, onde realiza-se um apanhado nas obras de Marx onde destacam-se as condições das famílias e das mulheres. Por fim, pensamos sobre a construção da história e imagem social da família patriarcal brasileira que se baseia num ideal burguês, apagando diversas famílias para além das redomas dos engenhos do Brasil colônia. Para tal, Mariza Corrêa é nosso principal aporte.

No capítulo “Política Social no Brasil e Família: uma intrínseca relação” buscou-se construir um histórico das ações de saúde no Brasil, destacando como a emergência da questão social mobiliza as primeiras ações estatais e tem, sobretudo, nas famílias proletárias o seu objeto de intervenção. A consolidação de um novo modelo econômico no país exigiu uma família disciplinada e uma regulação efetiva das relações sociais. As principais mudanças ocorridas como a urbanização e novas formas de trabalho impactaram seriamente nos processos de adoecimento da população, sendo as primeiras ações de saúde coercitivas e higienistas. Assim, a administração pública brasileira converge suas dinâmicas de dominação no sentido

de ajustar as famílias ao ideário burguês da ordem capitalista. Por fim, conceitua-se a ascensão de um Estado de bem-estar social no cenário mundial, para que se compreenda a crise do capital, o contexto de ajuste fiscal e acirramento do neoliberalismo que atinge as políticas sociais e afeta substancialmente as famílias. Reflete-se assim, sobre a relação entre o Serviço social, saúde e famílias, uma vez que a inserção de assistentes sociais tem imbricação direta com a consolidação das Políticas Sociais e o trabalho com famílias, e, por fim, apresenta-se a consolidação da saúde da família nas últimas décadas problematizando os seus avanços e desafios.

No Capítulo “Saúde, Família e Serviço Social: o trabalho profissional na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte” apresentamos ao leitor a construção da Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante da APS no Brasil e a construção desta no município de Belo Horizonte. Dessa forma, este capítulo contextualiza o cenário da Política de Saúde, a construção da APS em Belo Horizonte e a inserção de assistentes sociais nesse cenário. São descritos os procedimentos metodológicos da pesquisa documental e da pesquisa de campo. Os resultados obtidos são apresentados através de 3 (três) eixos de análise, sendo eles: a) Política de Saúde e a concepção da relação entre saúde/doença; b) Serviço Social e c) Família e abordagem familiar. Busca-se neste capítulo compreender as principais tendências que vêm se estabelecendo na Atenção Primária à Saúde e na atuação de assistentes sociais com famílias.

Desta forma, anseia-se que esta dissertação possa contribuir para a fundamentação do debate sobre famílias de modo geral e, sobretudo, de suas especificidades na Política de Saúde. Anseia-se ainda que o registro da história do Serviço Social na APS de BH possa servir como material a ser consultado por profissionais e interessados no tema, uma vez que essa inserção de profissionais no município tem sido pouco problematizada em trabalhos acadêmicos e pesquisas, podendo ser encontrada um pouco de sua história somente em materiais institucionais do município. Neste sentido, este trabalho esforça-se em reconstruir essa história in loco ouvindo as assistentes sociais sobre sua atuação profissional, dando enfoque ao seu trabalho com famílias.

Aposta-se, assim, em uma crítica da análise em saúde que a descola da realidade social capitalista e que compreende o processo saúde-doença de modo limitado, sem questionar suas causas. Aposta-se ainda no fortalecimento da

perspectiva de saúde cunhada pelo Movimento de Reforma Sanitária, por uma apropriação do conceito de família que consiga transpor sua tendência de naturalização e que fortaleça a atuação profissional de assistentes sociais nesta seara, reforçando seu projeto ético político e problematizando as ações que levam a uma perspectiva de ajustamento e responsabilização de famílias no cotidiano da Política de Saúde.

Esperamos que as reflexões aqui apresentadas, ainda que de maneira singela, possam contribuir com os leitores que tenham interesse no tema e que sejam frutos de novas reflexões e aprofundamentos necessários.

2 FAMÍLIA - ELEMENTOS TEÓRICOS PARA A COMPREENSÃO DOS ESTUDOS SOBRE A FAMÍLIA E SUAS IMPLICAÇÕES

Este capítulo busca apresentar ao leitor uma concepção mais geral sobre família e seus desdobramentos em diversas matrizes teóricas, a fim de dar subsídios para o debate que se aborda nos capítulos seguintes. Para tanto, recorreremos aos autores expoentes em suas vertentes teóricas, tais como o historiador Philippe Ariès, Walter Benjamin e Engels em “A origem da família, da propriedade privada e do Estado”. Ao tema da família destacam-se ainda o sociólogo Talcott Parsons, no funcionalismo, e Lévi-Strauss no estruturalismo. Tais matrizes têm influência na forma como se solidificou o debate da família, incidindo principalmente na sua leitura enquanto instituição que cumpre uma função na harmonia societária. Em contraposição, o campo crítico analisa a família como parte da sociabilidade do capital, que juntamente com a propriedade privada e o Estado burguês sustentam o modo de produção capitalista.

Não é possível apreender os determinantes que hoje compõem esse debate, se não partirmos de sua concepção mais geral. Desvelar teoricamente, situar os esforços de acúmulo acerca do tema, bem como suas conceituações, faz-se incontornável. Inclusive, contemplar as bases onde se fundam o debate da família e suas diferentes concepções nos possibilita compreender a construção de um modelo tradicional de família, ancorado em valores conservadores e patriarcais. Traço que vemos “ressurgir” com bastante força no momento ultraconservador que se reacendeu em torno do globo e também no Brasil.

2.1 Bases teóricas para o debate da família

É certo que o conceito de família foi alvo da investigação e estudo de diversas teorias, e diferentes teses podem ser localizadas em várias matrizes teóricas. Destacamos nesse ponto, alguns dos principais pensadores que influenciaram o debate da família.

Partimos da formulação de dois pensadores, sendo o primeiro Philippe Ariès em sua análise da tríade família, infância e escola. Posteriormente, tratamos das contribuições de Walter Benjamin, e suas reflexões sobre a infância proletária. A frente nos debruçamos sobre a incontornável obra de Engels “A origem da família, da

propriedade privada e do Estado” que se apoia nas reflexões e pesquisas antropológicas à sua época, sobretudo de Lewis H. Morgan. Por fim, optou-se por tratar brevemente das vertentes do funcionalismo e estruturalismo e ainda demonstrar o esforço teórico de aproximação da discussão do conceito de família com a teoria marxista.

O historiador Philippe Ariès (1978) procura através da história das mentalidades⁹ tratar da família, sobretudo em sua obra “História Social da criança e da família”, e refletir sobre a construção do sentimento de infância ao longo do tempo, o processo de institucionalização da escola e as mudanças na família. O autor irá estruturar as suas formulações através de uma análise iconográfica¹⁰ para abordar a tríade infância, escola e família.

Desta forma, tornam-se centrais as análises sobre a infância para se avançar nas conceituações sobre família.

A infância nem sempre foi compreendida tal qual nos dias atuais. Segundo a análise de Ariès (1978), não existia a concepção de infância até o século XII. Eram retratados, quando retratados, como adultos em miniatura: “Numa miniatura francesa do fim do século XI, as três crianças que São Nicolau ressuscita estão representadas numa escala mais reduzida que os adultos, sem nenhuma diferença de expressão ou de traços.” (Ariès, 1978, p.51). Assim, se no século XII a infância ainda não tinha tanta importância, era considerada um período de transição, onde logo a lembrança era esquecida, no século XIII passam a existir algumas representações que se aproximam do sentimento moderno. Um importante fator que influenciava a relação com a infância

⁹ Ariès foi profundamente influenciado pela École de Annales que emerge na década de 1960. “Também chamada de Nova História (Nouvelle Histoire), a escola dos Anais é um movimento que, pretendendo ir além da visão positivista dos historiadores que vêem a história como crônica de acontecimentos (histoire événementielle), tem como objetivo renovar e ampliar o quadro das pesquisas históricas. Fundada na França por Lucien Febvre e Marc Bloch (1929), em torno da revista Annales: économies, sociétés, civilisations, essa corrente de pensamento abre o campo da história para o estudo de atividades humanas até então pouco investigadas. Substitui o tempo breve da história dos acontecimentos pela longa duração (longue durée), capaz de tornar inteligíveis os fatos de civilização ou as “mentalidades”. Rompendo com a compartimentação estanque das disciplinas sociais (história, sociologia, psicologia, economia, geografia humana etc.), privilegia, em suas investigações, os métodos pluridisciplinares. Uma das principais obras representativas desta corrente é O Mediterrâneo e o mundo mediterrâneo no período de Felipe II, de Fernand Braudel.” (Japiassú; Marcondes. 2001. p.14)

¹⁰ Para Warburg (1866-1929) a Arte consiste em uma expressão da mentalidade de sua época e, dessa forma, ao seu observador é possível identificar características da época que representa. Assim, segundo Panofsky (1892-1968) a iconografia é um método de investigação que “consiste na classificação, descrição, estudo, identificação e interpretação do significado correto das imagens, fornecendo as bases para a interpretação posterior. A Iconografia é, pois, a ciência que tem como objetivo não somente descrever as imagens, mas também classificar, analisar, identificar (interpretar), justificar as fórmulas adotadas pelos artistas.” (Casimiro, 2016, p.20)

era a alta taxa de mortalidade infantil e por isso a relação frágil e breve com a infância, pois tinham-se muitos filhos e muitas crianças morriam precocemente.

O fim do século XVI é marcado por uma mudança de concepção com relação à infância, se antes tratada com indiferença, agora se torna alvo do interesse de educadores da época. Para o historiador, a educação passa a ser algo central para a formação da infância. Segundo a formulação de Ariès (1978) a família se organiza em torno do sentimento de infância para chegarmos à configuração estabelecida na modernidade.¹¹

Dessa forma, um ponto importante no pensamento de Ariès (1978) é a gradual separação entre público e privado que vai se fomentando, ou seja, a família moderna vai se organizando paralelamente a uma acentuada separação da vida pública e privada, sendo uma tendência que a família esteja envolta por um invólucro de intimidade.¹² Assim, se para Ariès (1978) a família se estabelece em decorrência da criação do sentimento da infância, também cria-se o sentimento de família que, até então, não era conhecido na Idade Média e só vai passar a dar os seus primeiros indícios no século XV e se consolidar no século XVII. Desta forma, é na modernidade que a família vai se nuclearizando e se reduzindo à vida conjugal, construindo a ideia de vida privada mais próxima da que conhecemos hoje.

A ascensão do capitalismo vai fomentar o ideário da sociedade moderna e, conseqüentemente, do modelo de família burguesa. As crianças ganham importante destaque, inclusive, pela ideia de futura mão de obra necessária ao capitalismo. Logo, a família se torna lócus de proteção e responsável por proporcionar bem-estar à criança - futuro trabalhador. Para Ariès (1978), a família moderna substitui as relações sociais antigas e seu modo de sociabilidade anterior.

Uma importante crítica ao trabalho de Ariès situa a sua limitação de análise por ter deixado de fora de seu estudo a infância proletária. (Hermida, 2021). À vista disso,

¹¹ No século XII as retratações oscilam entre camponeses e nobres e nessas cenas está sempre um homem, nunca uma mulher, e no século XVI as imagens de mulheres passam a fazer parte da iconografia. Não se trata mais apenas de retratar o imaginário do amor cortês, passa-se muito mais a uma retratação da mulher e da família participando do trabalho ao lado do homem. As crianças ainda não eram retratadas no século XV, mas já existia uma intenção em demonstrar a participação / colaboração da família.

¹² Os calendários do século XV observados por Ariès, ele percebe como a vida privada ainda em muito se mistura com a vida na rua. Cenas cotidianas da vida na rua não eram opostas à vida privada, eram como sua extensão. As relações sociais e familiares se estabeleciam com quase nenhuma distinção entre o espaço público e privado.

Hermida (2021) ressalta que a análise iconográfica de Ariès se guiou por obras que retratavam a nobreza e o clero, mas que, felizmente, é possível encontrar retratada a infância camponesa em pinturas como as de Pieter Bruegel. Assim, “não temos mais como desconhecer o papel protagonista da criança e de sua infância enquanto categorias ativas e participativas da construção da realidade social nos séculos XVII, XVIII e XIX.” (Hermida, 2021, p.26)

Embora Ariès tenha um relevante destaque no estudo da infância, sendo referência incontornável no tema, a sua análise iconográfica pouco se aproxima da realidade da massa de crianças pobres e filhas da classe proletária. Hermida (2021) considera que uma pesquisa histórica de viés marxista demonstra como crianças foram exploradas ao longo da formação do sistema capitalista. Engels (2020) em “A situação da classe trabalhadora na Inglaterra” descreve a situação das famílias proletárias na efervescência da Revolução Industrial:

Em ruas como a Long Acre e outras, não propriamente espaços de luxo, mas bastante convenientes, incontáveis porções são usados como habitações, dos quais saem à luz do dia silhuetas de crianças doentes e mulheres esfarrapadas, meio mortas de fome. Nas vizinhanças do teatro de Drury Lane – o segundo de Londres – encontram-se algumas das ruas mais degradadas da cidade (Charles Street, King Street e Parker Street), cujas casas são habitadas, dos porções aos desvãos, por famílias paupérrimas. Nas paróquias de St. John e St. Margaret, em Westminster, segundo o Journal of the Statistical Society, em 1840, 5.366 famílias de operários viviam em 5.294 “habitações” (se é que a palavra pode ser usada): homens, mulheres e crianças, misturados sem qualquer preocupação com idade ou sexo, num total de 26.830 indivíduos – e três quartos do total dessas famílias dispunham de um só cômodo. Na aristocrática paróquia de St. George (Hanover Square), de acordo com a mesma fonte, 1.465 famílias de operários, totalizando cerca de 6 mil pessoas, viviam nas mesmas condições – e, delas, mais de dois terços das famílias amontoavam-se num só cômodo. (Engels, 2010, p.73)

Estudos mais recentes sobre a obra de Walter Benjamin demonstram que a ele possa ser creditado o pioneirismo no trato do tema da infância, como ressalta Marchi (2011):

Se Ariès surpreendeu o mundo acadêmico, em 1960, com a publicação do seu clássico estudo sobre a história social da criança e da família, só podemos imaginar dois motivos para que não seja creditado a WB esse pioneirismo: primeiro, porque não há em sua obra uma sistematização da temática da infância; segundo, porque ele não se propôs, tal qual o historiador francês, a realizar uma pesquisa histórica sobre o surgimento da infância na Europa. Mas, o que WB fez de forma muito mais sutil e, talvez por isso mesmo, tão marcante,

foi elevar, já nos anos 20 do século XX, a criança ao estatuto de sujeito digno de observação e nota. (Marchi, 2011, p.222)

Como analisa Lowy (2002), Walter Benjamin, embora tenha sido influenciado pelo romantismo alemão e o messianismo, bebe da fonte do marxismo em sua preocupação com a filosofia da história. Parece ser possível situar as suas contribuições acerca da infância guiadas por um conceito de história materialista.

Para Ferreira (2015), Walter Benjamin tem críticas à visão de infância que a enxerga a partir de uma cronologia das capacidades e também à ascensão de uma pedagogia iluminista e a idealização da infância na psicologia do início do século XX:

Benjamin (2005) questiona, exatamente, a teleologia das teorias psicológicas do século XIX em relação à infância, por defenderem uma linha crescente de habilidades, que justificaria a necessidade de adultos para poder acompanhar e auxiliar o desenvolvimento de crianças. (Ferreira, 2015, p.397)

Benjamin insurge uma relação com o passado diferente da proposta moderna da psicologia e da pedagogia, uma outra relação com a história que busca superar qualquer viés evolucionista, dando centralidade à experiência da infância sem apartá-la da realidade social. Segundo Ferreira (2015), para Walter Benjamin "(...) a infância é uma oportunidade de defesa de uma concepção de tempo não subtraída aos interesses hegemônicos, evidentemente burgueses." (p.395). Assim, nas palavras de Benjamin "(...) a pedagogia proletária não parte de duas datas abstratas, mas de uma concreta. A criança proletária nasce dentro de sua classe. Mais exatamente, dentro da prole de sua classe, e não no seio da família." (Benjamin, 2009, p.122). Dessa forma, Walter Benjamin dá luz às reflexões sobre a educação proletária, enfrentando a psicologia e a educação de concepção burguesa.

o que diferencia os movimentos de seu pensamento das melhores e mais sinceras reflexões por parte da burguesia é que ele considera seriamente não apenas a criança, a natureza infantil, mas também a situação de classe da própria criança, situação essa que jamais constitui um problema real para o "reformador escolar" (Benjamin, 2009, p.123)

Poster *apud* Bruschini (2009) enfatiza também a dimensão de como a privacidade era algo sem valor entre famílias camponesas, diferentemente das famílias burguesas onde já se demonstra o sentimento de amor parental pelos filhos.

Embora o contexto da classe trabalhadora no início da industrialização¹³ fosse de condições de vida precárias, onde todos os membros da família necessitavam trabalhar nas fábricas a fim de garantir a sobrevivência, não sendo assim um “ninho de domesticidade”, contudo, até o século XVIII o modelo de família iria se aproximando mais dos ideais da família burguesa.

Canevacci (1982) defende uma necessidade de leitura interdisciplinar sobre a família, já que a difusão de um espírito de especialização é marca da maneira de se fazer pesquisa científica, fomentando um método de produtividade científica “paralelamente à expansão da produção de mercadorias, mas deixou de lado completamente a concepção do ser humano como totalidade (...)” (Canevacci, 1982, p.13).¹⁴

O antropólogo Lewis H. Morgan destaca-se como expoente de uma análise dentro da perspectiva evolucionista: “a história no reino da natureza, destruindo crenças atávicas sobre a eternidade das atuais formas familiares.” (Canevacci, 1982, p.17) A concepção de Morgan sobre as passagens de família consanguínea para família punaluana, parte da evolução da família consanguínea onde não é mais possível a relação sexual entre irmãos; e avança para a família fundada no casal, demonstrando uma visão evolutiva sucessiva e cronológica, considerando as formações mais antigas de família como primitivas. Canevacci (1982) enfatiza que apesar da formulação evolutiva ser “cientificamente infundada”, é de fundamental importância na inauguração dos estudos de parentesco.

¹³ A situação da classe trabalhadora é muito bem abordada e detalhada por Friedrich Engels em sua obra “A situação da classe trabalhadora na Inglaterra” de 1845, onde pôde testemunhar o contexto das famílias trabalhadoras durante sua estadia em Manchester - coração da Revolução Industrial. “Por regra geral, as casas dos operários estão mal localizadas, são mal construídas, mal conservadas, mal arejadas, úmidas e insalubres; seus habitantes são confinados num espaço mínimo e, na maior parte dos casos, num único cômodo vive uma família inteira; o interior das casas é miserável: chega-se mesmo à ausência total dos móveis mais indispensáveis. O vestuário dos operários também é, por regra geral, muitíssimo pobre e, para uma grande maioria, as peças estão esfarrapadas. A comida é frequentemente ruim, muitas vezes imprópria, em muitos casos – pelo menos em certos períodos – insuficiente e, no limite, há mortes por fome.” (Engels, 2010, p.116)

¹⁴ Canevacci (1982) em seu livro “Dialética da família” opta por organizar as abordagens da família destacando três orientações diferentes da pesquisa antropológica, sendo elas: 1) evolucionismo; 2) funcionalismo e 3) estruturalismo.

Os estudos de Lewis H. Morgan tornam-se alvo de interesse dos pais do materialismo histórico-dialético - Marx e Engels. É sabido que ambos eram grandes interessados dos debates da época.¹⁵

Ressalta Moschkovich (2021), que embora a obra de Engels *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*¹⁶ se faça incontornável e extremamente atual, ela se baseia num diálogo com essa perspectiva evolucionista. Assim, existia uma perspectiva de que os relatos de antropólogos europeus viajantes utilizadas por Morgan seriam uma forma de compreender a história da humanidade. Essa ideia se aproxima da perspectiva do darwinismo social.¹⁷

A discussão da história das sociedades se estrutura na referida obra de Engels em três etapas determinadas por Lewis H. Morgan e que Engels optou por mantê-las, por considerar que ainda não haviam ampliações suficientes de materiais que justificassem alterações nas classificações estabelecidas pelo antropólogo. Dessa forma: estado selvagem, barbárie e civilização. Cada etapa se subdivide ainda em três estágios: inferior, intermediário e superior. Engels busca compreender como se dão e se nomeiam as relações de parentesco e matrimônio e as formações de família. E são os estudos de Morgan sobre os iroqueses¹⁸ que dão substância à análise de Engels.

Morgan classifica três estágios da família, sendo: primeiro estágio a família consanguínea. Os casamentos podem se dar nos limites das gerações, ou seja, não era permitida a relação entre pais e filhos, mas os grupos conjugais se organizam pela geração: irmãos e irmãs são também marido e mulher, e assim se estabelece também

¹⁵ O campo da antropologia não era ainda tão estabelecido: muito comum à época que antropólogos procurassem uma “generalização” capaz de explicar formas de organização humanas em quaisquer lugares do globo.

¹⁶ Marx se interessa sobre a organização de sociedades pré-capitalistas e produz rascunhos com reflexões sobre as formas de organização das sociedades pré-capitalistas. Tais rascunhos não são incipientes, tratam-se de cerca de 400 páginas baseadas nos estudos de quatro etnólogos evolucionistas¹⁶ (Fortes, 2018). Os rascunhos de Marx, pouco depois, serão retomados por Engels para elaboração de *A origem da família, da propriedade privada e do Estado* (originalmente lançado em 1884). Não é objetivo deste trabalho tratar especificamente da produção destes etnólogos, aqui acaba-se por abordar de maneira mais incisiva as reflexões sobre os estudos de Morgan que ocupam boa parte dos escritos de Engels em *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*.

¹⁷ Darwinismo social ou evolucionismo social: “1. Em sentido lato, o conjunto das doutrinas do século XIX (de direita ou de esquerda) que procuraram aplicar a teoria darwinista da evolução (ou alguns de seus aspectos) ao campo ético-político. 2. Em sentido restrito (e significativo), o conjunto das teorias que, partindo dos conceitos biológicos de “luta pela existência” e de “sobrevivência do mais apto”, tentaram dar um (suposto) fundamento “científico” às desigualdades sociais (e raciais). Algumas das teses desse tipo de Darwinismo social foram retomadas, de formas mais ou menos explícitas, pela chamada “sociobiologia”. (Abbagnano, 2012, p.267)

¹⁸ Iroqueses foram um grupo de nativos indígenas que viveram na América do Norte, no equivalente à localidade onde hoje se situa Nova York.

para a geração dos pais e avós. O próximo avanço na organização de família seria, assim, denominada família punaluana, onde exclui-se as relações sexuais entre irmãos. Começando a restrição com relação aos irmãos biológicos e se estendendo, mais a frente, aos filhos dos irmãos. Dessa forma, a família punaluana cria a categoria de sobrinhos/as e primos/as, uma categoria que não faria sentido sem a interdição do incesto. A família vai se dividindo e no estágio da barbárie já existia um tamanho máximo da comunidade familiar. É da família punaluana que se originam as gens¹⁹. Outro ponto importante é o fato de nesse contexto de família grupal, não havia certeza da paternidade, sabia-se quem eram as mães que geraram as crianças, embora existisse obrigação materna com todas as crianças do grupo.

Por fim, o estágio da família de um par que nasce entre o estado selvagem e a barbárie e, segundo Engels (2019), consolida bases para a monogamia. Como o próprio nome anuncia, na família de um par o casamento é por pares e passa-se a ser exigida absoluta fidelidade das mulheres. Aos homens ainda é reservado o direito à infidelidade e poligamia, mas ainda se seguia o direito materno em caso de dissolução do casamento. A queda do direito materno está ligada à necessidade do pai natural, aumento da riqueza, controle da força de trabalho e a preocupação com a herança dos bens. Assim, os descendentes pertencentes à gens eram os descendentes do pai e o patrimônio deveria permanecer na gens.

Portanto, à medida que se multiplicavam, as riquezas, por um lado, proporcionavam ao homem uma posição mais importante do que a da mulher na família e, por outro, geravam o impulso para valer-se dessa posição fortalecida a fim de derrubar a sucessão hereditária em favor de seus filhos/filhas, mas isso não foi possível enquanto vigorou a linhagem segundo o direito materno. Era este, portanto, que tinha que ser derrubada, e ela o foi. (Engels, 2019, p. 59)

Em suma, se o estado selvagem se caracteriza por casamentos grupais, a fase da barbárie pelo casamento de um par, fazendo a ponte para a consolidação do casamento monogâmico no estado da civilização, sendo uma das suas principais marcas e tem a “finalidade expressa de gerar filhos com paternidade inquestionável,

¹⁹ “círculo consistente de parentes consanguíneos pela linha feminina que não podem casar-se entre si e que, a partir daquele momento, vai consolidando-se cada vez mais, por meio de outras instituições comuns (...)” (Engels, 2019, p. 48)

e essa paternidade é exigida porque um dia os filhos deverão assumir, como herdeiros naturais, o patrimônio paterno” (Engels, 2019, p. 64).

Ressalta Canevacci (1982):

Se é verdade que qualquer proposta teórica e política séria de libertação da mulher, de igualdade entre os sexos e de superação da paranóica família tardo-burguesa não pode mais partir da obra de Engels - ainda fundamental pela sua tensão moral, (...) é igualmente verdade que deverão ser encontradas outras respostas teóricas, políticas e organizativas com relação àquela metodologia e àquelas conclusões, a fim de evitar o duplo risco de congelamento no passado ou de referência a um presente que, de socialista, não conserva mais do que uma terminologia vazia. (Canevacci, 1982, p.22)

Embora calcada em uma perspectiva que parte da ideia de formas familiares primitivas, e em uma linha evolucionista, tais bases teóricas são importantes de serem revisitadas, pois inauguram as buscas por compreensão das formas de parentesco, retirando a família do eixo de elaboração que a coloca como dado natural e imutável, e que apaga a sua construção histórica ao longo do tempo.

2.2 Pensamento conservador e família: uma análise crítica

Não surpreende que o debate da família seja objeto de estudo e permeado por diversas matrizes do pensamento social. Para essa pesquisa cabe salientar o esforço teórico de aproximação do debate da família em diálogo com o marxismo. Contudo, faz-se necessário situar as demais perspectivas teóricas que se apropriam do tema. Se a burguesia inaugura um importante salto de desenvolvimento com relação ao modo de produção anterior e passa a ter como importante característica uma valorização da racionalidade, vemos, com o tempo, o emergir de uma racionalidade burguesa que tem como uma das suas principais características desvincular os fenômenos sociais da sua base econômica. Assim, ocultam elementos da estrutura e da dinâmica social. A era moderna possibilita ao homem seu entendimento como criador de sua própria existência e fomenta uma nova forma de compreender o mundo, liberando-o de concepções fundamentadas na razão divina (Guerra, 2011).

Aqui cabe nos apoiarmos nas reflexões de Coutinho (2010) sobre o que ele denomina de miséria da razão, uma vez que ressalta um importante avanço de um movimento progressista que vai desde os pensadores renascentistas a Hegel, mas

que são seguidos por uma ruptura (1830-1848) que potencializa a alienação humana em seu movimento de reação ao progresso que vinha se estabelecendo. Assim, a burguesia torna-se uma classe conservadora interessada na manutenção do status quo, ao que Coutinho (2010) denomina esse novo interesse burguês como um processo de abandono da razão. Assim, destruir a razão significa tornar comum aos homens uma concepção que pouco favorece questionamentos sobre o modo como se produz e se reproduz no mundo.

Destaca-se aqui com nitidez uma determinação muito importante do irracionalismo: uma de suas mais importantes tarefas sociais para a burguesia reacionária consiste em oferecer ao homem certo confort no terreno da concepção de mundo, a ilusão de uma liberdade completa, a ilusão da independência pessoal, da superioridade moral e intelectual (Lukács, 2020, p.25)

Outro ponto substancial na visão lançada sobre a família é a questão do conservadorismo. Yazbek (2018) esclarece que o pensamento conservador é produto não intencional da Revolução Francesa e da Revolução Industrial, pois, não constitui uma teoria social, mas é um sistema de ideias preservador da autoridade moral frente às condições históricas que ameaçam sua influência. Assim, “podemos conceber o conservadorismo como uma reação aristocrática à revolução francesa e às mudanças ocasionadas pelo desenvolvimento das forças produtivas.” (Souza; Oliveira, 2018), representando um movimento de resistência à modernidade que trazia consigo mudanças em toda a vida social com a transição ao sistema capitalista.

Embora o conservadorismo passe a ser disseminado na Europa no século XIX, segundo Yazbek (2018), ao fim do século XVIII já era possível encontrar o discurso conservador em *Reflexões sobre a Revolução em França* de Edmund Burke, onde este valoriza o feudalismo e defende “a família patriarcal, a comunidade local, a região, a Igreja, as associações” (Yazbek, 2018, p.4)

Com a consolidação do sistema capitalista, o conservadorismo vai se constituir enquanto estratégia da nova classe dominante.

A tentativa de conhecer o ser social ocasionado pelas ciências sociais²⁰ é homólogo ao da investigação da natureza (biologia, física, química etc.). Assim, a racionalidade “científica” do positivismo, em que aparecem as suas expressões

²⁰ Inicialmente, Netto (1992) utiliza “ciências sociais” destacada entre aspas para destacar sua filiação à matriz positivista.

funcionalista, estruturalista, funcional-estruturalista justifica, inclusive, sua denominação generalizada de ciências sociais (no plural). Netto (1992), apoiado pelo pensamento lukacsiano, não define a obra marxiana como ciência social. Pelo contrário, o autor vai ressaltar a influência da matriz positivista nas ciências sociais, sendo uma resposta conservadora na cultura ocidental do século XIX. Em contrapartida, a obra marxiana funda uma teoria social de caráter ontológico, histórico e radical.

Dessa maneira, “a obra marxiana é uma teoria da sociedade burguesa que pouco tem a ver com as ciências sociais especializada, ainda que opere com os mesmos materiais que servem de matéria a elas” (Netto, 1992, p.144), pois busca se aproximar da totalidade social concreta. Enquanto, por outro lado, as ciências sociais presumem a vaga noção de todo composta por partes que descolam os fenômenos da sociedade de sua base econômica.

Assim, o pensamento conservador demarca o horizonte das ciências sociais, contemplando os sistemas teóricos abrangentes. Para Netto (1992), é através da teoria social de Marx que se faz possível uma aproximação da totalidade concreta que se propõe a conhecer o movimento do ser social na sociedade burguesa, pois “parece assente que um conhecimento teórico do ser social só é viável quando as relações sociais se apresentam como tais, isto é, como produtos distintos da natureza e próprios da prática humana” (Netto, 1992, p.144).

O funcionalismo é o ramo das ciências sociais em que se busca compreender a sociedade a partir da ideia de funções, onde o mau funcionamento de determinadas instituições se torna prejudicial à harmonia da sociedade. Assim, “todo fato sócio-cultural pode e deve ser explicado por meio de sua específica “função” no interior do grupo em questão. (...) A família elevada a instituição fundamental e cuidadosamente isolada da história, é finalmente celebrada como “função principal” que deve ser iluminada e defendida em toda a sua indiscutida autoridade” (Canevacci, 1982, p.22-23).

Diante da conformação de funções da família defendidas pela escola funcionalista, Canevacci (1982) enfatiza que ao mesmo tempo bons etnógrafos, destacando Malinowsky, não foram obstinados em tratar metodologicamente informações históricas das sociedades analisadas - “limitaram-se a proclamar a universalidade da função e, com isso, ao elogio do óbvio” (Canevacci, 1982, p. 23).

Dessa forma, a família enquanto instituição de análise para o funcionalismo, vai estar em consonância, ou não, com o que se espera para o funcionamento da sociedade, se não estiver, apresenta-se como disfuncional. Sabemos que esse pensamento influenciou e influencia a maneira como se compreende as famílias ainda hoje. Neste campo teórico, a família é o núcleo elementar da sociedade e se estabelece como local onde se resolvem as questões da reprodução, tal qual o sistema produtivo e de trabalho resolvem as questões de sobrevivência. A família torna-se uma instituição que estabelece regras entre as relações sexuais e de solidariedade entre membros de um grupo. (Tullio-Altan *apud* Canevacci, 1982)

Bruschini (2009) destaca como expoente do funcionalismo americano da década de 1950 Talcott Parsons. O autor coloca a centralidade da família enquanto espaço de socialização e de formação de personalidades das crianças. Assim, com a nuclearização da família moderna o papel da mãe tem ainda mais relevância por ser a responsável em primazia pela saúde física e emocional dos membros da família, desempenhando a mulher os papéis de esposa, dona de casa e mãe.

O crescimento da psicologia e da psiquiatria é ponto importante, pois o debate da personalidade acaba girando em torno das relações familiares. De acordo com Hita (2005), os estudos americanos ressaltam a domesticidade da família, reforçando os seus papéis, sobretudo no que tange à socialização. A teoria parsoniana sobre família acaba por considerar o modelo nuclear o mais desenvolvido em detrimento de outros modos de organizações familiares que passam a ser vistos como patológicos e disfuncionais. Desta forma, há uma importante influência parsoniana nos anos 1950 com relação ao patriarcalismo do debate da nuclearidade da família. Parsons vislumbra a família moderna como estágio avançado e, conforme ressalta Hita (2005), quaisquer mudanças representam regressão a um estágio anterior da família.

Dessa forma, uma característica da matriz funcionalista é a sua aproximação com uma análise biologicista de fenômenos da vida social²¹. Sendo assim, a família passaria por uma capacidade de adaptação condizente com as necessidades impostas pela industrialização

Our suggestion is, in this perspective, that what was recently been happening to the American family constitutes part of one of these

²¹ Se avaliarmos o método sociológico de Durkheim, tido como pai do funcionalismo, encontramos sua perspectiva de análise dos fenômenos sociais enquanto saudáveis ou patológicos.

states of a process of differentiation. This process has involved a further step in the reduction of the importance in our society of kinship units other than the nuclear family. It has also resulted in the transfer of a variety of functions, from the nuclear family to other structures of the society, notably the occupationally organized sectors of it. This means that the family has become a more specialized agency than before, probably more specialized than it has been in any previously known society. (Parsons, 1955, p.9)

Os traços do conservadorismo de Parsons ficam mais evidentes quando avaliamos que a sua abordagem acerca da família preza por uma manutenção da sua instituição e não pressupõe pensar quaisquer mudanças.

(...) todo esse processo de funcionamento de um sistema, sua evolução e eventual possibilidade de mudança estrutural está regido, segundo Parsons pelas leis da dinâmica do equilíbrio social, que descrevem o modo de funcionamento de qualquer sociedade sem que esta tenha de experimentar necessariamente mudança social. (Hita, 2005, p.120)

Se para a teoria parsoniana o modelo hegemônico é a família nuclear norte-americana, há de se salientar, como bem chama atenção Hita (2005), que países de capitalismo dependente como o Brasil experimentam outros formatos de família, como o que denominamos família extensa, sobretudo para classes pobres.

Com relação à matriz estruturalista, o estudo da família tem um importante expoente - o antropólogo Lévi-Strauss - que compreende o parentesco enquanto estrutura elementar da família. O estruturalismo busca apreender a realidade social com base num conjunto de relações sociais considerado elementar.

Nas palavras de Coutinho:

O programa estruturalista consiste, essencialmente, na afirmação de que - sendo a realidade social um conjunto de sistemas simbólicos ou de formas de comunicação - o método capaz de torná-la inteligível é aquele próprio da linguística moderna, as ciências humanas, ou aquilo que deve substituí-las, tornam-se disciplinas particulares no interior de uma semiologia geral. (Coutinho, 2010, p. 77)

e aponta, ainda, as limitações do estruturalismo, uma vez que

(...) o estruturalismo tende a transferir para a própria realidade os "limites" que sua epistemologia formalista (essencialmente análoga à do neopositivismo) julga descobrir no conhecimento racional. Na "antropologia estrutural", somente merecerão a qualificação de "objetivas" aquelas configurações ontológicas às quais se possam

aplicar as leis do intelecto formal; isso provoca, como veremos, um profundo empobrecimento da realidade, na medida em que são declaradas “subjetivas” (e, portanto, irracionais) as questões essenciais da sociedade: as da história, do humanismo, da dialética. À “miséria da razão” vem juntar-se assim uma “miséria do objeto”. (Coutinho, 2010, p.80)

Canevacci (1982) ressalta a importância do estudo de Lévi-Strauss por contribuir com a desnaturalização da família, pois questiona a universalidade da experiência da filiação com base na relação avuncular, logo questiona-se o destino natural e divino da família biológica e sua filiação. Com o estabelecimento da proibição do incesto, passa-se da natureza à cultura, logo “a família biológica é uma abstração indeterminada que não tem nenhuma relação com a realidade histórica. Ao contrário: com a solução do tabu do incesto, a família expressa a passagem do fato natural da consanguinidade para o fato cultural da afinidade.” (Canevacci, 1982, p. 27)

A emancipação burguesa em contraposição à lógica feudal da família extensa, favorece a nuclearização da família e a legitimação da propriedade privada com a consolidação da total separação entre esfera pública e privada. Essa emergência ganha tónus com a ideia de igualdade jurídica entre homens e mulheres no interior da família. (Canevacci, 1982)²²

À vista disso, a suposta igualdade adquirida entre homens e mulheres está dentro dos limites da emancipação política que é a emancipação nos limites do Estado. Em 1844, Marx já havia realizado uma importante formulação sobre a superação das opressões na sociedade capitalista em “A questão judaica” com o conceito de emancipação humana. Se a emancipação política é a da burguesia, a emancipação humana, universal, é do proletariado, o que possibilita a superação da sociedade de classes e a exploração do homem pelo homem. A emancipação política é a emancipação possível dentro dos limites da sociedade capitalista:

A emancipação política é a redução do homem, por um lado, a membro da sociedade burguesa, a indivíduo egoísta independente, e, por outro, a cidadão, a pessoa moral. Mas a emancipação humana só

²² O direito na sociedade capitalista é uma igualação do homem ao homem burguês, pois assume certa fantasia de que os direitos civis e políticos podem ser alcançados sob a égide do direito jurídico. Esse ponto de análise é decisivo para compreender como a ideia de igualdade entre homens e mulheres no seio da família (ou na sociedade) sob a lógica do direito jurídico é uma “contraposição à sua desigualdade real” (Canevacci, 1982, p. 40). Assim, sobre o direito na sociedade capitalista, Oliveira (2020) enfatiza o direito inalienável da propriedade privada expresso na Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão. A análise da naturalização e infinitização da propriedade privada é ponto que viemos articulando como concludente com a forma que a família assume na sociedade do capital.

estará plenamente realizada quando o homem individual real tiver recuperado para si o cidadão abstrato e se tornado ente genérico na qualidade de homem individual na sua vida empírica, no seu trabalho individual, nas suas relações individuais, quando o homem tiver reconhecido e organizado suas “forces propres” [forças próprias] como forças sociais e, em consequência, não mais separar de si mesmo a força social na forma da força política. (Marx, 2010, p. 54)

Assim, a forma como a família vai se constituindo ao longo da história é decisiva para pensarmos a situação das mulheres.

É válido lembrar que a naturalização das relações familiares implica uma naturalização do papel reservado à mulher na família e na sociedade. Aqui, o exercício profissional não pode ter outra direção, pois a naturalização da sociedade remete, automaticamente, o conflito para a esfera moral. Considerados esses como problemáticos, a única saída são as mudanças de comportamentos, recaindo assim, na psicologização das relações sociais (NETTO, 2011a). (Horst, 2018, p.68)

Bruschini (2009) destaca a função econômica da família, ponto este que é marcado pela transformação de uma unidade básica de produção na esfera doméstica para um modelo profundamente modificado com a industrialização, onde a família torna-se uma unidade de consumo. As tarefas domésticas passam a ser desvalorizadas, sendo estruturada pela divisão sexual do trabalho, atribuindo às mulheres a responsabilidade por tais funções.

Para a função socializadora, Bruschini (2009) enfatiza a função educativa da família, onde tendem a ser abordadas a dimensão dos vínculos afetivos familiares, fortemente influenciados pela psicologia e o destaque das funções repressivas e autoritárias ante a socialização da família, onde destaca-se o trabalho de Reich. Por fim, temos a função da reprodução ideológica, em que a família tem o papel de internalização das normas sociais, como hábitos, costumes, valores. Nesse ponto, destaca a função da mulher no cotidiano familiar, por ser “quem fiscaliza a interiorização dos elementos ideológicos no âmbito da vida familiar” (Bruschini, 2009, p.74)

Como podemos perceber e conforme ressalta Bruschini (2009), a família possui uma diversidade conceitual vasta tanto quanto as diferentes disciplinas que abordam o tema e que se dedicam a pensar para que serve a família e por isso, dedicamos o próximo ponto ao debate da família no marxismo

2.3 Família e Marxismo: o lugar das mulheres nas famílias burguesas

Parece ímpar começar este ponto do trabalho, esclarecendo o porquê do destaque à teoria social crítica. O esforço teórico a ser apresentado tem como finalidade aproximar o debate da família à teoria social de Marx. Essa escolha parte de dois importantes pontos: o primeiro, por considerarmos bastante sólidas as bases da obra marxiana em um desvelamento da sociedade do capital e, segundo, uma aposta metodológica na forma de se aproximar do real.

Netto (2009) alerta-nos sobre a importância de demarcarmos a diferença entre teoria marxiana e marxismo para tratarmos do debate da família. A primeira refere-se à obra de Marx e a última refere-se a uma tradição teórica e política que se sustenta nas formulações de Marx. Contudo, a tradição marxista não é homogênea, por ela "entrecruzam-se vertentes diferenciadas" (Netto, 2009, p. 89)

Embora não tenha sido foco central das formulações de Marx, Engels e Lukács, um estudo cuidadoso e apurado de suas obras nos mostra que esteve entre a preocupação dos autores a questão da família e conseqüentemente a condição da mulher na história da sociedade. É certo que no capitalismo a opressão sofrida pelas mulheres e a dinâmica familiar ganha elementos particulares.

Embora as mulheres tenham alcançado conquistas ao longo do tempo, existem diversas contradições na vida cotidiana e, assim, a emancipação da mulher só se faz factível enquanto emancipação humana. E nesse horizonte podemos e devemos pensar na dissolução da família, pelo menos nos moldes como conhecemos hoje. Netto (2009) destaca que a obra marxiana contribui para os estudos sobre a família se considerarmos seu ponto de vista teórico-metodológico e histórico-sistemático, pois considera-se que do primeiro contribui-se com a análise da família em uma perspectiva de totalidade e do segundo ponto de vista fortalece a perspectiva histórica calcada no real, enfraquecendo concepções que tratam de tipos ideais ou que se baseiam em uma ideia de natureza humana a-histórica.

Assim, se no seio do marxismo o tema da família não foi privilegiado (Bruschini, 2009), não havendo uma elaboração específica sobre a instituição família, há de se considerar que "a obra marxiana é tanto inacabada quanto inacabável" (Netto, 2009, p.89). Embora Marx não tenha debatido com a mesma profundidade diferentes

dimensões da sociabilidade burguesa, Netto (2009) enfatiza que é possível encontrar recursos históricos e analíticos para compreensão da família.²³

Para Marx, o Estado de direito burguês, a propriedade privada e a família monogâmica cumprem a sua função de unidade econômica, sendo a sustentação do modo de produção capitalista. É no estágio da civilização que essa consolidação se faz possível servindo à lógica de acumulação do capital. Todas essas transições nos modos de existirem as famílias e constituição de um Estado próximo ao que conhecemos hoje só se faz possível dadas às condições materiais, econômicas e de reprodução da vida.

Em 1875, Marx havia enviado uma série de considerações ao Programa do futuro Partido Social Democrata Alemão, que foi publicado anos após sua morte por Engels sob o título “Crítica ao Programa de Gotha”. Marx vai defender a ditadura do proletariado como forma de Estado responsável pela transformação com horizonte comunista. Nesse ponto, nos importa mais as observações de Marx acerca da relação trabalho, mulheres e crianças. Uma das exigências do “partido operário” era a limitação do trabalho das mulheres (redução da jornada de trabalho, excluir de trabalhos nocivos à condição da mulher) e a proibição do trabalho infantil.

(...) rígida regulamentação da jornada de trabalho segundo as diferentes faixas etárias e as demais medidas preventivas para a proteção das crianças, a combinação de trabalho produtivo com instrução, desde tenra idade, é um dos mais poderosos meios de transformação da sociedade atual. (Marx, 2012, s.p)

Atento às opressões sofridas pelas mulheres, também exigia-se anulação de leis que as prejudicasse com relação aos homens, tanto nos limites do direito público quanto do privado. Também atenta-se à questão do sufrágio universal, pois, ora, se argumenta-se que as mulheres não tinham instrução política suficiente, muitos homens também não possuíam e à eles era garantido o direito de voto. (Marx, 2012)

Como viemos tratando, remeter à família implica incontornavelmente falar da questão das mulheres na sociedade. Nesse ponto é importante fazer um enlace com as reflexões de Marx sobre a situação da mulher em “Sobre o suicídio” de 1846,

²³ Dessa forma, não é objeto deste estudo tratar especificamente das indicações e aproximações de Marx ao tema da família, embora Netto (2009) ressalte que um ensaio detalhado sobre a questão possa encontrar nas obras apresentadas por Marx durante toda a sua vida “determinações e excursos que tematizem a família ou que forneçam elementos histórico-analíticos para o seu estudo e compreensão” (Netto, 2009, p. 90).

publicado originalmente no *Gesellschaftsspiegel*²⁴. Segundo Löwy (2006), responsável pelo prefácio à edição brasileira da Boitempo, Marx utiliza boa parte dos registros de Peuchet, um ex-arquivista policial, aos quais vão se somar suas próprias notas. Löwy (2006) destaca o fato de tais reflexões estarem ligadas à esfera da vida privada, não como habitualmente ligada às esferas econômicas ou políticas, e trata, sobretudo, da opressão das mulheres na sociedade moderna.

O interesse de Marx pelo capítulo de Peuchet recaiu menos sobre a questão do suicídio como tal e mais sobre sua crítica radical da sociedade burguesa como forma de vida “antinatural” (fórmula proposta pelo próprio Marx em sua introdução). O suicídio é significativo, tanto para Marx como para Peuchet, sobretudo como sintoma de uma sociedade doente, que necessita de uma transformação radical. (Löwy, 2006, p.16)

e ainda

(...) para Marx/Peuchet, a crítica da sociedade burguesa não se pode limitar à questão da exploração econômica - por mais importante que seja. Ela deve assumir um amplo caráter social e ético, incluindo todos os seus profundos e múltiplos aspectos opressivos. (Löwy, 2006, p.17)

As estruturas familiares patriarcais modernas levam as mulheres ao desespero e ao suicídio, fato constatado através dos registros de Peuchet, e essas opressões não fogem ao olhar do jovem Marx que já aponta para a necessidade da emancipação. “Descobri que, sem uma reforma total da ordem social de nosso tempo, todas as tentativas de mudança seriam inúteis.” (Marx, 2006, p.28)

Na era do capital, Engels (2019) considera as alterações que ocorrem na família proletária, a mulher muitas vezes se torna provedora e está no trabalho nas fábricas. O casamento segue sendo monogâmico, embora a mulher volte a ter direito a separar-se. “Em suma, o matrimônio proletário é monogâmico no sentido etimológico do termo, mas de modo nenhum em seu sentido histórico” (Engels, 2019, p.73). Na sociedade moderna tem o homem e a mulher os mesmos direitos perante a lei, ao que Engels (2019) vai farpear comparando essa argumentação jurídica ao proletário que firma um contrato de trabalho assinado voluntariamente por ambas as partes, mas como ele alerta há de se considerar o poder que existe entre as diferentes classes, “a situação econômica real de ambas não interessam à lei.” (Engels, 2019, p.74)

²⁴ “Espelho da sociedade”

Sobre a dimensão da reprodução social da vida, Engels (2019) enfatiza que a escravização doméstica da mulher é fundante da sociedade moderna caracterizada por famílias individuais. Caso sejam os meios de produção comuns à sociedade, dilui-se a função econômica da família, o cuidado e a educação das crianças podem ser de interesse coletivo e a mulher poderá entregar-se a quem ama - “Não seria isso motivo suficiente para o surgimento gradativo de uma relação sexual mais desinibida e, desse modo, também de uma opinião pública menos severa a respeito da honra virginal e da desonra da mulher?” (Engels, 2019, p.76).

É esse um dos assombros que persegue as mulheres na sociedade moderna, ao que Marx (2006) vai narrar o caso de uma jovem que ao se entregar ao noivo antes do casamento, e descoberta pelos pais, atirou-se ao rio Sena tomada pela vergonha.

Portanto, a liberdade completa de consumação do casamento só será universal quando a eliminação da produção capitalista e das relações de propriedade criadas por ela tiverem afastado todas as considerações econômicas colaterais que, no momento, ainda exercem uma influência muito poderosa sobre a escolha dos cônjuges. (Engels, 2019, p. 80)

Aqui nesse ponto, ultrapassando a obra marxiana, citamos Lukács, talvez o mais importante pensador marxista do século XX, para demonstrar como, embora também não central em sua obra, existem reflexões acerca da condição da mulher.

O matriarcado e seu desaparecimento estão entre os grandes efeitos aos quais esteve submetida a relação entre homem e mulher, e não há desenvolvimento, não há surgimento nem fenecimento de formações nas quais essa dinâmica de desenvolvimento não esteja ativa. As funções socialmente modificadas que surgem por essa via na relação entre homem e mulher como momentos da divisão social do trabalho ocasionam - independentemente das intenções, dos propósitos dos envolvidos - novas relações sociais sumamente importantes, sem, no entanto, produzirem necessariamente transformações profundas no plano imediato da relação humana entre homem e mulher, mas criando também reiteradamente campos de ação de possibilidade para tais transformações. Com efeito, está claro que, desde o declínio das formas matriarcais de vida, o domínio do homem e a opressão da mulher se converteram em fundamento permanente da convivência social dos homens. (Lukács, 2013, posição11778)

Desta forma, destaca-se que não é possível pensar no conceito de família moderna descolado do debate da inferiorização da mulher. A opressão das mulheres

faz-se presente na história da humanidade, apesar de tomar diferentes contornos em diferentes sociedades e diferentes momentos da história.

2.3.1 As contribuições marxistas a partir do século XX

Retomando a distinção importante que Netto (2009) faz sobre tradição marxista e a obra marxiana, o autor coloca que os anos 1960 são marcados pela emergência de novas necessidades sociais que propiciam o surgimento de debates não resolvidos pela tradição marxista. Especialmente essa década marca também um movimento de retorno à fonte marxiana e diversos segmentos do marxismo viram-se compelidos a dialogar com outras matrizes teóricas e ideo-políticas, sobretudo novos movimentos sociais na luta por direitos civis na qual destaca-se o movimento feminista.

Soma-se a esta conjuntura um novo padrão de crise capitalista, com mudanças nos processos produtivos e “rebatendo na estrutura e no comportamento das classes sociais” (Netto, 2009, p. 97). Também destaca-se a necessidade de uma elaboração da crítica marxista nos processos de ruptura com a ordem burguesa, onde se impõe a análise de instituições como a família.

Este período é marcado por uma forte crise do capital. Como sabemos, o capitalismo é marcado por crises inerentes ao seu processo de acumulação e essas crises têm uma base material que tem rebatimentos em todas as dimensões da totalidade social. Não se trata de uma análise economicista, mas “trata-se apenas de deixar claro que a raiz mais profunda da crise que o mundo vive hoje está nas relações que os homens estabelecem entre si na produção da riqueza material.” (Tonet, 2009, p.1)

Assim, se as bases materiais, as relações sociais de produção e as forças produtivas, sustentam e se relacionam dialeticamente com suas formas jurídicas, políticas e também suas formas de consciência, ideologia, cultura, filosofia, dentre outros, se torna possível compreender como os movimentos do capital, como seus momentos de crise, tem impactos em toda a vida social. Dessa forma, as crises do capitalismo atingem todas as estruturas da sociedade. Tais crises tem em seu fundamento o processo de acumulação do capital e seus momentos de rebaixamento da taxa de lucro. Nas palavras de Tonet: “Sabemos que o que “interessa” ao capital é o maior aumento possível da taxa de lucro...” (Tonet, 2009, p.2)

Para Mészáros (2009), a crise que se apresenta não tem caráter cíclico como outrora, mas representa uma crise estrutural própria do capital. Sua formulação considera que essa crise corresponde ao desenvolvimento do capital a partir da década de 1970 e ressalta que a crise não diz respeito apenas à economia ou a uma crise política, ela afeta a totalidade da vida social.

Nesse sentido, as transformações operadas pelo capitalismo mundial desde a década de 1970 têm substanciais impactos na degradação da vida humana e nas relações sociais. Para Barroco (2011) postula-se ideologicamente a naturalização de uma realidade social que nos parece fragmentada e que oculta a essência dos fenômenos. “A ideologia dominante exerce uma função ativa no enfrentamento das tensões sociais, para manter a ordem social em momentos de explicitação das contradições sociais e das lutas de classe.” (Barroco, 2011, p.208)

À crise responde-se com políticas neoliberais e acirramento da exploração do trabalho. As últimas décadas marcam, assim, uma escalada do neoconservadorismo e da extrema direita, a qual somam-se a precarização da vida, das relações de trabalho, que inevitavelmente impactam as famílias trabalhadoras. À família resta muito enquanto instituição que propicia condições de reprodução da vida, que cuida dos membros mais vulneráveis, quando o arranjo neoliberal faz com que tenhamos um Estado totalmente recuado em termos sociais.

Assim, as décadas que se seguem, de 1970 e 1980, possibilitam dentro da tradição marxista avanços no enfrentamento da tematização da família, rompendo com uma análise economicista e dando espaço para o debate do indivíduo e da subjetividade, sem se submeter a uma visão comportamentalista. Assim, Netto (2009) conclui que enquanto um “divisor de águas” a década de 1960 conseguiu construir um acúmulo nas reflexões sobre a família, mas que ao marxismo ainda falta

apreender o movimento da família enquanto movimento, historicamente situado, de uma totalidade determinada por totalidades de maior complexidade (a classe, a nação) e determinante de totalidades de menor complexidade (o indivíduo), num processo em que, estrutural e temporalmente, os termos das determinações se intercambiam (Netto, 2009, p. 100)

O debate da família e sua função na era dos monopólios ganha contornos com a contribuição de Harry Braverman. O autor reflete sobre os processos de trabalho,

dando luz ao tema por outra angulação, uma vez que esse debate à época estava bastante impregnado pelo funcionalismo.

Como o capitalismo transforma toda a sociedade em mercado, sobretudo em seu estágio monopolista, remodela-se indivíduo, família e necessidades sociais. Assim, se a família não é uma instituição descolada da realidade social, as mudanças na forma de produzir geram mudanças na família e em seu papel:

No estágio mais primitivo do capitalismo industrial, o papel da família permanecia fundamental nos processos produtivos da sociedade. Embora o capitalismo estivesse preparando a destruição daquele papel, não havia ainda penetrado na vida diária da família e da comunidade; tanto assim que um estudioso da história industrial dos Estados Unidos definia como o estágio familiar, no qual a fabricação domiciliar dominava. Praticamente todas as necessidades da família eram supridas por seus membros. O produtor e consumidor eram virtualmente idênticos. A família era a unidade econômica, e todo o sistema de produção baseava-se nela. Antes de 1810 este estágio era comum através de muitas seções do país; depois deste ano tornou-se mais ou menos localizado. (Braverman, 1980, p.232)

A análise de Braverman (1980) parte da realidade estadunidense, onde boa parte das famílias ainda viviam em fazendas, realizavam a sua própria produção de alimentos e davam conta de suas tarefas domésticas, sendo comum a sua divisão entre agricultor, mulher e os filhos.

O capitalismo engendrou a conformação das grandes cidades, o que trouxe mudanças importantes para trabalhadores e suas famílias. Há um processo de transição dos trabalhos que antes eram feitos em granjas familiares para relações de trabalho operárias. Logo, as mulheres são transformadas de donas de casa em operárias, demonstrando o que Braverman (1980) vai chamar de processo de industrialização das fazendas que faz com que esses “novos” trabalhadores estejam sujeitos às condições do modo de produção capitalista, e que passam a se ocupar do pagamento de tributos ao capital.

Assim, se não é motivo de surpresa as mudanças nas relações de consumo, há uma mudança na organização social, altera-se a dinâmica da população e os laços família, vizinhos e comunidade. “Com o tempo, não apenas necessidades materiais e de serviço, mas também os padrões emocionais de vida, são canalizados através do mercado.” (Braverman, 1980, p.235). Se com a ascensão das grandes cidades, as pessoas ficam próximas geograficamente e comprimidas no espaço urbano, ao

mesmo tempo ocorre uma crescente de atomização da vida social conformando novas maneiras de relações individuais e comunitárias.

Dessa forma, “além de suas funções biológicas, a família serviu como uma instituição chave da vida social, da produção e do consumo.” (Braverman,1980, p.236). O capitalismo esfacela as demais dimensões, deixando apenas a última (consumo), mas também não como uma unidade consumidora. Assim, a família não é mais uma empresa cooperativa, o que faz com que suas demais funções também se enfraqueçam e, assim, alterações econômicas e sociais acabam implicando alterações profundas nos padrões psicológicos e afetivos. Tal conjuntura faz com que os produtos provenham do espaço industrial, ou seja, todo produto do trabalho humano se torna mercadoria. Os impactos nas relações e na comunidade são tantos que mesmo o tempo ocioso se torna alvo do mercado.

O preenchimento do tempo ocioso também se torna dependente do mercado, que inventa continuamente divertimentos passivos, entretenimentos e espetáculos que se ajustam às restritas circunstâncias da cidade e são oferecidos como sucedâneos da própria vida. Uma vez que se tornam meios de encher as horas “livres”, eles fluem em profusão das instituições empresariais que transformaram todos os meios de entretenimento e “esporte” num processo de produção para a ampliação do capital. (Braverman, 1980, p.237)

Emerge assim uma nova forma de sociabilidade, pois se antes pouco se apartavam as dimensões privada e pública da vida, agora até mesmo as formas de lazer são mercantilizadas. Outro importante ponto é a nova dinâmica de vida social, pois se os indivíduos agora estão trabalhando longe de casa, uma das principais habilidades da família vai ser confrangida: *o cuidado*. Se antes a família, a comunidade e o sentimento de vizinhança eram mais fortalecidos, logo, com as mudanças, a função do cuidado fica prejudicada.

Uma vez que nenhum cuidado se pode esperar de uma comunidade atomizada, e uma vez que a família não pode arcar com todas essas incumbências, já que tem que arrojarse na ação para sobreviver e “ter êxito” na sociedade de mercado, o cuidado de todas essas camadas torna-se institucionalizado, muitas vezes das maneiras mais bárbaras e opressivas. (Braverman, 1980, p.238)

Isto posto, Braverman (1980) pontua a questão do trabalho doméstico não pago que, tão somente, entra nas estatísticas quando é um trabalho, bens ou serviços, feito para fora do lar. Nesse ponto, cabe ressaltar a situação das mulheres com relação ao

trabalho de reprodução da vida, tão abordado por diversas pensadoras feministas.²⁵ Como já enfatizado nesse texto, e destacado por Netto (2009), o debate da família tem uma efervescência com o movimento feminista. Se desnaturalizar a família faz-se necessário, historicizar as desigualdades entre homens e mulheres contribui substancialmente para o trato da família. Essa discussão não passa sem polêmicas, uma vez que o pensamento feminista não é homogêneo e pode vislumbrar várias origens de dominação da mulher. Para Cisne (2012)

A categoria gênero irá, pois, incidir contraditoriamente às vertentes homogeneizadoras, generalizantes e supostamente neutras, como o positivismo, que, como foi visto, naturaliza papéis a que se subordinam as mulheres e se utiliza dessa naturalização para alcançar o “equilíbrio” e a “harmonia” sociais pela responsabilização social da mulher e desresponsabilização do Estado. (Cisne, 2012, p.82)

A lógica de inserção pela via do mercado nos insere em um perigoso engodo, da ideia de que as mulheres alcançaram igualdade perante os homens, por terem adquirido “independência” através do mercado de trabalho. Ao que Cisne (2012) ressalta que as mulheres mais pobres estão vivendo no limite da sobrevivência, sendo radicalmente atravessadas pelas questões de gênero, classe e raça atingidas por este modelo econômico calcado na exploração. A elas somam-se as atividades de trabalho pela via do mercado de trabalho e também de reprodução da vida fortemente ligado ao contexto da família. Sendo assim, a dimensão do trabalho reprodutivo é fundamental para o engendramento do capital, pois os processos cotidianos da vida da classe trabalhadora, sobretudo domésticos e de cuidado são feminizados.

Neste sentido

No entanto, apesar de considerarmos central, sob a égide do capital, o papel da família no que tange à manutenção e à reprodução da venda da força de trabalho, outras dimensões de sua totalidade não devem ser desconsideradas. Ou seja, sua relação com o sistema de produção do capital, que determina uma experiência própria de ser família, exige uma organização no cotidiano da própria reprodução da vida que inclua seus meios de vivência, existência (alimentos, vestimentas, relações com outros sujeitos, a transmissão dos valores morais, a própria relação com o mundo do trabalho), bem como a criação de outros seres humanos. Ou seja, a família – considerando seu “momento predominante” não pode ser reduzida apenas à sua funcionalidade para o capitalismo. É preciso ser entendida a partir da sua contraditoriedade. (Horst, 2018, p.78)

²⁵ No Serviço Social destaca-se, por exemplo, o trabalho de Mirla Cisne sobre a divisão sexual do trabalho.

Pensando na contemporaneidade, Mioto (2020) faz uma comparação que sumariza a realidade das famílias ao longo dos tempos:

Portanto, diferente da família moderna, configurada entre o século XVIII e meados do século XX, fundada no amor romântico e no casamento assentado na reciprocidade de sentimentos e na complementariedade de papéis, através da divisão sexual do trabalho entre os cônjuges. A família contemporânea caracteriza-se pela presença cada vez mais reconhecida de suas diferentes composições que se relacionam a alteração do vínculo do casamento, ao reconhecimento das uniões estáveis e mais recentemente das uniões de pessoas do mesmo sexo. (Mioto, 2020, p.24)

Dessa forma, percebe-se como as configurações familiares são afetadas pelas mudanças societárias ocorridas ao longo dos anos.

2.4 As particularidades da realidade brasileira na conformação da família

Como posto ao longo deste primeiro capítulo, família é um conceito presente na cotidianidade da vida comum das pessoas e que, a priori, não requer maiores definições teóricas. Sendo assim, é um conceito que pode ser disputado teórica e ideologicamente. No caso brasileiro este debate possui particularidades determinadas pela colonização por Portugal e a escravização, e por ser o Brasil um país de capitalismo dependente. Assim, aproximando-nos da reflexão do tema da família no contexto brasileiro, Mariza Corrêa (1981) reflete sobre as suas formas de organização familiar. A autora propõe repensar o conceito de “família patriarcal brasileira” conceituada e difundida por Gilberto Freyre e de “família conjugal moderna” estabelecida por Antônio Cândido de Mello e Souza²⁶. Assim, Corrêa lança importante questionamento sobre o modelo tradicionalmente utilizado como parâmetro - seria a família patriarcal brasileira um modelo que se referencia na família portuguesa?

Comumente a descrição da história da família no Brasil segue a ideia hegemônica de uma organização familiar doméstica, estabelecida em engenhos de açúcar ou fazendas de plantação de café. Essa família patriarcal, assim, possui membros estabelecidos, onde suas relações são reguladas a se estabelecerem com

²⁶ Ambos foram autores de bastante influência no pensamento brasileiro do século XX, abordando as questões da família patriarcal brasileira. Muito se conhece sobre a influência de Freyre acerca das concepções acerca da miscigenação do povo brasileiro como algo benéfico e apaziguador ao longo da história do país.

outrem que estejam em iguais condições sociais e econômicas. Esse modelo de família vai sendo aos poucos substituído em decorrência do advento da industrialização pela família conjugal moderna, sendo um “produto da urbanização, reduzida ao casal e seus filhos” (Corrêa, 1981, p.6)

Fato é que a história da família brasileira, quando contada com base nesse modelo, esconde várias famílias brasileiras. Ou seja, não se pode represar a ideia de família no Brasil colonial somente ao espaço do engenho. Dessa forma, o fio condutor da discussão de Corrêa se baseia no questionamento: se a família patriarcal enquanto modelo dominante, de fato, representava a realidade concreta da maioria das famílias brasileiras. E esse é um ponto fundamental no desenvolver desta reflexão. Pois, ainda hoje, perpetuam-se ideias abstratas sobre famílias que pouco se materializam na realidade das famílias brasileiras.

Corrêa (1981) analisa as formulações de Freyre e Candido ao que conclui terem abordado a temática da família brasileira através de um olhar para um grupo dominante que tem local e época: a economia açucareira pernambucana dos séculos XVI e XVII e as plantações de café dos séculos XVIII e XIX. Dessa forma, o Brasil colonial divide-se em duas partes: “uma familiar (a família patriarcal) e outra não familiar, que reunia maioria da população, “a massa anônima dos socialmente degradados.” (Corrêa, 1981, p.7). Para Corrêa (1981), Freyre e Candido repetem teoricamente o Darwinismo social comum ao século XIX, apresentando tal modelo de família como modelo referencial. Nesse ponto, mais a frente nesta dissertação, veremos como as políticas de saúde brasileiras em sua emergência tiveram essa “massa socialmente degradada” como objeto de intervenção.

Assim, sobre essa estruturação da família brasileira em torno do patriarca, nota-se:

O chamado “patriarca” elevava seu prestígio social e político à medida que agregava uma maior quantidade de pessoas sob sua influência, daí a importância dos extensos laços de família e outras associações possíveis derivadas, como por exemplo a prática de apadrinhamento pelo patriarca de dezenas de pessoas, muito comum na zona rural, o que só vinha a aumentar o seu prestígio. (Afonso, 2012, p.61)

Andrade e Santos (2017) demonstram que ao longo da historiografia brasileira sobre família é possível levantar registros de viajantes sobre a composição familiar encontrada no Brasil colônia. Coadunando com a análise de Corrêa (1981), esses registros forjam o imaginário acerca da família brasileira são voltados para destacar

as famílias abastadas - as famílias senhoriais. As autoras ressaltam ainda, como as formulações de Freyre criam uma imagem homogênea, como se não existissem contradições no que concerne às constituições de famílias (Andrade; Santos, 2017). Ou seja, existiu um constante apagamento das famílias não brancas, indígenas e negras.

Nesse sentido, alguns registros vão demonstrar que em muito divergiam da composição da sociedade colonial os trabalhadores da costa da Bahia e Pernambuco. As culturas (açúcar, tabaco, algodão) utilizavam trabalho escravo, mas também muito do trabalho livre já nesse momento. O trabalho escravo era composto pelo povo negro e indígena. Logo, analisar a sociedade (e a família) brasileira não é possível apenas dentro das bordas do engenho. (Corrêa, 1981)

No Brasil colonial, o português tomava para si as mulheres indígenas e negras – tanto as escravas como as libertas – para a prática do concubinato ou mesmo para torná-las esposas, sendo que o casamento era algo bem menos comum. Chegavam aqueles homens, em sua grande maioria solteiros ou desacompanhados de suas famílias, se eventualmente as houvesse na Europa. Não é possível buscar, em um país com extensão geográfica continental e diferenças gritantes entre os grupos rural e urbano – que só tendiam a aumentar nos primeiros séculos no Brasil – um padrão de vida e de organização familiar mesmo dentro de segmentos determinados da população. (Afonso, 2012, p.61)

Assim, a denominação de família patriarcal não é uma mera nomenclatura. A questão de gênero é decisiva na constituição de uma hegemonia acerca do ideário de família e, aqui cita-se “ideário”, não por se tratar de uma análise abstrata, mas por constatarmos o apagamento histórico das demais formas de viver em família estabelecidas no Brasil. Ou seja, as constituições familiares embora heterogêneas, se formam fortemente calcadas no molde de famílias patriarcais. Aos homens era legitimado que, para além do casamento, impusessem e ampliassem o seu domínio e influência patriarcal através de relações extraconjugais e filhos “ilegítimos”.

Bom, a quem interessa/interessou construir o modelo da família patriarcal brasileira? Os primeiros antropólogos vão afirmar que em sociedades tidas como “sociedades sem história”, não existiriam normas para reger o comportamento dos habitantes. Logo, com a transição do Brasil colônia para a emergência do Estado, a unidade familiar se desintegra e se atomiza. Logo, em um período em que o Brasil precisava se estabelecer no mercado internacional, interessa o molde da família

patriarcal e não uma sociedade “sem história” e sem Estado.²⁷ A disciplina cristã foi um importante braço no controle empregado pelo Estado português no controle da aplicação de regras com relação ao casamento. (Corrêa, 1981)

A situação da mulher é abordada por Candido:

(...) a sua esfera (da mulher) como complementar à do marido, confirma que esta é a apresentação do retrato de uma classe inteira: a mulher desta classe era a auxiliar direta do marido na manutenção de seu lugar social e, se preciso fosse, poderia até assumir atitudes mais “patriarcais” do que ele. (Corrêa, 1981)

Contudo, há de se ressaltar que inclusive a análise de Candido sobre a posição da mulher apaga o fato de que mulheres estruturalmente na mesma posição do senhor de engenho possuíam privilégios e, inclusive, teriam muitas escravas negras (Corrêa, 1981). Freyre concentra sua teoria de harmonia da sociedade brasileira pautada na miscigenação, justificada pela escassez de mulheres brancas na colônia. Havia um rígido controle sobre as mulheres e caso não se casassem eram enviadas ao enclausuramento em conventos. (Corrêa, 1981)

Outro influente expoente dentre os autores que trataram da formação da família brasileira está Sérgio Buarque de Holanda, que publicou em 1936 o livro *Raízes do Brasil*. Holanda (2016) aborda como o domínio rural dos senhores de engenho se estabelecia. Ressalta que os engenhos eram uma espécie de organismo auto sustentável, que possuíam suas próprias escolas, capelas e que podiam produzir seus próprios mobiliários e alimentos. Dessa forma, enfatiza como a esfera doméstica mantinha-se imune a mandatários externos, mantendo plenamente o poder do patriarca. O que Holanda (2016) vai chamar de “pater famílias”, ou seja, todos os seus membros são subordinados ao patriarca. Em suas palavras:

O quadro familiar torna-se, assim, tão poderoso e exigente, que sua sombra persegue os indivíduos mesmo fora do recinto doméstico. A entidade privada precede sempre, neles, a entidade pública. A nostalgia dessa organização compacta, única e intransferível, onde prevalecem necessariamente as preferências fundadas em laços

²⁷ Vale ressaltar iniciativas de cooperação de estudos promovidos pelos Estados Unidos em parceria com o Brasil desde os anos de 1930. Embora não se possa desconsiderar os interesses científicos de tais estudos, é possível constatar uma série de interesses estadunidenses em “(...) mapear as potencialidades econômicas do país, bem como, foram utilizadas para combater a difusão de ‘ideologias’ que fossem consideradas prejudiciais aos interesses estadunidenses durante a Segunda Guerra Mundial, como o fascismo e as correntes de esquerda” (Vanali; Oliveira, 2020, p.86). Os autores Vanali e Oliveira (2020) destacam ainda os escritos sobre família de Antonio Candido para o livro ‘Brazil: Portrait of Half a Continent’, promovido pelo departamento de estudos brasileiros da da Vanderbilt University em 1948, tornando-se referência para estudos sociológicos sobre família brasileira.

afetivos, não podia deixar de marcar nossa sociedade, nossa vida pública, todas as nossas atividades. Representando, como já se notou acima, o único setor onde o princípio de autoridade é indisputado, a família colonial fornecia a ideia mais normal do poder, da respeitabilidade, da obediência e da coesão entre os homens. (Holanda, 2016, posição 2990)

De acordo com o exposto, é possível observar como a família patriarcal e senhorial foi central no estabelecimento do Brasil colônia e como suas mudanças são também forjadas pelas mudanças no sistema econômico do país e o estabelecimento do capitalismo. Essa mudança desloca o papel da família, se antes altamente influente sobre o Estado e seus governos, passa-se ao assentimento de novas relações e formas familiares. A era colonial do país e a forte influência aqui explicitada das famílias senhoriais serão decisivas na influência e perpetuação de formas de patrimonialismo na Gestão Pública Brasileira.²⁸ Vanali e Oliveira (2020) ressaltam como Candido na década de 1950 já trazia a concepção de uma família que, embora ainda patriarcal, precisava se adaptar às novas demandas emanadas com a urbanização e a industrialização.

Não é nosso foco aprofundarmos na compreensão da relação entre religiosidade e família, mas, é possível destacar brevemente, que essa relação também serviu de aparato ideológico no disciplinamento de famílias ao longo da história de nosso país.

Desta forma, a sociedade capitalista com seu substancial processo de urbanização e industrialização traz consigo uma nova sociabilidade extremamente individualista. De modo certo, Mariza Corrêa aponta como as análises de Freyre e Candido fazem uma espécie de linha contínua de evolução entre as famílias patriarcais rurais e as famílias urbanas modernas, apagando, dessa forma, outras formas de famílias estabelecidas na história do Brasil.

Dessa forma, compreender a particularidade da formação sócio histórica brasileira se faz imprescindível para entender a forma como as famílias se estabeleceram ao longo dos séculos e daremos ênfase no próximo capítulo na constituição das políticas sociais, especialmente a de saúde e a incorporação das famílias neste processo. Não é nova a relação entre política social e família: desde o

²⁸ Mais à frente no será possível compreender brevemente como a Gestão Pública Brasileira é formada por uma imbricação entre burocracia e patrimonialismo - para compreender mais ver Gestão Democrática e Serviço Social: princípios e propostas para a intervenção crítica, de Souza Filho e Gurgel (2016).

surgimento das primeiras formas de proteção social no Brasil, as famílias estiveram destacadamente como alvo de intervenções.

3 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E FAMÍLIAS: uma intrínseca relação

Não é o objetivo central deste capítulo abordar detalhadamente o histórico das políticas de saúde no Brasil, mas considera-se impropriedade analisarmos a atual política de saúde sem nos atermos às principais características que conformam o seu desenvolvimento. Se o capítulo anterior nos fornece uma base mais geral sobre o debate e em seu fechamento se debruça sobre a construção e crítica da hegemonia do pensamento brasileiro acerca da família, que ganha bojos na análise do período colonial, agora faz-se um pequeno salto histórico que coaduna com o surgimento das primeiras ações em saúde pública no Brasil. Mas não se trata de uma descontinuidade, pelo contrário, a “massa de degradados” que abordamos no primeiro capítulo, e que não era abarcada na concepção de família do período colonial, vai ser o grande objeto de intervenção da política de saúde em seu surgimento.

Assim, este segundo capítulo busca apresentar uma contextualização histórica sobre a Política de Saúde brasileira e as suas ações que tiveram a família como objeto.²⁹ Adiante, apresenta-se a inauguração do SUS e a ESF como parte da estruturação da Atenção Primária à Saúde no Brasil, problematizando os seus avanços e desafios.

3.1 Notas sobre Capitalismo dependente, o surgimento da Política de Saúde e a gestão sobre as famílias

O início das ações estatais brasileiras com relação à saúde pública data do contexto histórico do processo de emergência da “questão social” no Brasil. Se antes tratada como caso de polícia, a questão social ganha ar prioritário no período getulista compreendido como Estado Novo (1937-1945) e a família, entendida como pilar da nova ordem social, torna-se também importante alvo neste período. Embora existissem importantes divergências entre Estado e Igreja, sobretudo em decorrência

²⁹ Parte das reflexões surgidas para a construção desta dissertação foram sistematizadas e compõem um capítulo do livro “Serviço Social, Política de Saúde e Conservadorismo: entre retrocessos e resistências” (obra no prelo).

Algumas reflexões que compõem essa dissertação também foram base para a publicação do artigo “O processo de responsabilização de famílias pela atenção primária à saúde e o serviço social” nos anais do III ENMSS de 2022, podendo ser consultado em <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/issue/view/341>

da perda de influência da Igreja, ambos buscavam inculcar na família os princípios de ordem, disciplina, hierarquia, respeito à nação e família. (Vilhena, 1992)

A família tida como fundamento da sociedade vai se estabelecer como um dos principais instrumentos de enfrentamento à “questão social”. Desta forma, é possível situar nesse contexto a emergência da “questão social” no Brasil. Se a conceituação da “questão social” em seu debate mais universal se sintetiza pelo fato de resultar das contradições entre as relações de exploração do trabalho pelo capital, é preciso compreender algumas de suas particularidades no Brasil para vislumbrar as respostas dadas pelas classes dominantes através das políticas sociais.

Essa contradição é constitutiva do capitalismo, onde há um específico salto nas desigualdades sociais e um fenômeno maciço de pauperismo. Para lamamoto (2001)

É fato conhecido que historicamente a questão social tem a ver com a emergência da classe operária e seu ingresso no cenário político, por meio das lutas desencadeadas em prol dos direitos atinentes ao trabalho, exigindo o seu reconhecimento como classe pelo bloco do poder, e, em especial pelo Estado. Foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos. (lamamoto, 2001, p.17)

Dessa forma, a “questão social” está ancorada na contradição capital e trabalho, como já mencionado,

o problema teórico consiste em determinar concretamente a relação entre as expressões emergentes e as modalidades imperantes de exploração. Esta determinação, se não pode desconsiderar a forma contemporânea da “lei geral da acumulação capitalista”, precisa levar em conta a complexa totalidade dos sistemas de mediações em que ela se realiza. Sistemas nos quais, mesmo dado o caráter universal e mundializado daquela “lei geral”, objetivam-se particularidades culturais, geopolíticas e nacionais que, igualmente, requerem determinação concreta. [...] Em poucas palavras: a caracterização da “questão social”, em suas manifestações já conhecidas e em suas expressões novas, tem de considerar as particularidades histórico-culturais e nacionais. (Netto, 2001, p.48)

Segundo o estudo de Vilhena (1992), durante o período do Estado Novo, o trabalho feminino não é bem quisto por ser considerado um dos fatores que contribui na desintegração da família. A Igreja, por outro lado, vai abraçar o trabalho das mulheres através das obras de assistência social que vão levar às famílias operárias a doutrina moral cristã em combate a hábitos considerados nocivos.

Para tanto, a redefinição da família constitui peça mestra. Um modelo imaginário de mulher, voltada para a intimidade do lar, e um cuidado especial com a infância, redirecionada para a escola ou para os institutos de assistência social que se criam no país, fundam a possibilidade do nascimento da intimidade operária, para o que os engenheiros e autoridades competentes sugerem a construção de habitações higiênicas e confortáveis. (Rago, 2014, p.25)

A consolidação de um novo modelo econômico exigia uma nova regulação das relações sociais e uma família disciplinada, que procurava atender aos anseios da burguesia. Esses incisivos esforços demonstram que esse processo não ocorreu sem resistência da classe trabalhadora. Esse é um importante ponto a ser ressaltado, que demonstra as correlações de forças estabelecidas na sociedade capitalista e suas contradições. Neste sentido, Rago (2014) pontua:

Na fábrica, a mobilização de um amplo arsenal de conhecimentos e de técnicas coercitivas visa transformar sua estrutura psíquica e inculcar hábitos regulares de trabalho, desde as origens da industrialização. O que, por sua vez, provoca a eclosão de violentas manifestações de resistência à nova disciplina industrial. As inúmeras formas de luta desencadeadas dentro e fora dos muros da fábrica, durante as duas décadas iniciais do século XX, atestam a recusa operária a se submeter às exigências da exploração capitalista e, mais ainda, a desesperada tentativa de concretizar a utopia libertária de reorganização autônoma das relações de trabalho e de fundação da nova sociedade. (Rago, 2017, p. 33)

Embora o trato da “questão social” tenha se estabelecido com base em um viés coercitivo, as mudanças necessárias à nova ordem social careciam do caráter ideológico para que se estabelecessem e perdurassem. Sendo assim, cabe destacar a construção da dominação ideológica da mulher e da infância. À mulher foi construída a ideia da “representação romântica da esposa-mãe-dona-de-casa” (Rago, 2017, p. 102).

Incide nesse processo, o discurso médico sanitário que promoveu a ideia de que as mulheres teriam um instinto materno. Rago (2017) destaca como diversas teses de doutorado das universidades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia vinham desde meados do século XIX demonstrando que a mulher seria naturalmente voltada ao amor materno e dedicada ao lar: “esforço de propagação de um modelo imaginário de família, orientado para a intimidade do lar, onde devem ser cultivadas as virtudes burguesas” (Rago, 2017, p.103). A mulher vai sendo direcionada para a esfera privada, sendo a responsável pelo cuidado e manutenção da família.

Na realidade brasileira, para a conformação de um consenso sobre a família, a infância ganha novo destaque, nas palavras de Rago (2017, p.156) “a empresa de constituição da família nuclear moderna, higiênica e privativa, a redefinição do estatuto da criança pelo poder médico desempenhou um papel fundamental.” Assim, a criança vai se tornando alvo da medicina e ganhando centralidade na família. Os interesses dispensados à infância também compunham uma série de interesses acerca do disciplinamento da futura classe trabalhadora.

Assim, o período que compreende o final do século XIX e início do século XX é marcado pelas ações estatais voltadas para o atendimento de saúde da população. A iniciativa estatal é a principal característica que diferencia o que denominamos política de saúde das iniciativas anteriores, tais como a assistência médica hospitalar realizada por iniciativa das Santas Casas de Misericórdia, por exemplo. Contudo, a formação da política de saúde brasileira não escapa da ligação entre Estado e sistema econômico. Dessa forma, o início da industrialização no Brasil e da consolidação do capitalismo, a mudança da característica majoritariamente rural para uma crescente urbanização, vão ser incontornavelmente determinantes para as políticas de saúde:

As políticas de saúde pública se caracterizariam, a partir do início do século, por se articularem aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes nacionais. As práticas sanitárias visaram, fundamentalmente, o controle de um conjunto de doenças que ameaçava a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades econômicas capitalistas no espaço da cidade e outras áreas do campo. (Costa, 1986, p. 12)

Assim, o capitalismo produz novos modos de vida e formas de adoecimento.

Ainda para Costa (1986), as ações de saúde realizadas a partir do fim do século XIX não tinham o objetivo de proteger a totalidade da população contra as enfermidades que surgiam, mas sim de manter as condições mínimas de saúde para que a classe trabalhadora pudesse manter sua força de trabalho ativa. Vale ressaltar que a grande massa de trabalhadores era composta pelas pessoas negras que passaram pelo sistema escravocrata desenvolvido no Brasil no período colonial.

A força de trabalho é a base motriz da criação de riqueza. Diante das demandas que o capitalismo vinha impondo, fazia-se necessária a manutenção de condições mínimas de saúde que possibilitasse o desempenho da força de trabalho das massas.

A ascensão da industrialização e urbanização representou uma série de impactos na vida das famílias. Se pensarmos na realidade do contexto europeu,

Engels (2010) destacou a situação que as classes trabalhadoras viviam no século XIX, enfatizando os impactos que a industrialização e a urbanização traziam:

É notório que, em Huddersfield, ruas inteiras e muitas ruelas e pátios estão desprovidos de pavimentação, esgotos e outras formas de escoamento; aí se acumulam detritos, sujeira e imundícies, que apodrecem e fermentam, e por quase todo lado a água estagnada forma charcos; em consequência, as habitações contíguas são necessariamente sujas e insalubres, originando doenças que ameaçam a saúde de toda a cidade. (Engels, 2010, p.84)

Impacto da febre epidêmica: Em 1843, em Glasgow, 12% da população, ou seja, 32 mil pessoas contraíram a doença e, das afetadas, 32% morreram – comumente, o percentual de mortos em Manchester e em Liverpool é de 8%. (Engels, 2010, p.139)

Dessa forma, como situa Costa (1986) que cita a crescente de doenças na Europa do século XIX, esta motiva o estudo de suas etiologias. Descobertas significativas sobre microrganismos, germes, bactérias se situam nesta época, como meio de compreender e conter doenças contagiosas, garantindo a manutenção da força de trabalho e o processo de acumulação do capital. As mudanças que emergem em decorrência da consolidação do capitalismo são determinantes para os rumos dos interesses e do desenvolvimento da medicina.

Com relação ao campo da saúde, destacam-se os estudos das doenças tropicais, pois a ocupação de novos continentes apresentava novos acometimentos de saúde e canalizava a atenção para determinadas doenças. Estas descobertas obedeceram às necessidades econômicas e militares das metrópoles européias, uma vez que impunha-se durante a expansão colonialista do final do século XIX livrar dos contágios os militares, funcionários e empresários, enviados para ocupar novas terras (...) (Costa, 1986, p.30) Desta forma, ainda segundo Costa (1986), as doenças que ameaçavam o avanço da urbanização e a expansão colonial tornam-se alvos através de instituições militarizadas - a chamada medicina de epidemias.

Novas demandas com relação à classe trabalhadora surgem ao final do século XIX diante da racionalidade capitalista. Jurandir Freire Costa (1989) no clássico “Ordem Médica e Norma Familiar” investiga como as intervenções de agentes sociais do Estado buscam moldar e normatizar a família burguesa contemporânea. Assim, as relações intrafamiliares tornaram-se alvo de intervenções de profissionais e especialistas, uma vez constatada que a família contemporânea não ia nada bem,

estava "disfuncional" e que essa necessidade extrema de refuncionalizá-la tinha objetivo de classe.

Assim, o surgimento da política de saúde no Brasil tem um viés extremamente coercitivo e policialesco, que busca lidar com as questões de higiene e de controle sanitário. Costa (1986) destaca as ações do Estado no sentido de controlar hábitos das massas empobrecidas e ressalta ao que ele se refere como um "papel adaptativo educativo" por parte do Estado que buscava adequar a classe trabalhadora a um padrão moral e de higiene.

A epidemia de febre amarela do início do século XX é um importante exemplo da atuação da polícia sanitária, que tinha por foco a vigilância de zonas suspeitas, inclusive com demolição de habitações coletivas. Nessa época, Oswaldo Cruz encabeçava a estratégia de evitar a ampliação da epidemia. As medidas da polícia sanitária nos domicílios, lugares e logradouros públicos apareceram na legislação de 1914 (...). Com a polícia sanitária do espaço urbano, o Estado permanecia propondo evitar a manifestação ou propagação de moléstias infecciosas, prevenir e corrigir os vícios das habitações. (Costa, 1986)

Esse período também foi fortemente marcado pelo movimento eugênico que buscava melhorar geneticamente a população brasileira, a partir de uma série de ações que tinham como objetivo coibir a reprodução de "degenerados".

A eugenia, enquanto ramo da medicina social, vai voltar-se contra esses males sociais pelos efeitos que causam à "degradação da espécie" (...) uma das medidas profiláticas seria a luta pela obrigatoriedade do exame pré-nupcial, que evitaria a "procriação malsã", a reprodução dos degenerados e deformados e garantiria a fiscalização eugênica da raça. (Vilhena, 1992, p. 49)

Destaca-se o Rio de Janeiro como central para a experiência da medicina das cidades no Brasil com seu viés higienista. "Datam dessa época os primeiros esforços sistemáticos para controlar a cidade e a população em função dos interesses do Estado. O Rio, por sua posição estratégica do ponto de vista econômico e militar, vai converter-se em laboratório dessas experiências." (Costa, 1989, p.20)

Sobre este ponto Rago (2014) esclarece que

(...) as práticas populares de vida e lazer dos trabalhadores fabris, dos improdutivos, dos pobres, das mulheres públicas, das crianças que vagueiam abandonadas nas ruas vão se tornando objeto de profunda preocupação de médicos-higienistas, de autoridades públicas, de setores da burguesia industrial, de filantropos e de reformadores sociais, nas décadas iniciais do século XX. (Rago, 2014, p.24)

Se o aparato burocrático da antiga ordem colonial não era mais capaz de lidar com as questões que emergiram, a medicina é convocada como uma resposta racional e convincente a lidar com as contradições da metrópole.

Este progresso fez-se através da higiene, que incorporou a cidade e a população ao campo do saber médico. Administrando antigas técnicas de submissão, formulando novos conceitos científicos, transformando uns e outros em táticas de intervenção, a higiene congregou harmoniosamente interesses da corporação médica e objetivos da elite agrária. (Costa, 1989, p.28)

Dessa forma, “entre os trunfos da superioridade médica, um dos mais importantes foi a técnica de higienização das populações” (Costa, 1989, p.29). Sob o radar da medicina nesta época, então, estavam, não somente as doenças em si, mas todo um olhar sobre os modos de vida das famílias e suas relações sociais no espaço urbano.

Costa (1989) ressalta que a família tornou-se alvo privilegiado de políticas do Estado, isso porque, segundo o autor, a família representava um significativo obstáculo à consolidação do Estado brasileiro. No período colonial a administração situava-se no litoral e, assim, ficava relativamente apartada das famílias que, majoritariamente, se situavam nas áreas rurais.

Contudo, com o advento da urbanização as famílias não ficaram apenas nos meios rurais como antes. Costa (1989) reforça ainda que os métodos punitivos da era colonial já não surtiam efeitos, pois a família possuía mecanismos de poder que não se curvaram facilmente às mudanças. Às estratégias para intervir na família dar-se-á o nome de higiene familiar e, desta forma, a medicina passa a ser reforçada em decorrência de um interesse político do Estado brasileiro.

Ainda para Costa (1989), interessava ao Estado aplicar a higiene às famílias elitistas, pois às famílias de escravizados ou “desclassificados” no geral continuava-se a adotar métodos punitivos, servindo inclusive como exemplos de anti-norma.

Assim, o novo sistema econômico e político que ascendia carecia de uma adaptação da família urbana aos novos modelos impostos. “Foi exigido de seus habitantes todo o cortejo de mudanças descritas como efeitos da urbanização: secularização dos costumes, racionalização das condutas, funcionalidade nas relações pessoais, maior esfriamento das relações afetivas interpessoais” (Costa, 1989, p. 35)

O advento das cidades impôs uma maior divisão da lógica pública e privada, uma vez que as cidades tinham cada vez mais residências e as famílias buscavam copiar o modelo elitista, construindo e delimitando suas casas, mas sem quaisquer normas. Tal situação causa sistemáticas infrações de limpeza e as vias públicas tornam-se despejo de dejetos. (Costa, 1989)

A transição do cenário rural para o cenário urbano e a forma como a família vai ocupando os espaços da cidade exige dos aparatos de Estado o estabelecimento de novas formas de dominação.

Salienta ainda, entre os determinantes dessas características, o intenso processo migratório campo-cidade, que responde por boa parte dos traços desse padrão de exploração da força de trabalho, assim como pela formação do excedente de mão de obra que fica fora do usufruto dos resultados do crescimento econômico, muito embora tenha sido essencial para o seu processamento. (Santos, 2012, p.435)

Destaca-se a influência da família senhorial nos mecanismos de decisão. O Estado tentou limitar o poder e influência dos senhores, contudo

(...) a família senhorial criou instrumentos informais de reforço, manutenção e dilatação do seu poder. Não bastava isolar outras classes e raças do acesso às Câmaras, quer como eleitores, quer como titulares. Era necessário que os indivíduos desconhecêssem a própria natureza político-econômica da ordem que os regia. Essa ignorância foi obtida através do analfabetismo, evidentemente, mas sobretudo por meio da criação de dispositivos paralelos apoiados no parentesco. (Costa, 1989, p.41)

Sendo assim, as dinâmicas de dominação do Estado são fundamentais no processo de ajustamento das famílias à ordem capitalista. A formulação de Souza Filho e Gurgel (2016) sobre a dinâmica da gestão pública brasileira nos ajuda na compreensão dos mecanismos de dominação do Estado. Um importante fio condutor de sua formulação é a explicitação da existência de uma relação entre dominação e ordem administrativa.

Assim, a ordem administrativa se configura como materialização da dominação de classe expressa no Estado. Para tanto, a forma dessa ordem administrativa está substancialmente ligada à formação social específica e às relações sociais de produção que são fundamentais na conformação da ordem administrativa enquanto intervenção do Estado. Portanto, a ideia básica aqui presente resume-se no

entendimento de que as ações administrativas estatais que buscam intervir nas questões de saúde pública no início do século XX tratam-se da expressão de seu quadro da gestão pública explicitada por Souza Filho e Gurgel (2016).³⁰

Esse entendimento da gestão pública possibilita compreender como o surgimento das ações em saúde no Brasil foram direcionadas com intencionalidade condizente com a consolidação do capitalismo no país e expressam a dominação da burguesia.

O Brasil é marcado pela transposição do modelo familiar português senhorial para novas formas familiares impostas pela urbanização. O Estado moderno com o objetivo de consolidar o desenvolvimento industrial e a consolidação das cidades passa a controlar os aspectos políticos da família, bem como seus aspectos demográficos. Esse controle, no caso dos pobres, procurava “prevenir as perigosas consequências políticas da miséria e do pauperismo” (Costa, 1989, p. 51)

Recuperar o histórico do surgimento da política de saúde no Brasil, ainda que brevemente, nos possibilita compreender o projeto que foi desenhado e as intervenções realizadas pelo Estado junto às camadas mais empobrecidas, os trabalhadores e suas famílias. Um viés policialesco e de vigilância que descaracteriza o contexto de urbanização e respostas às demandas do capitalismo e acaba por colocar a responsabilidade nos sujeitos e em seus comportamentos, psicologizando a “questão social”.

3.2 Crise do capital: Estado, políticas sociais e famílias no Brasil

Se a primeira parte do capítulo nos oferece uma retomada das primeiras ações em saúde pública no Brasil, neste momento apresentamos uma contextualização da segunda metade do século XX.

Dessa forma, para alcançarmos o debate contemporâneo da política social no Brasil e compreender os impactos do avanço do neoliberalismo também sobre a

³⁰ Souza Filho e Gurgel (2016) destacam que nas relações de produção pré-capitalistas temos a tradição como elemento da dominação de classe em que a ordem administrativa é patriarcal/patrimonial. No capitalismo a racionalidade formal-legal é o elemento de dominação e a ordem administrativa é a burocrática. Nas palavras dos autores: “as relações de produção determinam, a partir de sua estrutura, o pacto de dominação de classe que conduz o desenvolvimento capitalista, numa dada formação sócio-histórica” (Souza Filho; Gurgel, 2016, p.150)

política de saúde e suas relações com o familismo, é preciso retomar um contexto mais amplo. O capitalismo em seus movimentos pode comportar em determinados momentos históricos contextos de maiores avanços de direitos, ao passo que em outros contextos pode conviver com aprofundada austeridade e retração de direitos antes conquistados.

Neste sentido, para tratarmos da seguridade social e compreender como chegamos ao momento atual, cabe contextualizar um determinado momento de sua generalização na Europa no período pós Segunda Grande Guerra: o chamado Welfare State.³¹ Boschetti (2016) enfatiza que desde o final dos anos 1990 é adotado o termo “Estado Social”, ao invés de Welfare State, para se “referir à regulação estatal das relações econômicas e sociais no capitalismo, que têm nas políticas sociais uma determinação central”, embora a autora reconheça que grande parte de autores nacionais e internacionais sigam utilizando o termo Welfare State.

Contudo, a autora pontua não ser essa apenas uma opção por uma nova nomenclatura, mas sim uma “posição teórico-política”. Segundo Boschetti (2016), atribuir ao Estado a característica de social não nega seu caráter capitalista e seu campo de contradições acerca das políticas sociais.

Significa reafirmar que as políticas sociais são conquistas civilizatórias que não foram e não são capazes de emancipar a humanidade do modo de produção capitalista, mas instituíram sistemas de direitos e deveres que, combinados com a instituição de tributação mais progressiva e ampliação do fundo público, alteraram o padrão de desigualdade entre as classes sociais, sobretudo a partir de sua expansão na segunda metade do século XX. (Boschetti, 2016, p.25)

Pereira (2009) ressalta que o “complexo político-institucional” que caracteriza o Welfare State dá seus primeiros sinais ainda no século XIX e, dessa forma, três acontecimentos, segundo a autora, são decisivos, sendo eles: o estabelecimento do seguro social na Alemanha de Bismarck em 1883; o aumento significativo do gasto público com a área social e a ampliação da cidadania também para o campo político.

Esping- Andersen (1991), com base em Therborn (1983), considera que um país para ser caracterizado como Welfare State precisa ter o seu quadro de despesas

³¹ Existem diversas análises sobre esse período histórico. Aqui o objetivo não vai no sentido de avaliar essas diversas análises, mas de demarcar esse período para a compreensão do desenvolvimento, em seus muitos movimentos de avanços e retrocessos, das políticas sociais. O próprio termo Welfare State não é unanimidade.

consideravelmente voltado para o bem-estar de famílias e, por isso, só se pode dizer genuinamente de países em Welfare State após a década de 1970. Logo, para o autor não se caracteriza o Welfare simplesmente pela existência de programas de cunho social. “O *welfare state* não pode ser compreendido apenas em termos de direitos e garantias. Também precisamos considerar de que forma as atividades estatais se entrelaçam com o papel do mercado e da família em termos de provisão social.” (Esping-Andersen, 1991)

Para Pereira (2009), embora existam diversas análises sobre o Welfare State, o seu desenvolvimento e adensamento faz parte da experiência do século XX, tendo seu apogeu - os 30 anos gloriosos - entre 1945 e 1975. Um conjunto de fatores contribuem e influenciam para a intervenção estatal no sentido de um estado de bem-estar social, como: ameaça das ideias do comunismo, o fascismo, a recessão dos anos 1930. (Pereira, 2009)

Nas palavras da autora:

O resultado mais tangível desse consenso político, mediado pelo Estado e assentado em uma prosperidade econômica sem precedentes, foi a introdução de três grupos de medidas no sistema de proteção social em desenvolvimento, que persistiram, sem grandes percalços, até meados dos anos 70: a) o compromisso com o pleno emprego (se bem que masculino) como objetivo político principal; b) a introdução e ampliação de uma série de serviços sociais de caráter universal, categorizados como direitos, bem como de benefícios fiscais e do bem-estar ocupacional provido pelas empresas aos seus empregados; c) o estabelecimento de uma rede (no sentido de anteparo) de segurança (*safety net*) cuja principal função seria a de impedir que pessoas socialmente vulneráveis resvassem para baixo de um umbral socioeconômico considerado satisfatório pelo conjunto da sociedade. (Pereira, 2009, p.124-125)

Contudo, Oliveira (2018) ressalta que embora garantisse uma série de benefícios aos trabalhadores, o principal papel do Welfare State era a recuperação do pós-guerra, logo, “o objetivo (...) era que os países da Europa tivessem capacidade de reconstruir seu parque industrial, retomar relações comerciais com os EUA e conter uma possível vitória de partidos comunistas na Europa” (Oliveira, 2018, p.237)

O Estado de bem-estar social é, sobretudo, uma experiência dos países europeus, embora tenham suas especificidades em cada um deles. É possível dizer que, de modo geral, existe certo consenso em conceituar o Welfare State como bem-estar social básico garantido pelo Estado. Contudo, existem, de acordo com Esping-

Andersen (1991), três respostas possíveis para conceituar o Welfare State: o liberal, o conservador e o social-democrata.

Sendo assim, o modelo liberal caracteriza-se por uma assistência focada em pessoas de baixa renda, sendo o acesso aos benefícios bastante limitado. Assim, oferta-se amparo social quando já existe uma massa de vulneráveis e é focada no mínimo social, conservando a estratificação social e reforçando o mercado. Nas palavras de Nogueira (2001), baseando-se na divisão de modelos proposta por Esping-Andersen, no modelo liberal

(...) a intervenção estatal, sempre ex-post, ocorre em casos onde os riscos sociais não têm possibilidades, por quaisquer razões, de serem resolvidos pelas instâncias usuais: o esforço individual, a família, as redes comunitárias solidárias e o mercado. O esgotamento dos canais tradicionais exige uma ação positiva do Estado, que deve ser limitada, temporária e pontual, exigindo mecanismos de inclusão extremamente seletivos aos programas de proteção social. Os custos da reprodução social são financiados basicamente pela contribuição individual e mecanismos de seguros privados. Constata-se a tendência de mercantilizar ao máximo a força de trabalho através das políticas sociais e estimular a centralidade do mercado na satisfação das necessidades. (Nogueira, 2001, p.97)

Esping-Andersen (1991) exemplifica que países como Estados Unidos, Canadá e Austrália são expoentes do modelo liberal.

O segundo modelo é o conservador, com exemplos de países como França, Alemanha e Áustria, onde a principal característica é o corporativismo. Neste modelo, não há um impacto significativo dos mecanismos de redistribuição, mas uma manutenção das classes e status. (Esping-Andersen, 1991). Para Nogueira (2001), o modelo conservador é calcado na ideia meritocrática, ou seja, tem um caráter individualizante de performance. A oferta de proteção social se dá, sobretudo, pela via do mercado, mas colocam-se diferenciações por categorias de trabalhadores, criando divisões entre a classe trabalhadora.

Mas os regimes corporativistas também são moldados de forma típica pela Igreja e por isso muito comprometidos com a preservação da família tradicional. A previdência social exclui tipicamente as esposas que não trabalham fora, e os benefícios destinados à família encorajam a maternidade. Creches e outros serviços semelhantes prestados à família são claramente subdesenvolvidos; o princípio de "subsidiaridade" serve para enfatizar que o Estado só interfere quando a capacidade da família servir os seus membros se exaure. (Esping-Andersen, 1991)

Por fim, o terceiro modelo é social-democrata. Nesse caso, as características de universalismo e desmercadorização são centrais. Assim, “o direito ao trabalho tem o mesmo *status* que o direito de proteção à renda” (Esping-Andersen, 1991). Ressalta-se também um compromisso com o pleno emprego e representa uma certa junção entre serviço social e trabalho, onde diferentes camadas sociais são incorporadas ao sistema de seguros sociais. Com relação aos impactos do modelo de welfare com a família, no caso do social-democrata, tanto o mercado quanto a família são privilegiados. Nesse caso, os custos da família são socializados com o Estado. Logo, “O resultado é um *welfare state* que garante transferências diretamente aos filhos e assume responsabilidade direta pelo cuidado com as crianças, os velhos e os desvalidos. (Esping-Andersen, 1991).

É importante considerar que o Estado de Bem-Estar Social foi resultado de um pacto entre trabalhadores e capital mediado pelo Estado. A cada um cabia uma parte do ônus para manter este padrão de acumulação. Ao Estado cabia exercer o papel de administrador do fundo público e negociador dos contratos coletivos de trabalho com os representantes sindicais. Ao capitalista coube renunciar ao pagamento de salários mais baixos e os custos sociais do trabalho, além de uma carga tributária elevada. Por outro lado, estes custos eram divididos com a classe trabalhadora através de impostos sobre a folha de pagamento e sobre o consumo, além do retorno em forma de créditos fornecidos pelo Estado burguês, sobretudo no financiamento de novas tecnologias, subsídios e incentivos ao pagamento de seguros e previdência social. Aos trabalhadores a recompensa vinha pelas condições de vida e de consumo e pelo processo civilizatório, gerando uma qualidade de vida com baixos índices de pobreza. (Silva; Oliveira, 2021, p.493)

Dessa forma, as políticas sociais tiveram papel fundamental no crescimento econômico que corresponde ao período considerado como de Welfare State.

Embora tenha como avanços um certo grau de distribuição do fundo público e diminuição das desigualdades sociais, bem como um fortalecimento da ideia de direitos sociais, o conceito de welfare expressa uma intencionalidade de colocar o Estado como capaz de assegurar bem-estar, quando tratam-se de direitos de natureza burguesa de um Estado essencialmente capitalista. (Boschetti, 2016)

Se o Estado de bem-estar social é datado e não se sustenta nos países de capitalismo central, a América Latina vai ter outra dinâmica com relação ao desenvolvimento da seguridade social. Tais diferenças são inevitáveis se considerarmos a dinâmica de dependência estabelecida. Nas palavras de Behring (2009):

As taxas de crescimento, a capacidade do Estado em exercer suas funções mediadoras civilizadoras cada vez mais amplas, a absorção das novas gerações no mercado de trabalho, restrito já naquele momento pelas tecnologias poupadoras de mão-de-obra, não são as mesmas, contrariando as expectativas de pleno emprego, base fundamental daquela experiência. As dívidas públicas e privadas crescem perigosamente. A explosão da juventude em 1968, em todo o mundo, e a primeira grande recessão - catalisada pela alta dos preços do petróleo em 1973/74 - foram os sinais contundentes de que o sonho do pleno emprego e da cidadania relacionada à proteção social havia terminado no capitalismo central e estava comprometido na periferia do capital onde não se realizou efetivamente. (Behring, 2009, p.24)

Boschetti (2016) ressalta que as políticas sociais se tornaram uma tendência nas sociedades capitalistas, apesar das absolutas diferenças entre países de capitalismo central e periférico.

Porém, o padrão de acumulação imposto durante os anos gloriosos do Welfare State não se sustentou. Segundo Fiori (2013), há uma vitória política de ideias neoconservadoras que vinham se estabelecendo e que dão subsídios para as reformas de Estado com base em projetos neoliberais. Contudo o desmonte do Welfare State não se dá de forma abrupta, pois nas palavras do autor ocorreu uma “lenta desativação que acompanhou os processos de ajuste macroeconômico e reestruturação industrial dos países centrais, e os processos de estabilização e desindustrialização dos países periféricos.” (Fiori, 2013, p.13)

É neste cenário que a ascensão do neoliberalismo fortalece as concepções individualizantes, responsabilizando os sujeitos e as famílias pela proteção social e bem-estar de seus membros. Algumas características comuns e principais dão a tônica da crise do Estado de Bem-estar social:

As reformas neoliberais adquiriram várias formas e matizes, mas alguns elementos estiveram presentes em todas elas: assim com a “remercantilização” da força de trabalho, a contenção ou desmontagem dos sindicatos, a desregulação dos mercados de trabalho e a privatização de muitos dos serviços sociais que estiveram previamente em mãos dos Estados. Reformas que se sucederam em tempos de enorme fragilização das forças políticas de esquerda e que acabaram promovendo cortes substantivos nos programas de integração de rendas, com redução simultânea dos demais programas de proteção social a níveis mínimos e preferentemente direcionados a públicos segmentados e específicos das populações mais pobres. (Fiori, 2013, p.13-14)

No caso brasileiro, embora convivesse com os novos ares democráticos vindos dos anos 1980, com a promulgação de uma nova Constituição (1988), conhecida como Constituição cidadã, o contexto de crise do capital e o ajuste neoliberal imposto fez com que os anos 1990 fossem marcados por ajustes fiscais e severas tentativas de contra-reformas das políticas sociais que mal tinham se estabelecido, perpetuando seu sub-financiamento.

A gravidade e o caráter dessas consequências na América Latina têm a ver também com a superexposição dessas medidas sobre uma herança estrutural extremamente heterogênea e desigual do ponto de vista social; dependente e periférica do ponto de vista econômico; e instável e autoritária do ponto de vista político-institucional. (Soares, 2009, p. 33)

O apanhado histórico acerca do Welfare State na Europa, nos ajuda a compreender as impossibilidades da América Latina na tentativa de construir um próprio estado de bem-estar social. No caso do brasileiro há, na verdade, um esgotamento do modelo desenvolvimentista. Nas palavras de Oliveira: “a partir de 1973 – último ano do “milagre econômico” da ditadura – o desenvolvimentismo brasileiro entrou em crise. A taxa de lucro na economia brasileira apresentou uma forte tendência de queda” (Silva; Oliveira, 2020, p.495). Desta forma, Silva e Oliveira (2020) destacam que a partir da década de 1990, o Brasil vai ter características de um padrão de acumulação liberal periférico.

Inserido na dinâmica geopolítica e internacional do capital, o Brasil sofre impactos dos processos mundiais e um deles é o welfare state que tem profunda relação com as mudanças na relação estado/sociedade/família.

A crise do Welfare State fez com que a família fosse redescoberta como instância de proteção e como possibilidade de recomposição de uma sociedade solidária. O movimento feminista também contribuiu para essa redescoberta da família, uma vez que organizou a crítica à centralidade dos homens nas teorias relacionadas ao Welfare State. (Castro, 2012, p.116)

Tal histórico demonstra como avanços podem ser estabelecidos em termos de proteção social à família e seus membros, mas que a depender dos ciclos e necessidades impostos pelo modo de produção capitalista, à família serão mandatórias as funções de cuidado e proteção.

Visitar as análises de modelos de Welfare State, nos ajuda a compreender como mesmo no interior de um estado com um sistema de proteção social mais robusto, a família sempre esteve como proteção mais significativa para os sujeitos.

Desse modo, a crise do Estado de bem-estar social é marcada por uma retração das políticas sociais e acirramento do neoliberalismo. O Estado social nos países de capitalismo periférico da América Latina e Caribe tem, sobretudo, em sua história uma proteção social voltada para seguros de aposentadorias e pensões. No Brasil, diferente dos demais países latino americanos, a política de saúde pôde ser instituída legalmente como política universal (Boschetti, 2016).

Embora na década de 1980 o Brasil tenha avançado no sentido de reconhecimento de direitos sociais, o que, em tese, aproximaria o país de uma concepção de Estado de Bem-estar Social, Mota (2009) ressalta que

as características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da população, o nível de concentração de renda e as fragilidades do processo de publicização do Estado permitem afirmar que no Brasil a adoção da concepção de seguridade social não se traduziu objetivamente numa universalização do acesso aos benefícios sociais. (Mota, 2009, p.42)

No caso da política de saúde, embora no Brasil tenha-se instituído uma política de caráter universal, gratuita e acessível, podemos ressaltar que esta foi sistematicamente impactada pelo projeto neoliberal que se intensificou, sobretudo, a partir da década de 1990.

O processo de reestruturação produtiva se estabelece no Brasil na década de 1990, concomitante ao momento de contrarreforma do Estado e reforma administrativa, assim, as políticas sociais estavam em campos de disputa: de um lado seu caráter universal e democrático e de outro a lógica neoliberal onde direitos estão subordinados à política econômica. (Castro, 2018)

Assim, o Sistema Único de Saúde brasileiro é gestado em um processo ambíguo de consolidação de diversos direitos sociais e, ao mesmo tempo, enfrenta um acirrado neoliberalismo que se alastra na década de 1990 e que coloca em xeque as funções sociais do Estado, culminando em uma forte concepção de Reforma do Estado. Dessa forma, a década de 1990 é marcada por uma tônica de ajuste neoliberal que, segundo Soares (2009, p.7) é incompatível “com uma política social justa e universal.”

O Sistema Único de Saúde brasileiro é um marco na história do país. Decorre de uma série de mobilizações populares e inaugura de modo formalizado uma nova concepção do modelo de atenção à saúde que vinha-se pensando e construindo, guiado pelo movimento de Reforma Sanitária. Uma proposta arrojada, de grandeza e robustez, que inaugura à população brasileira o acesso universal à saúde.

O movimento sanitário, que vem sendo construído desde os meados dos anos 70, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília. (Bravo; Matos, 2009, p.203)

Os estudos sobre trabalho social com famílias cresceram na década de 1990. Alguns marcos deste período são a declaração da Organização das Nações Unidas de 1994 como Ano Internacional da Família e a instituição do dia 15 de maio como Dia Internacional da Família (VASCONCELOS, 1999), demonstrando a importância que a temática da família adquire no cenário internacional. Neste sentido, o próximo item aborda os debates a partir deste período, sobretudo ressaltando a entrada no neoliberalismo no país.

3.2.1 Neoliberalismo e política social a partir dos anos 1990

Embora saindo dos efervescentes anos 1980, que foi capaz de mobilizar a construção de uma nova Constituição no Brasil, a década que se segue apresenta um contexto de avanço do neoliberalismo. As Políticas Sociais que estavam por serem consolidadas, lidam com acirrados processos de contrarreforma nos anos 1990. Soares (2009, p.73) destaca como “o Estado Neoliberal (...) inclui, por definição, uma feição assistencialista como contrapartida de um mercado livre”, no que diz respeito às políticas sociais. Nesse sentido, para a autora, a década de 1990 é marcada por um perfil neoliberal da política social, onde algumas de suas características correspondem a um esvaziamento orçamentário, desestruturação dos serviços, privatização, focalização e um “retorno à família e aos órgãos da sociedade civil sem fins lucrativos, como agentes do bem-estar social”. (Soares, 2009, p.79)

No que tange às questões sobre gestão no Brasil, temos como marco o processo que ficou conhecido como contrarreforma do Estado. Bresser Pereira (1998)

foi um dos principais idealizadores da “Reforma do Estado” dos anos 1990, que no âmbito das políticas neoliberais, se colocou como estratégia de enfrentamento da crise do capital no país. Assim, atribui-se à crise a necessidade de refuncionalização do Estado.

A perspectiva, apontada por Bresser Pereira (1998) é de uma administração pública gerencial como solução para a questão brasileira, a partir de uma concepção de eficiência administrativa, a partir do entendimento de que os serviços públicos são burocráticos e ineficientes.

Considerando o contexto, a política de saúde também é foco nas reformas de Estado

No âmbito da política de saúde, a principal direção das reformas caminha para a transformação das políticas universalistas e redistributivas em políticas focalizadas, destinadas aos segmentos mais vulneráveis dentro dos vulneráveis. Os pacotes de serviços de saúde, ou programas com caráter focalizado em aspectos restritos da saúde pública, são privilegiados, inclusive pela apropriação dos discursos e propostas de políticas construídas sobre outras perspectivas, como é o caso dos princípios da Reforma Sanitária brasileira. (Rocha; Ferreira, 2005, p.66)

O aspecto focalista é uma face contraditória de um sistema universal, mas que segue com a tônica de ser uma política pobre para pessoas pobres, permitindo e reforçando a saúde privada.

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. (GUIMARÃES, 2016, p. 64)

Neste contexto, Vasconcelos (1999) trata das questões que circundam a priorização das famílias nas políticas de saúde, pois embora emergja o reconhecimento das abordagens à família e comunidade nos anos 1990, esse processo se deu com

resistência de certos setores da sociedade pelo já conhecido viés conservador com que normalmente a família era evocada.

Vasconcelos (1999) enfatiza como os setores intelectualizados da sociedade se mostraram reticentes à essa aproximação entre políticas sociais e famílias, por considerarem os aspectos repressivos da família. O autor traz ao debate uma perspectiva diferente, à medida que a família se apresenta fortemente vinculada aos movimentos sociais e de participação política, como o movimento camponês.

A vida familiar constitui um espaço importante para a elaboração de um destino comum, para o amadurecimento de um saber sobre o espaço, o tempo, a memória, para a transmissão de conhecimentos e informações (...). Em família se possui uma estratégia de sobrevivência para o presente, se constrói um projeto para o futuro e se avalia o que foi o passado. (Vasconcelos, 1999, p. 9)

Destacamos aqui, o movimento feminista como fundamental para trazer a família para o seio do debate público e político, onde a família é compreendida como eixo central para a sustentação e sofre com os rebatimentos de uma sociedade sexista, patriarcal e monogâmica.

Debruçando-se sobre o caso da saúde dentro das reformas de estado, Rocha e Ferreira (2005) enfatizam sobre como o “discurso de crise” é habitualmente invocado para justificar as falhas na implantação de um sistema universal como o SUS. E que este mesmo discurso de crise cria um certo consenso, sendo bem aceito no âmbito do senso comum, que despolitiza os debates e permite, em prol da economia, inúmeros cortes na saúde pública.

Esse processo de reformas torna inviável a universalização da saúde e acaba por torná-la compensatória e focalista.

No entanto, é importante ressaltar que a efetivação das diretrizes do SUS vem sendo ameaçada pelas mudanças políticas, estruturais e administrativas que estão ocorrendo nos Estados, em decorrência das estratégias implementadas pela Reforma do Estado, desenvolvida também nos âmbitos estaduais e locais por meio de projetos de “modernização” do Estado. (Rocha; Ferreira. 2005, p.66)

Como já dito, as políticas de saúde e suas necessidades e direcionamentos hegemônicos em diversos momentos da história estão relacionadas com uma imbricação entre as esferas política, social e econômica. Assim, sua análise não pode

estar descolada da realidade sócio-histórica. Dessa forma, a crise estrutural do capital mundial impõe reajustes fiscais e as políticas sociais são duramente atingidas, especialmente nos países do capitalismo periférico, como o Brasil.

O setor saúde, como segmento produtivo, inserido no contexto do desenvolvimento capitalista da sociedade, vive os mesmos processos dos outros setores de produção, no contexto macroeconômico, ou seja, o processo de acumulação de capital, que tem um de seus pilares no desenvolvimento tecnológico, influencia a dinâmica da oferta de serviços no setor saúde. (Franco; Merhy, 2003, p.5)

Desta forma, a estratégia familista ganha força de maneira institucionalizada e formalizada, por assim dizer, na década de 1990. Essa perspectiva leva a uma concepção de família como protagonista e parceira na política de saúde.

Gelinski e Moser (2015) vão enfatizar que apesar do Estado transferir ações de Proteção Social às famílias, esse repasse de responsabilidade não é acompanhado de uma compreensão real das concepções de família e suas dinâmicas. A começar pelo fato de não existir um consenso sobre o conceito de família, tendo influências do conceito da família patriarcal. Essa concepção penetra os marcos jurídicos que regulam a vida em família, como, por exemplo, a legislação sobre casamentos de 1890. Outra concepção vai compreender a família como uma teia de relações complexas. Ambas as concepções permeiam a construção da centralidade da família nas políticas sociais.

A família é espaço fundamental da vida social e não está imune às contradições, desigualdades, diferenças, é marcada pela cultura e pela história. “A experiência familiar é universal, mas não é homogênea” (Nogueira; Monteiro, 2014, p.141)

Nogueira e Monteiro (2014) vão reforçar que no Brasil, inserido em contexto de capitalismo periférico os direitos sociais e trabalhistas não se generalizaram, ao contrário, as desigualdades se reproduzem de maneira profunda.

O agravamento das expressões da questão social, decorrente do processo de reestruturação produtiva, das transformações demográficas, da retração do Estado - sobretudo no âmbito das políticas públicas -, dentre outras e, além disso, a adoção do ideário neoliberal por parte do Estado tem repercussões diretas no âmbito das famílias (Nogueira; Monteiro, 2014, p. 142)

Importante ressaltar que da década de 1990 até os dias atuais tivemos diversas mudanças que impactam substancialmente nos formatos de família que temos hoje. A deterioração da renda familiar, inserção de novos membros no mercado de trabalho, como no caso das mulheres, que passam a somar as funções de provedoras do lar, lidando com o sustento material da casa e dos demais membros, e de cuidados com as atividades da casa e com as crianças.

As informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Censo 2010) apontam novas configurações de família, pois no Censo de 1980 a configuração de família nuclear de casais com filhos representava 75% das famílias e nos anos 2010 a maior parte das configurações estão fora dessa concepção e representam 50,1%. (Nogueira; Monteiro, 2014, p.145) .

Behring e Boschetti (2016) vão trazer os dados do Radar Social do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada que apresenta dados até 2003. Demonstram:

(...) crescimento do número de famílias chefiadas por mulheres, o que tem atingido tanto as mulheres pobres quanto não pobres, mas com consequências agudas para as primeiras. No ano de 1992, 19,3% dos domicílios eram chefiados por mulheres, percentual que saltou, em 2002, para 32,1% dos domicílios. (...) O Relatório mostra que 87,3% das mulheres chefes de família não tinham esposo, cônjuge ou companheiro. O aumento da responsabilidade feminina pelas famílias pode estar refletindo uma crescente participação da mulher nas decisões de âmbito familiar e no próprio sustento da família. Para esse estudo, raça e gênero se imiscuem para acentuar diferenças sociais. Em 1998, de acordo com a PNAD [Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios] do IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística], a proporção de famílias cujo chefe era uma mulher negra, mas com filhos, era de 20,7% percentual que cai para 18,6% para as pardas e 15,1% para as brancas. (Behring; Boschetti, 2016, p. 185-186)

O último Censo brasileiro realizado, publicado em 2022, aponta para um aumento da população em termos numéricos, contudo, constata-se, apesar das diferenças regionais, uma diminuição das famílias. Ou seja, as famílias brasileiras contam com cada vez menos membros, já sendo menos de 3 pessoas por domicílio. (IBGE, 2022)

Nesse sentido, apesar da centralidade da família nas Políticas Sociais ocorrer de maneira mais consistente e institucionalizada após a Constituição de 1988, o Estado vem se ausentando de responsabilidades e repassando-as sistematicamente às famílias. Desconsiderando as mudanças que ocorreram nos formatos de família

nas últimas décadas e o contexto de aumento de vulnerabilidade dessas. (Gelinski; Moser, 2015)

Logo, com todas as alterações vislumbradas no formato das famílias nas últimas décadas faz-se necessário refletir sobre o modelo adotado pelas Políticas Sociais no que se trata da centralidade na família, já que foram políticas pensadas para modelos de família que não são mais predominantes. Logo, a dinâmica da realidade das famílias se alterou substancialmente, mas as legislações e o modo de fazer política social segue perpetuando concepções que estão em descompasso com essa realidade.

Ao passo que a Constituição de 1988 e suas legislações avançam no campo dos direitos, temos ainda na década de 1990 uma forte tendência à contra-reforma do Estado com grande incentivo às privatizações, transferência de responsabilidades do Estado para as famílias, a sociedade civil e as Organizações não-governamentais, como já abordamos.

Os governos de orientação neoliberal seguiram dicotomizando formulação e execução das políticas públicas e essa desresponsabilização pela política social acompanhou o crescimento do desemprego, da pobreza e das demandas sociais. (Behring; Boschetti, 2016) Com a agudização das expressões da “questão social” concomitante com a desresponsabilização do Estado, a responsabilização das famílias, sobretudo nas atribuições relacionadas ao cuidar, é uma tendência à responsabilização das mulheres, um acontecimento comum ao contexto capitalista em torno do globo.

Em nome da “responsabilidade individual”, o neoliberalismo cortou as verbas públicas de programas sociais. Em alguns casos, comercializa serviços públicos, transformando-os em um fluxo de lucro direto; em outros, transfere-os às famílias isoladamente, forçando-as - e em particular as mulheres - a suportar todo o ônus do cuidado. (Arruzza et al, 2019, p.63)

Com relação à Política de Saúde, a família assume caráter de centralidade no novo modelo de atenção evidenciado pela ESF que tem como um dos princípios básicos a família como núcleo de abordagem. Contudo, para os profissionais e as equipes existem incongruências com relação à definição e compreensão acerca da categoria família. Trata-se mais da reorientação do modelo em saúde do que de estabelecer bem o papel da família no modelo da atenção básica. (Gelinski; Moser,

2015) Essa inconsistência do conceito e abordagem de família é fato que se apresenta na rotina e dinâmica das equipes nos serviços de saúde.

É possível dizer que nos anos 1990 a saúde definitivamente abarca e recorre à família como expresso em seu próprio título: Programa de Saúde da Família. À frente vamos compreender melhor o cenário contemporâneo da conexão entre política de saúde e família.

3.3 Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família: entre caminhos e descaminhos

Como abordo anteriormente, a crise estrutural do capital mundial após a década de 1970 e a descensão do Estado de Bem-estar social impuseram novas configurações às políticas sociais e a saúde foi afetada diretamente. Neste aspecto, Franco e Merhy (2003) ressaltam:

Na década de 70, portanto, os governos passaram a viver com a seguinte contradição: de um lado, com um crescente déficit público, resultado da crise econômica recessiva, que reduziu sua capacidade de financiamento, com repercussões na menor possibilidade de manutenção das políticas sociais. De outro, sofrem com a majoração dos já custosos serviços de saúde, que se utilizam principalmente da nova base tecnológica inscrita na maquinaria, instrumentos, medicamentos e conhecimento especializado, para operar a assistência. Ao mesmo tempo, estes governos têm de dar respostas ao crescente aumento da pobreza, que em períodos de crise, aumentam a demanda para os serviços de saúde pública. Saúde, no contexto de grandes crises, transforma-se em um dos grandes problemas vividos pela maioria da população, resultantes da má distribuição de renda, do desemprego, arrocho salarial, ingredientes de políticas exercidas pelos estados, em ocasião de conjunturas econômicas recessivas. (Franco; Merhy, 2003, p.11)

É possível situar neste processo o marco da Declaração de Alma Ata, decorrente da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde que aconteceu na antiga URSS em 1978, envolvendo a representação de 144 países. O encontro direcionou os cuidados em saúde para um modelo primário, capaz de resolver os problemas em saúde com menores custos possíveis. (Franco; Merhy, 2003)

Existem modelos em saúde que disputam hegemonia e convivem apesar de suas contradições. Franco e Merhy (2003) ressaltam como o modelo historicamente

estruturado de forma médico-centrado tem suas bases em um enfoque tecnológico, de especialidades, fármacos, equipamentos biomédicos, entre outros. É no debate da necessidade de ampliação dos sistemas de saúde que, em contraponto, emerge a medicina comunitária baseada na ideia de uma saúde mais generalista com possibilidades de cuidado dos sujeitos e comunidades, valorizando também os aspectos de promoção e prevenção em saúde.

Ao reconhecer as diferenças entre os países de capitalismo central e periférico, destaca que diante do direcionamento dos cuidados primários, os países periféricos teriam melhores condições de ofertar cuidado em saúde às suas populações. O Brasil tem particularidades nesse processo. A construção do Sistema Único de Saúde só é possível em decorrência do Movimento de Reforma Sanitária, fruto das resistências do país em torno da ditadura. Segundo Bravo (2006), a construção do projeto de reforma sanitária ganhou corpo na década de 1980 diante do processo de redemocratização política que envolveu novos sujeitos sociais, após um longo período de ditadura político-empresarial no Brasil.

É basicamente um consenso entre os estudiosos da saúde brasileira que a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 foi um marco no país, pois fomenta a proposta de construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Se a medicina comunitária foi uma tendência para o desenvolvimento do conceito de Atenção Primária em termos mundiais, envolvendo uma abordagem comunitária, a construção da APS no Brasil **vai ter na família seu grande ponto de sustentação** acompanhando os debates internacionais advindos do neoliberalismo. Logo, a estratégia norteadora da Atenção Primária à Saúde no Brasil correspondeu ao Programa de Saúde da Família, criado em 1994, e que, posteriormente na PNAB (2006) tornou-se Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido, passa a ser considerada como estratégia por ser o eixo estruturante da APS. (Pinto; Giovanella, 2018)

O embrião do Programa de Saúde da Família foi o PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde que contava com o trabalho de mulheres de localidades pobres para a realização de ações em saúde, como combate à desnutrição infantil, por exemplo. Dessa forma, “expressa a conversão do tempo social improdutivo das mulheres dos setores mais pauperizados da classe

trabalhadora como recurso do Estado para implementação de políticas de saúde” (Ferreira, 2017, p.144).

Ferreira (2017) reforça ainda que o Banco Mundial incentivou a implementação do PACS na América Latina. Em sua análise, conclui que o Estado segue sistematicamente se apropriando do tempo social das mulheres, utilizando-o como um dos pilares de sustentação das políticas de saúde. Como destacado, o debate da família passa a emergir de modo mais incisivo com o fortalecimento dos movimentos feministas. Interessa, sobretudo, às mulheres por serem estas as maiores atingidas pelo familismo.

Nesse sentido, Rocha e Ferreira (2005) destacam como o enfoque da atenção primária nas famílias se utiliza da divisão sexual do trabalho, apoiando-se no trabalho de reprodução social realizado por mulheres, majoritariamente, e transferindo as ações de cuidado para os núcleos familiares. Assim, a estratégia de saúde da família redireciona o modelo de atenção em saúde, que representa um importante avanço, mas ao mesmo tempo traz em si diversos aspectos contraditórios nessa relação com o conceito de família e com as famílias de modo concreto, no cotidiano do cuidado.

Ferreira (2017), em seu estudo, demonstra como a apropriação do tempo de trabalho das mulheres é uma tendência das políticas de saúde.

Conforme demonstra uma vasta literatura sobre as políticas sociais, o consenso em torno da estruturação deste modelo ancora-se na valorização da família como espaço de produção da saúde, de sua aproximação aos serviços de saúde, como pilares de um modelo baseado na promoção da saúde, a co-responsabilização e na participação comunitária. Esse processo, evidentemente, carrega contradições. De um lado, insurge-se contra o caráter autoritário dos serviços, centrado em torno do poder médico, e vincula-se aos princípios da saúde coletiva e da democratização do processo de trabalho em saúde. Há uma grande ênfase nas determinações das desigualdades nas relações sociais de classe, ao mesmo tempo em que se invisibiliza aquelas produzidas nas relações sociais de sexo. Esta contradição permeia o movimento de reforma sanitária e marca uma tensão histórica entre este e o movimento feminista, o qual denuncia que a “boa intenção” de enfrentamento das determinações sociais da saúde ancora-se, largamente, na instrumentalização das mulheres. (Ferreira, 2017, p.146)

Ressalta-se o fato de que os documentos que norteiam a Política Nacional da Atenção Básica, embora tratem da estratégia de saúde da família, pouco se ocupam em elucidar o que é a família e quais suas possibilidades, acabando por reproduzir

uma ideia naturalizada da família, tal como o debate é tratado de forma geral nas políticas sociais e na sociedade.

Se não se preocupa em conceituar a família, o modelo de estratégia de saúde da família redireciona o modelo de assistência em saúde, mas só tem como partir de uma visão de que a família é um arranjo natural. Logo, se não se parte da concretude sócio histórica da família, tal conceito torna-se uma abstração onde uma família idealizada acaba sendo o ponto comum, muitas vezes desconsiderando suas relações sociais, raciais e de gênero.

Consultando a Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade, por exemplo, disponível pelo MEC - Ministério da Educação (2019) - verifica-se o enfoque na questão da atenção ao indivíduo, à família e comunidade, contudo não se problematizam tais conceitos: “Demonstrar atitude respeitosa no contexto familiar mesmo quando há diferenças culturais e comportamentais. (...) Compreender a existência de famílias disfuncionais e que isso pode desencadear problemas de saúde de várias naturezas.” (MEC, 2019, s.p.)

É possível dizer que nos últimos anos existiu um avanço na visão e incorporação da diversidade familiar. Mas ainda se tem a visão de famílias que “falham” em sua função protetiva como famílias disfuncionais. Embora o seu estudo parta de uma discussão que engloba a interface entre Assistência Social e Sistema sócio jurídico, Cardoso (2017) demonstra como os serviços acabam por produzir a ideia de famílias incapazes, com base na ideia de que a família, mesmo nas mais diversas circunstâncias, precisa dar conta de cuidar de seus membros, vai se criando uma estreita relação entre cuidado e capacidade.

Podemos destacar como principal legislação que norteia a APS: a Política Nacional de Atenção Básica, originalmente de 2006. A APS, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 02/2017, é a porta de entrada do SUS e ordenadora da linha de cuidados em saúde. Norteia como estratégia prioritária para sua organização a Estratégia de Saúde da Família, e expressa os princípios e diretrizes da Atenção Básica, que, claro, estão em consonância com o SUS.

São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

- I - Princípios:
 - a) Universalidade;
 - b) Equidade; e
 - c) Integralidade.

II - Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede; e
- i) Participação da comunidade. (PNAB, 2017)

A PNAB passou por alterações significativas desde a sua constituição. Em 2015 iniciou-se um movimento para revisão da PNAB que, inicialmente, tinha como ideia ampliação do financiamento federal para que se possibilitasse novas formas de financiamento e modalidades de composição das ESF, como previsto pela 15ª Conferência Nacional de Saúde. Esse processo foi interrompido devido ao contexto político que culminou com o *impeachment* da então presidenta Dilma Rousseff. Com Michel Temer assumindo a presidência, foram retomadas as discussões acerca de alterações na PNAB, destacando aqui sua mudança mais significativa que diz respeito ao financiamento da APS e as novas possibilidades de composição das equipes, inclusive sem o ACS. (Almeida et al, 2018)

As composições das ESF, estão atualizadas de acordo com a Portaria de consolidação nº1 de 02 de junho de 2021 que trata das regras de validação das equipes para fim de cadastramento e repasse de recursos. Aqui destacamos a composição da equipe de saúde da família que conta com 1 (um) médico, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem e 1 (um) agente comunitário de saúde. (Brasil, 2021)

Como abordado, em contexto de neoliberalismo, o desfinanciamento do SUS é estrutural, mas se acirra de maneira drástica nos últimos anos:

Recentemente, o desfinanciamento estrutural do SUS ratificou-se com os impactos provocados pela aprovação e vigência da Emenda Constitucional (EC) nº 95, de 2016 intitulada Emenda do Teto dos Gastos, pois congelaria por vinte exercícios financeiros a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde. Segundo estudo da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), a perda do investimento na política pública de saúde causada por essa emenda foi de consideráveis R\$ 36,9 bilhões de reais no período entre 2018 e 2022. (Cunha, 2023, p.10)

Um arcabouço fiscal reduzido inviabiliza a concretização dos princípios do SUS. Não obstante os impactos começam a ser sentidos no cotidiano pelos trabalhadores e usuários da política de saúde. Falta de insumos, de medicamentos, são alguns simples exemplos. Se a oferta pública de assistência a essas famílias atendidas torna-se deficitária, isso significa que os ônus serão das próprias famílias que precisarão suprir suas necessidades em saúde sem contar com o Estado.

Dessa forma, como ressalta Giovanella et al (2020), o processo de desfinanciamento do SUS se acirra após 2017, sinalizando ameaças ao modelo de saúde ofertado pela ESF, uma vez que a PNAB passa por revisão que permite a fragilização da composição da eSF, pois passa a se permitir eSF com apenas 1 (um) ACS.

Considera-se dizer que atingir a garantia de ACS na composição da equipe é como atingir, de certa forma, seu coração. O ACS é de extrema importância para uma eSF, pois é o elo mais concreto entre a equipe e o território, a comunidade e as famílias. Em Belo Horizonte, a SMSA mantém a composição da equipe, não tendo adotado o modelo de apenas 1 (um) ACS por equipe até o momento.

Outro ponto crucialmente atacado é o credenciamento e o financiamento referente à composição da equipe multiprofissional. Assim, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ficam a cargo dos municípios, “sob a justificativa de maior autonomia do gestor municipal para a composição destas equipes” (Giovanella et al, 2020, p.1477)

Ora, se o modelo de financiamento se altera, os municípios brasileiros se veem impelidos a realizar a adesão, pois dela dependem para o repasse de verbas. Embora os materiais vinculados pelo município de Belo Horizonte, coloquem a adesão ao programa Saúde na Hora como um ganho para a rede de saúde, é possível notar, alguns pontos que remetem à fragilização da APS.

Outra forte tendência das mudanças na PNAB é a questão do trabalho baseado no desempenho. A nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde com o Programa Previne Brasil instituído em 2020 tem sido apontada por especialistas como uma estratégia que descaracteriza a Atenção Primária à Saúde. Segundo documento elaborado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (2023), “O Programa Previne Brasil induz um modelo de atenção à saúde médico-centrado, focalizado, assistencialista, que não valoriza o trabalho no território e na comunidade,

sem fomento ao cuidado multiprofissional e organizado pela lógica produtivista (elementos de mercado)” (ABRES, 2023, s.p.). Com sua implantação, destacam-se algumas das principais mudanças percebidas nestes últimos anos, como a composição mínima das equipes de saúde da família e com um repasse calcado no desempenho.

Nos últimos anos, a questão da produtividade ganhou bastante força na Atenção Primária à Saúde. Tratar da questão do (des)financiamento do Sistema Único de Saúde faz-se incontornável, já que, como enfatizado anteriormente, o modelo familista se reforça a cada período de crise. O trabalho não pago de cuidado segue sendo recorrentemente delegado às famílias e pouco problematizado. Por não existir um sólido debate sobre o que é a família na Política de Saúde, como destacam Bertelli et al (2023), apesar de existirem estudos de matriz crítica na saúde pública, a família segue sendo assunto pouco tratado.

Demonstra-se, assim, como a lógica mercadológica tem, cada vez mais, permeado a política de saúde, tendo rebatimentos diretos na atuação profissional e nas famílias atendidas.

Com relação à lógica do desempenho, Morosini e Fonseca (2018) destacam como a visita domiciliar é um dos principais instrumentos de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, sendo sua produção contabilizada através do número de visitas realizadas às famílias. Para Bertelli et al (2023) a lógica de desempenho coloca as famílias, muitas vezes, como mero instrumento para alcance de indicadores. Em suas palavras:

Em que pesem as mudanças preconizadas nesse modelo, não raro, as famílias adquirem, contraditoriamente, um caráter instrumental como forma de aproximação ao contexto do indivíduo visando o cumprimento de metas das ações no campo da saúde. (Bertelli et al, 2023, p.169)

Nesse sentido, a ênfase da família nos processos de cuidado em saúde revela duas faces contraditórias que se correlacionam. De um lado uma face progressista, onde a família é valorizada, descentralizando-se a produção do cuidado do modelo biomédico, e de outro lado uma face conservadora que coloca sobre a família o ônus do desfinanciamento da política de saúde. (Ferreira, 2017)

3.4 Apresentando o cenário de estudo: a Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte

Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais e conta atualmente com uma população total de 2.521.564 habitantes, segundo dados do IBGE em 2020. Tratando-se assim de uma metrópole de importância e visibilidade com relação à sua história de construção do Sistema Único de Saúde e, especialmente, da Atenção Primária à Saúde.

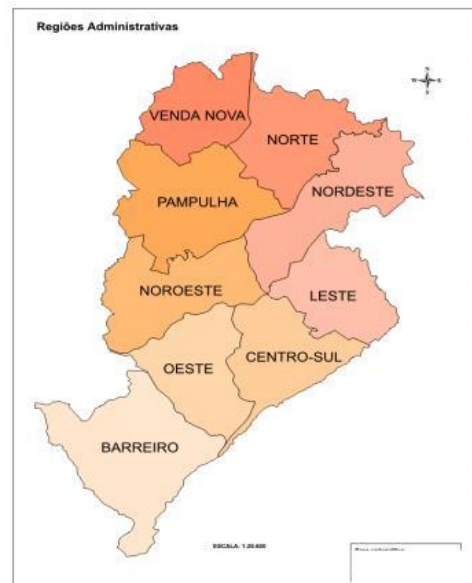
Belo Horizonte é a primeira cidade planejada do país e foi inaugurada em 12 de dezembro de 1897. A Proclamação da República em 1889 e os novos rumos da economia brasileira tornam a ideia da necessidade de modernização bastante latente. Ouro Preto havia cumprido uma importante função como capital mineira até aquele momento, mas o rompimento com o sistema imperial impunha disputas em torno de qual região seria a sede da nova capital. Várias são as disputas em torno da capitalidade de Minas Gerais, quando se consensua a criação de Belo Horizonte. Conjugava-se assim uma nova etapa, onde o ideal de modernização era cada vez mais forte, bem como os novos ares econômicos e políticos da república. (PASSOS, 2009)

Apesar de planejada em sua área central, assim como outras metrópoles BH possui diversas contradições, como o crescimento de áreas “desordenadas” para além dos limites da Avenida do Contorno. Dessa forma, a conformação urbana e o processo histórico da cidade vão impactar suas regiões. Ou seja, “essa forma de ocupação do espaço urbano determinou a existência de grupos sociais com diferenças importantes no acesso aos serviços de saúde, configurando perfis epidemiológicos e problemas de saúde diferentes.” (Minas Gerais, 2009, p.15). Tal conformação urbana vai ser determinante no momento de organização da Estratégia de Saúde da Família.

A cidade organiza-se em 9 (nove) regionais, sendo na Política de Saúde chamados de distritos sanitários, como é possível perceber na figura abaixo:

Figura 1 – Mapa das regiões administrativas de Belo Horizonte

Figura 1
Unidades Administrativas Regionais



Fonte: Relatório de Gestão/SMSA - 2006

Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (2023)

<http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=distritos/dsnorte/index.html>

A conformação sócio-histórica da cidade de Belo Horizonte pressupõe uma série de desigualdades em seus territórios. Para a estruturação da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, a Secretaria Municipal de Saúde adotou o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) “é uma combinação de diferentes variáveis num indicador que busca resumir informações relevantes para traduzir as desigualdades intra-urbanas, apontando áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, favorecendo a proposição de ações intersetoriais” (Belo Horizonte, 2008, p.21)³²

Sendo assim, o IVS conta com indicadores como saneamento, habitação, educação, renda e saúde. Os setores censitários passam a ser classificados de acordo com esse critério de risco: risco baixo; risco médio; risco elevado e risco muito elevado (Belo Horizonte, 2008, p.22). Essa avaliação tem impacto para os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, uma vez que as unidades de saúde possuem uma classificação de acordo com suas características, podendo ser “A”, “B”, “C” e “D”. Os profissionais recebem o “abono de estímulo fixação ao profissional”, de

³² Para compreender melhor o IVS e visualizar o mapa e os bairros de Belo Horizonte, acesse <https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-vulnerabilidade-da-saude>

acordo com a lei nº7.238, de 30 de dezembro de 1996. Esse abono, como o próprio nome diz, busca promover a fixação de profissionais nessas áreas consideradas de risco, através de acréscimo financeiro ao salário base. Outro estímulo financeiro relevante e que, neste caso, trata-se diretamente do trabalho com famílias na saúde é o “prêmio pró-família”.

A municipalização da gestão dos serviços de saúde foi uma importante estratégia para o SUS. Se antes a sua gestão era organizada pelas entidades federal e estadual, em 1994 o município de Belo Horizonte assumiu integralmente sua gestão. (Teixeira et al, 2012).

Muito antes da implantação do PSF ou mesmo da municipalização dos serviços de saúde, os assistentes sociais já compunham a rede de saúde de Belo Horizonte. Segundo Oliveira (2008), em meados de 1985 a rede de saúde do município passou a contar com equipes de saúde mental em alguns Centros de Saúde de Belo Horizonte. Essas equipes eram compostas por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social. Logo, a pelo menos 38 anos assistentes sociais estão na rede da Atenção Primária à Saúde, mesmo em seu momento mais embrionário.

Se nos anos 1980 a família ganha status público (Nogueira; Monteiro, 2014), tendo a Constituição de 1988 como o marco dessa formalização, podemos dizer que os anos 2000 fortalecem a perspectiva sobre a família. As políticas sociais previstas levam anos para se estruturarem e a elas vão se somando outras normativas e regulamentações, como no caso da saúde temos as Normas Operacionais Básicas - NOB SUS³³- de 1991, 1993 e 1996. Dessa forma, com as discussões sobre a saúde da família fervilhando, a família é definitivamente trazida para o centro do debate da saúde nos anos 2000.

Em fevereiro de 2002 ocorreu a implantação das primeiras equipes de saúde da família em Belo Horizonte, cerca de 176, que puderam se constituir com profissionais da rede. Isso porque o município ofereceu credenciamento de profissionais que já compunham a rede de saúde e concordavam com as mudanças salariais e de carga horária. Um dos incentivos passava a ser o recebimento do incremento no salário que ficou inicialmente conhecido como “plus do PSF”. Com a

³³ De modo geral, as Normas Operacionais Básicas têm o objetivo de definir os papéis dos gestores nos níveis federal, estaduais e municipais e definir a questão de repasses de recursos financeiros.

meta de implantação de equipes abaixo da meta estipulada pela SMSA, logo houve a contratação de diversos profissionais médicos e enfermeiros. (Belo Horizonte, 2008)

Apesar da implantação, já em curso, do Programa de Saúde da Família, em 2003, foi necessário um movimento, que reunia diversos atores políticos, para se pensar e direcionar o projeto para a atenção básica de Belo Horizonte. Esse momento foi nomeado de “BH Vida: Saúde Integral” e concretizado em um documento com o mesmo nome. (Belo Horizonte, 2008)

Entre os principais entraves que a implantação ainda enfrentava estavam: pouca definição sobre os papéis das equipes e funcionamento da unidade, confusões acerca do processo de trabalho do ACS, questões com relação aos processos de trabalho da saúde mental e saúde bucal, bem como problemas com relação à divisão territorial e populacional. (Belo Horizonte, 2023)

O Programa BH Vida é constituído pelas ações necessárias à organização da atenção básica de saúde voltada para grupos familiares no Município e é organizado pelas:

I - Equipes Básicas de Saúde da Família;

II - Equipes Básicas de Saúde Bucal;

III - Equipes de Apoio às Equipes Básicas de Saúde da Família e de Saúde Bucal;

IV - Equipes de Apoio aos Centros de Saúde. (Decreto nº 17.134, de 10 de julho de 2019)

O início dos anos 2000 marcam, por assim dizer, um avanço na organização dos serviços de saúde no município. Esse movimento chamado BH Vida incorporou 2625 ACS à rede de saúde. Vale lembrar que BH já havia passado por um projeto-piloto de implantação de pelo menos 22 equipes de saúde da família no ano de 1999. (Santiago, 2004)

Para reorganizar a rede de saúde e discutir seus novos rumos, de acordo com Santiago (2004), existiu uma importante mobilização entre diversos atores, dentre eles, trabalhadores, gestores e usuários, tendo sido realizado um Seminário que envolveu todos os gerentes de Centros de Saúde, coordenadores de ACS, trabalhadores e técnicos do nível central e níveis regionais da gestão, com o objetivo de discutir 5 temas principais, através de Grupos de Trabalho, sendo eles: “transição do modelo de atenção, composição das equipes, infra-estrutura, capacitação de recursos humanos e acompanhamento dos distritos sanitários.” (Santiago, 2004, p.38)

O compilado produzido pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte “O coletivo de uma construção: o Sistema único de Saúde de Belo

Horizonte” de 2012 resgata a história da consolidação do SUS-BH e das Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do município. Em 2002, Belo Horizonte implantou a estratégia de Saúde da Família em todas as regionais da cidade com priorização das áreas de muito elevado, elevado e médio risco e em 2011 sua expansão atingiu as áreas consideradas de baixo risco. No ano de 2008 o município já contava com 512 equipes de saúde da família. (Teixeira et al., 2012)

Assim, ainda sobre a implantação da saúde da família, existiu uma importante mobilização para estruturação do PSF em BH e do entendimento de quais seriam as funções e atribuições das diversas categorias profissionais diante deste contexto. Como fruto deste momento temos um dos documentos que serão analisados a seguir.

Nomeado “Atuação do Serviço Social no Programa BH Vida”, este documento é produto de uma série de discussões que levaram às reflexões de como o Serviço Social seria incorporado à proposta do BH Vida. Após duas décadas é possível avaliar quais os rumos tomados e o papel do Serviço Social no SUS-BH através da análise do recém-publicado “Orientações Institucionais para atuação do(a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS-BH” de 2023, que serão alvo de análise no próximo item.

Assim, fazendo menção ainda a documentos de relevância, vale destacar que em 2016, a PBH lança o “Guia de Acompanhamento para o SUS-BH: Família Cidadã-BH sem miséria”. Trata-se de um documento intersetorial com a “coordenação geral da Secretaria Municipal de Políticas Sociais e a Gerência do BH Cidadania e com a participação das Secretarias de Governo; Adjunta de Assistência Social; de Esportes e Lazer; Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional; Adjunta de Direitos de Cidadania; de Saúde; de Educação; Adjunta de Trabalho e Emprego; de Administração Regional e URBEL– Diretoria de Regularização e Controle Urbano”. (Belo Horizonte, 2016, p. 4) O documento tem perspectiva intersetorial e é destinado aos trabalhadores e gestores da rede, buscando promover o acesso à saúde para as famílias mais vulneráveis. Trata-se de uma imbricação com o Programa BH Cidadania, da Secretaria Municipal de Políticas Sociais com outras áreas como saúde, educação, assistência social e Urbel. Os critérios de acompanhamento estão estruturados, sobretudo, com base na inscrição no CADÚnico.

Neste trabalho, faz-se interessante o destaque deste documento por haver, de modo mais específico e contundente, indicações sobre abordagem e

acompanhamento familiar, uma vez que, não é algo que aparece nos documentos da saúde.

Entre os objetivos do SUS para o Família Cidadã estavam: “Realizar a Avaliação Familiar, compreendendo a classificação de risco familiar, a aplicação de outras ferramentas de abordagem familiar, a identificação da rede de apoio e proteção familiar e social (...)” e “Desenvolver e aplicar o Plano de Cuidado Familiar (PCF) para as famílias e seus membros a partir da ESF, no CS da área de abrangência correspondente ao domicílio do responsável familiar” (PBH, 2016, p.11) Com relação às ações para avaliação das Famílias Cidadãs, estão listadas: Classificação de Risco Familiar, Genograma, identificação da Rede de Apoio e Proteção Familiar e Social e Situação de Acompanhamento, sendo estes instrumentos em anexo ao fim do documento.

Mais recentemente, no segundo semestre de 2019, a SMSA-BH fez adesão ao programa “Saúde na Hora”, instituído na Portaria Nº 930, de 15 de maio de 2019. O programa altera o financiamento da Atenção Primária, conforme modalidades de adesão. Belo Horizonte passa então a contar com os Centros de Saúde abertos durante 12h diárias. Segundo notícia veiculada pela Prefeitura de Belo Horizonte no “Acontece Saúde” - edição 68: “A proposta é ampliar o acesso da população aos serviços da Atenção Primária, como consultas médicas e odontológicas, coleta de exames laboratoriais, aplicação de vacinas e pré-natal. Em contrapartida, o Saúde na Hora vai ampliar os recursos mensais ao município. ” (Belo Horizonte, 2019, s.p).

Um importante compilado, produzido pela SMSA, sobre a história do SUS-BH, “Avanços e desafios na Organização da Atenção Primária à Saúde Belo Horizonte (2008)” resume o papel dos diversos profissionais que compõem as equipes, e o serviço social está elencado dentro do tópico de atividades matriciais dos centros de saúde.

É neste percurso que o Serviço Social vai se afirmando enquanto profissão importante nas equipes da APS em BH, tendo como uma de suas principais competências o desenvolvimento do trabalho com famílias. Assim, o município de BH hoje se estrutura com o profissional de Serviço Social lotado nos Centros de Saúde, compondo as equipes de apoio à Saúde da Família, essencial para o trabalho desenvolvido, como demonstra a sua histórica inserção na rede SUS-BH. Trataremos disso, no próximo capítulo.

4 SAÚDE, FAMÍLIA E SERVIÇO SOCIAL: O TRABALHO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE

Este capítulo tem por objetivo apresentar a implantação da Estratégia de Saúde da Família no município de Belo Horizonte e problematizar o lugar das famílias no trabalho das assistentes sociais que atuam na APS.

Para tal, trazemos elementos introdutórios sobre a relação entre Serviço Social e o debate de famílias, para posteriormente apresentar as análises.

Utilizamos a pesquisa documental indicada na Introdução e aqui relembramos que os documentos são: “Atuação do Serviço Social no Programa BH Vida” de 2001 e “Orientações Institucionais para atuação do(a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS-BH” de 2023. No decorrer do capítulo tais documentos serão nomeados como Documento 1 (2021) e Documento 2 (2023) para facilitar a leitura. Essa análise será cotejada com as entrevistas de 9 (nove) assistentes sociais que estão inseridas na APS em BH, uma de cada regional sanitária do município.³⁴

O roteiro de análise documental propõe um olhar sobre 3 (três) eixos, sendo eles: a) Política de Saúde; b) Família e abordagem familiar e c) Serviço Social. É a partir dessas análises que destacamos o trabalho dos assistentes sociais com famílias na APS em BH. Desta forma, os itens 4.2.1; 4.2.2 e 4.2.3 correspondem aos eixos de análise supracitados.

4.1 Serviço Social e trabalho com famílias: tendências do debate nacional

A família é um sujeito privilegiado nas intervenções do Serviço Social desde o seu início (Mioto, 2010). Na atual fase do capitalismo, em sua era fetichizada, há um reordenamento das políticas sociais em que o assistente social é convocado a gerenciar e monitorar a pobreza (Rodrigues *apud* Horst; Mioto, 2017). Assim, Horst e Mioto (2017) enfatizam um forte retorno ao conservadorismo, destacando, sobretudo, pontos que não avançaram tanto no estatuto teórico amadurecido do Serviço Social, como por exemplo a temática do trabalho com famílias.

Segundo Horst e Mioto (2017), a família é erigida como estratégia, a partir do século XX, para responder às contradições suplantadas pela luta de classes e na constituição dos ideais modernos. Surgem as primeiras iniciativas, no contexto dos

³⁴ Para auxílio na leitura, os procedimentos metodológicos estão indicados nas páginas 18-21 da Introdução.

anos 1930, do Estado brasileiro de fomentar políticas sociais destinadas a famílias, fortemente influenciada pelo autoritarismo nazi-facista, que tinha como paradigma o ideal de “família regular” e “saudável”, paradigma esse construído pelas formulações gestadas especialmente no campo médico, jurídico e urbanístico. Essas formulações forneceram o suporte técnico e teórico, abraçado pela Igreja Católica, para a implementação de políticas públicas nessa área e para a colocação no mercado de trabalho de um conjunto de novos profissionais, dentre eles, os assistentes sociais. (Neder apud Horst; Mioto, 2017, p.233)

Dessa forma, os assistentes sociais vão intervir de maneira ideológica na vida das famílias trabalhadoras, através das políticas sociais e com bases nesses princípios supracitados, sobretudo com mulheres e crianças. Nas décadas que se seguiram, os assistentes sociais passaram a atuar influenciados pelo pressuposto do trabalho com famílias erigido por Mary Richmod, e assim, com a base metodológica do Serviço Social de Caso, do Serviço Social de Grupo e do Serviço Social de Comunidade. Ademais,

Nos anos de 1950 e 1960 o CBCISS (Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais), através de sua revista, publicou inúmeros textos relacionados à família, muitos de autores norte-americanos traduzidos para o português. Neles se divulgava e se fortalecia uma intervenção profissional pautada na perspectiva estrutural funcionalista de família. (Horst; Mioto, 2017, p.234)

Como contextualiza Horst e Mioto (2017), as décadas de 1970/80 são marcadas pela influência sistêmica que vão ter no Serviço Social clínico a maior expressão no trabalho com famílias, através das terapias familiares. A segunda metade do século XX é, assim, permeada por bibliografias ancoradas na terapia sistêmica para direcionar o trabalho com famílias. Essa influência, segundo os autores, e essa lógica de definição dos problemas através das dinâmicas familiares se consolida de tal forma que atravessa décadas e se faz presente no trabalho com famílias preconizado pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em plenos anos 2000.

As maneiras de se realizar trabalho com famílias, até então, foram alvo de questionamentos por parte dos profissionais em seu momento de efervescência com relação às novas bases de sustentação da intervenção do trabalho de assistentes sociais em sua aproximação com a teoria crítico dialética. (Horst; Mioto, 2017)

Dessa forma

Nessa postulação o Estado é considerado como a instância responsável pela garantia de direitos e pela oferta de atenção pública. No escopo dessa formulação, uma nova janela se abriu para o debate da família enquanto um dos sujeitos privilegiados de intervenção direta ou indireta dos assistentes sociais, considerando-se, por um lado, ser ela o lugar de materialização das expressões da questão social e, por outro, ser ela historicamente uma instância de provisão de bem-estar. (Horst; Miotto, 2017, p.236)

Contudo, Horst e Miotto (2017) ressaltam a praticamente ausência de produções e debates sobre família nas décadas de 1970, 1980 e 1990, com base na teoria social crítica, colocando como possível motivo por essa lacuna os esforços perpetrados pela categoria no estudo e consolidação dos fundamentos teórico-metodológicos da profissão.

Tem havido, desde as décadas de 1980/1990, um especial esforço acerca dos estudos e debates sobre os fundamentos do Serviço Social. O livro “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil” de Marilda Vilela Iamamoto e Raul de Carvalho representa um marco na apropriação da teoria social crítica pela produção acadêmica no interior do Serviço Social. Como enfatiza Simionatto (2018), é com Marilda Vilela Iamamoto que o Serviço Social garante bases efetivas na análise crítica da profissão em diálogo com a teoria de Marx.

O adensamento acerca deste debate se faz na compreensão dos fundamentos da profissão como indissociáveis de sua análise enquanto fundamentos históricos, teóricos e metodológicos. Contudo, vale ressaltar que o Serviço Social não é endógeno, ou seja, não tem um fim em si mesmo. Dá-se enquanto profissão na sociedade capitalista frente às suas relações sociais, demandas, processos históricos, culturais, econômicos, dentre outros. Ou ainda, enquanto especialização do trabalho coletivo e inserida na divisão social e técnica do trabalho (Iamamoto; Carvalho, 2014). Assim, temos pelo menos 30 anos de consolidação da discussão acerca dos fundamentos do Serviço Social e uma vinculação à teoria social crítica que expressa um direcionamento hegemônico para a profissão.³⁵

³⁵ Na concepção de Mota (2013), o Serviço Social brasileiro, além de profissão, vem se constituindo ainda como área do conhecimento: (...) o Serviço Social ampliou sua função intelectual, construindo uma massa crítica de conhecimentos, tributária da formação de uma cultura que se contrapõe à hegemonia dominante, protagonizada pela esquerda marxista no Brasil, e o faz sem perder a relação de unidade com o exercício profissional, mas expondo uma distinção entre o significado do Serviço

Dessa forma, através do esforço de analisar pesquisas recentes no que diz respeito ao trabalho com famílias, Horst e Miotto (2017) vão ressaltar a necessidade de um esforço no rompimento com o conservadorismo no trabalho com famílias, pois segue se fazendo presente a tendência de valorização de um instrumental funcional que remonta velhas práticas, embora borradas por novos discursos. Um exemplo desse novo discurso é a tônica do protagonismo das famílias que segue sendo “um processo interventivo na lógica do disciplinamento, da responsabilização e da culpabilização das famílias.” (Horst; Miotto, 2017)

Neste ponto cabe, para fazer esse debate, situar o lugar das políticas sociais no contexto de crise estrutural do sistema capitalista e enquanto lócus ocupacionais majoritários do trabalho de assistentes sociais. Nos dias atuais, dadas as mudanças estabelecidas no contexto capitalista nas últimas décadas, as políticas sociais vêm sendo duramente atacadas em busca de um alargamento na taxa de lucros. Se no contexto europeu o modelo de bem-estar social não sobrevive, no contexto latino americano, de capitalismo dependente, essa possibilidade sequer é vislumbrada. (Horst; Miotto, 2017)

Não contraditoriamente as Políticas Sociais são as maiores demandantes do trabalho do assistente social, como enfatiza Iamamoto (2012) o setor público é o que mais emprega, sobretudo nas esferas estaduais e municipais. Demonstra a área da saúde como de importância na absorção de assistentes sociais, possuindo cerca de 25,83% de profissionais vinculados a essa política ainda em 1996, segundo pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Como profissão majoritariamente vinculada ao setor público, os assistentes sociais vem sofrendo com os processos de reforma, precarização das relações de trabalho, perda de direitos, terceirização, dentre outros problemas.

Maranhão (2017) apresenta uma contradição: se os esforços nas últimas décadas giraram em torno de uma aproximação do Serviço Social com a perspectiva

Social enquanto área do conhecimento e profissão voltada para a intervenção direta na realidade. (Mota, 2013:24). Assim, frente às produções do Serviço Social apresentadas nos eventos promovidos pela Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (Aiets), International Council on Social Welfare (ICSW) e pela Associação Latino-Americana de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Alaeits), é possível observar como os demais países estão mais vinculados às sistematizações voltadas para a prática profissional como relatos de experiências voltados, inclusive, para práticas terapêuticas. Enquanto, por sua vez, o Brasil, além de ter ampliado sua participação nesses eventos, contribui com densas pesquisas acadêmicas, demonstrando sua consolidação enquanto área do conhecimento. (Mota, 2013)

crítico dialética, como seria possível explicar ainda a significativa tendência de valorização de um saber prático que produza resultados imediatos? O autor aposta na tese da estrutura sincrética do Serviço Social como um dos pontos centrais para a compreensão dessa contradição. Outros dois pontos que colocam desafios importantes na busca pelo rompimento com o conservadorismo no Serviço Social são, além do caráter sincrético da profissão, o processo histórico de aproximação da profissão com a tradição marxista de maneira “enviesada” e, também, as características do capitalismo maduro e sua correlação de forças com a luta de classes na contemporaneidade (Maranhão, 2017).

Dessa forma, a estrutura sincrética³⁶ do Serviço Social pode ser um dos fatores que favorecem uma atuação imediatista e fragmentada no trabalho social com famílias na saúde. O sincretismo nos auxilia a compreender as demandas diversas que permeiam a atuação profissional dos e das assistentes sociais.

O Serviço Social, junto com outras profissões, é entendido como profissão da área da saúde. (Matos, 2014) Embora atuantes na Política de Saúde, os assistentes sociais lidam não somente com as legislações específicas a essa área, mas também estão providos das demais legislações, lidando rotineiramente com as que versam sobre a pessoa idosa e crianças e adolescentes, por exemplo. Com relação à criança e o adolescente, esses vão ser considerados como sujeitos de direitos com prioridade na formulação de políticas públicas e têm seus direitos sociais, políticos e civis preconizados em todos os aspectos da vida social, sendo seu dispositivo mais relevante o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) que inaugura uma nova concepção de responsabilidade compartilhada entre família, Estado e sociedade. (Setúbal, 2014)

Historicamente, o Serviço Social se insere na saúde, através dos hospitais, com o objetivo de construir um elo usuário / família / instituição. Matos (2014) vai ressaltar,

³⁶ A tese sobre o sincretismo no Serviço Social foi abordada por José Paulo Netto (2011) em seu livro *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. O autor busca investigar o processo de profissionalização do Serviço Social brasileiro, para o qual vai colocar como eixo estruturante de análise o capitalismo dos monopólios como época histórica a partir da qual se torna possível a emergência do Serviço Social como profissão. Na era dos monopólios, o enfrentamento da “questão social” vai se dar, sobretudo, através das políticas sociais. Existe, nesse sentido, uma relação ontológica entre políticas sociais e o serviço social na concepção do autor. Netto (2011) sustenta sua tese com 3 fundamentos objetivos da estrutura sincrética do Serviço Social sendo eles: o aspecto fragmentado da “questão social”, o cotidiano enquanto espaço onde os profissionais desenvolvem suas ações e a “manipulação de variáveis empíricas”. Para aprofundar este debate, consulte *Capitalismo Monopolista e Serviço Social* de José Paulo Netto.

com base em pesquisa de Vasconcelos do ano de 2002, que mesmo nos anos mais recentes o assistente social na saúde segue com a demanda de contato com os usuários para encaminhamentos e orientações, muito ligados ao atendimento médico, demonstrando uma estrutura rígida que, ainda hoje, se materializa no exercício profissional no campo da saúde.

Dessa forma, na prática profissional do assistente social na rotina dos serviços de saúde não é incomum que seu atendimento seja motivado pela solicitação de um outro profissional, como o médico, e que essa demanda seja uma interpelação por uma posição coercitiva do assistente social “auxiliando” a equipe no cumprimento dos cuidados da família para com suas crianças, por exemplo. Muitas vezes o termo “negligência” acaba por ser utilizado para quaisquer situações que o cuidado da criança pela família venha a ser questionado pelo profissional de saúde.

Berberian (2013) em seu estudo sobre o conceito de negligência ressalta:

(...) os profissionais de Serviço Social que atuam na saúde lidam diariamente com as expectativas diretas dos demais profissionais, que, ao identificarem uma situação considerada como de negligência, “encaminham” ao Serviço Social e aguardam, desse profissional, as condutas que são interpretadas por eles como as de conveniência, a partir de seus repertórios técnicos e morais. [...] Tal situação representa emblemas ao Serviço Social, pois ao mesmo tempo em que a equipe não assume, muitas vezes, junto com o Serviço Social, a notificação de uma situação de negligência, (...) a mesma equipe tende a cobrar do assistente social alguma conduta. (Berberian, 2013, p.111)

Como profissão inserida na dinâmica societária e de caráter sócio-histórico sua inserção inicial na divisão social e técnica do trabalho reverbera até os dias atuais, não sendo alheia à história do Serviço Social uma relação com práticas moralizantes e punitivas. (Iamamoto, Carvalho. 2014)

Essa tendência é habitualmente reforçada pelas instituições, através de suas diretrizes e manuais, que demandam o trabalho do assistente social. Dentro da lógica da racionalidade positivista, a prática tende a ser mensurada por indicadores produzidos por respostas imediatas na execução das políticas sociais em que os profissionais de Serviço Social se inserem. Aqui encontra-se um ponto importante no entendimento da imbricação entre as demandas da Política de Saúde e a atuação de assistentes sociais. Ainda com relação às questões institucionais

Isso ocorre principalmente nos espaços institucionais e expressam como o processo hegemônico atravessa as práticas profissionais que

compreendem uma complexa relação entre visões de mundo, relações de poder, estratégias, interesses, articulações, enfrentamentos, tomadas de decisões nos espaços de trabalho dos assistentes sociais. (Alves; Miotto, 2020, p. 5)

À vista disso, Maranhão (2017) destaca que o Serviço Social lida cotidianamente com a burocratização da vida social, uma característica típica das relações sociais capitalistas.

A burocratização, presente nos espaços institucionais, aparece como uma forma específica de alienação a que estão submetidos tais profissionais. A práxis burocrática das instituições reifica determinados elementos da realidade social que chegam aos assistentes sociais, transformando-os em “regras” formais de atendimento e intervenção profissional. (Maranhão, 2017, p.174)

Assim, há uma tendência contemporânea apontada por assistentes sociais de supervalorização de tipos de conhecimento que fortalecem a lógica do “saber prático” e que representam resultado imediato na atuação profissional em detrimento de uma análise que busque “ir além da mera manipulação imediata de aspectos do cotidiano” (Maranhão, 2017).

As reflexões de Alves e Miotto (2020) sobre a demanda no processo de trabalho de assistentes sociais nos serviços de saúde, levantam alguns pressupostos importantes. Um deles diz respeito a como a ““demanda” é um conceito articulador na produção de conhecimento do Serviço Social e no cotidiano das assistentes sociais.” (Alves; Miotto, 2020, p.5). Outro destaque das autoras é de como as requisições profissionais são indissociáveis do processo de trabalho e como as condições institucionais contribuem (ou não) para a estruturação do trabalho profissional. Nesse ponto, trazem questões bastante concretas do cotidiano profissional, como a disponibilidade do profissional na equipe.

Nesse sentido, poderia somar aqui outras questões como carga horária, disponibilidade de sala para atendimentos, condições institucionais para utilização de instrumentais de trabalho, no caso da Atenção Primária à Saúde, foco desse estudo, pode-se ressaltar a quantidade de equipes que estão vinculadas ao assistente social como profissional de apoio, dentre outros.

Alves e Miotto (2020) identificam essa demanda nos serviços de saúde como algo que a equipe considera do “social”, contudo, essa inserção do serviço social na

divisão sócio-técnica do trabalho impõe diversas contradições entre as requisições profissionais e o projeto profissional.

Logo, há uma projeção dos demandantes da atuação profissional de assistentes sociais na saúde acerca do que se espera. Essa projeção pode estar imbuída de valores, técnicas e conhecimentos dos profissionais acerca do entendimento de cada um do que seria o “social” foco do trabalho de assistentes sociais. Assim, a compreensão das demandas auxilia na construção de respostas profissionais. (Alves; Mito, 2020)

Alves (2018), em sua pesquisa realizada em três serviços de saúde, identificou que uma demanda central da atuação de assistentes sociais a fim de subsidiar as decisões dos tratamentos em saúde dos usuários trata-se da avaliação sociofamiliar. Um dos resultados alcançado com as entrevistas realizadas por Alves (2018) foi confirmar algo que a experiência profissional sinalizava: a situação sociofamiliar dos usuários é objeto de verificação pelos profissionais nos serviços, sendo que, dessa verificação, se extraem indicadores do “social” que subsidiarão ações profissionais a serem desenvolvidas com os usuários. Informações da situação sociofamiliar podem ser requeridas pelos profissionais, no desenvolvimento de suas atribuições, para subsidiar a estruturação de suas ações, ou seja, decisões sobre intervenções, procedimentos, orientações, por exemplo.

Embora o trabalho de Alves (2018) traga como centralidade a configuração da demanda de atuação de assistentes sociais em serviços de saúde, aqui a autora nos dá subsídios acerca da hipótese desta pesquisa, pois ora, se uma demanda central do trabalho de assistentes sociais da saúde diz respeito à situação sociofamiliar dos usuários, aqui estamos falando de famílias. Logo, em que se baseia essa análise das condições sócio-familiares? Onde se estruturam as concepções de famílias destes profissionais?

Essa relação que parte da demanda ao serviço social pode perpetuar um “discurso que avança para uma vigilância acerca das responsabilidades e capacidades dos indivíduos e famílias nas situações de vulnerabilidade e risco social, como nos primórdios da inserção dos assistentes sociais na saúde” (Alves, 2018, p.10)

Assim, as contradições impostas no exercício da profissão colocam desafios à categoria, ao que Sousa (2014) vai ressaltar como necessidade a construção de estratégias coletivas em busca de superar a velocidade do cotidiano institucional para

um exercício profissional comprometido com os valores ético-políticos. Fazer Serviço Social comprometido e na direção do projeto profissional, no seio da sociedade capitalista, coloca os assistentes sociais “caminhando sobre o fio da navalha” (Vasconcelos, 2015. p.76).

4.2 O Serviço Social na Estratégia de Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte

Os itens a seguir correspondem às análises realizadas com base no aporte bibliográfico, nos documentos 1 (2021) e 2 (2023) e nas entrevistas realizadas. Retratam a realidade do SUS-BH e sua rede de Atenção Primária à Saúde, com base nos eixos de análise definidos e indicados na introdução deste capítulo.

4.2.1 Política de Saúde e a concepção da relação entre saúde/doença

Um dos elementos que consideramos pertinente para entendimento do direcionamento da atuação dos assistentes sociais na APS em BH se refere ao trato da política de saúde e à concepção da relação entre saúde e doença. Embora o Brasil tenha universalizado o seu sistema de saúde, a convivência ambígua e contraditória entre esse modelo baseado nas ideias da Reforma Sanitária e as várias investidas de um modelo privatista de lógica mercadológica, fizeram com que o sistema único tivesse diversas dificuldades em sua efetiva implantação.

Na análise dos documentos, destacam-se entre os objetivos do documento 1 (2001):

- contribuir para a promoção do crescimento bio-psico-social, individual e coletivo da população;
- contribuir com a vigilância sanitária, objetivando a promoção à saúde;
- eleger a família como núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, no enfoque comunitário;
- prestar atendimento básico, de forma integral, a cada membro da família, identificando as situações de risco para a saúde do indivíduo;
- estabelecer uma relação interativa com a comunidade, proporcionando a sua mobilização e participação sócio-política e cultural;
- compor a equipe interdisciplinar, buscando trocas de experiências e mobilizações de ações em prol de usuários;
- integrar a equipe interdisciplinar na supervisão e avaliação das ações de saúde, priorizando os fatores de natureza social que interferem no estado de saúde da população assistida;

- realizar estudo sócio-econômico com o usuário para fins de obtenção de benefícios junto à órgãos da administração pública direta e indireta e outras entidades;
- estabelecer a integração com outros recursos institucionais sistema de referência/ contra referência;
- participar com a equipe interdisciplinar da análise e configuração de diagnósticos epidemiológico e social;
- Incentivar a participação da Comunidade nos Conselhos de Direito e fóruns, visando a efetivação do controle social para a melhoria da qualidade da saúde pública;
- Contribuir para reforçar e consolidar o Sistema Único de Saúde e demais políticas públicas. (Belo Horizonte, 2001, p.4)

Neste sentido, no documento “Atuação do Serviço Social no Programa BH Vida (2001)”, vê-se fortemente o apoio no redirecionamento do modelo de saúde, a partir da denúncia da falta de assistência à população e o foco no modelo biomédico. Identificamos ainda, indiretamente, menção à contradição dos projetos privatista e de reforma sanitária:

o país tem um importante segmento da população que se encontra totalmente excluído de qualquer cuidado em saúde. A população assistida ainda é submetida a uma grande desigualdade de qualidade de atenção, havendo um pequeno segmento que utiliza toda tecnologia moderna disponível e outro que recebe uma atenção limitada. (Belo Horizonte, 2001, pág.3)

Dessa forma, o grupo de assistentes sociais da PBH no início dos anos 2000 indica, ainda que indiretamente, essa contradição, ao fazer menção ao redirecionamento do modelo, apontando o uso estimado de medicamentos e equipamentos em detrimento de outras necessidades.

Por sua vez, o documento Orientações Institucionais para Atuação do(a) Assistente Social na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS-BH (2023) não faz análise ou menção de forma mais abrangente à história da Política de Saúde no Brasil. Inicia caracterizando a Atenção Primária à Saúde a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), distinguindo a rede de atenção à saúde e explicitando os princípios e diretrizes que norteiam o SUS, bem como as atividades comuns aos profissionais de saúde. Realiza-se uma breve menção ao projeto de Reforma Sanitária, mas não é possível identificar reflexões sobre os projetos em disputa na saúde e suas contradições. Refere-se aos desafios do trabalho profissional dos assistentes sociais na saúde, expressando o investimento deficitário em políticas públicas, mas faz isso de modo geral, referindo-se mais às outras políticas sociais do que à saúde:

Por fim, outro grande desafio apontado comumente pelo(a) profissional de Serviço Social da saúde é a fragilidade de investimento nas políticas públicas e restrição de acesso dos cidadãos aos recursos que anteriormente faziam parte do escopo de benefícios ofertados por estas mesmas políticas, como cestas básicas, vale social, entre outros. É notório o agravamento do empobrecimento da população, a recessão, o aumento do desemprego e o acirramento da miséria. Neste cenário tão desafiador e que impacta diretamente na saúde dos cidadãos, o(a) assistente social é acionado a contribuir. (Belo Horizonte, 2023, p.57)

Ambos os documentos reconhecem a saúde em seu conceito mais abrangente, não se tratando somente da ausência de doenças. No documento 1 (2001), isso aparece de forma mais sutil, dando destaque à dimensão da promoção em saúde. O documento 2 (2023), que se estrutura de maneira mais robusta, baseando-se na PNAB, destaca a necessidade de ampliação da compreensão do processo saúde/doença, mencionando como “o biológico e as condições sociais, econômicas e culturais que interferem diretamente na saúde dos indivíduos.” (Belo Horizonte, 2023, p.10).

O documento se guia pelo conceito de “determinantes sociais do processo saúde-doença”, logo, reconhece o conceito ampliado de saúde e as desigualdades que perpassam as questões de saúde da população, mas não se debruça sobre uma análise estrutural da sociedade e seus modos de produção e reprodução social, ou seja, analisa a realidade social de forma fragmentada sem se aproximar de uma análise crítica da totalidade.

Para Leal (2022), com base em revisão bibliográfica realizada, existe um destaque das vulnerabilidades sociais na perspectiva dos **determinantes sociais** em saúde. O estudo da saúde que se assenta na teoria social crítica compreende o conceito de **determinação social da saúde**. Como alerta Leal (2022), não se trata de uma mera divergência de nomenclatura e que a utilização dos dois conceitos como sinônimos incorre em um grave equívoco teórico.

A determinação social da saúde parte de uma concepção calcada no materialismo histórico-dialético e, dessa forma, considera questões estruturais como os modos de viver e produzir no capitalismo, a sociedade de classes, seus processos históricos e sociais. Para Breilh (2013) trata-se de

Herramienta teórico metodológica que alimentó y animó la construcción de la epidemiología crítica latinoamericana, forjada en el debate y la ruptura con el canon de la epidemiología clásica y su

multicausalismo lineal, luego frente al modelo empírico-funcionalista de la epidemiología ecológica, y ahora, frente al de la epidemiología de los llamados “determinantes sociales de la salud”. (BREILH, 2013, p.14)

Assim, o autor enfatiza a emergência da concepção da determinação social da saúde na medicina social como uma crítica ao paradigma empírico-funcionalista nos anos 1970.

Além disso, as saídas para os impactos dos determinantes sociais da saúde são pensadas no âmbito de ações governamentais limitadas e de caráter funcionalista, tendo em vista que reduzem a perspectiva de superação das desigualdades sociais em saúde à esfera da ‘melhoria das condições de vida’ e à possibilidade de ‘repartir recursos’, ou seja, à dinâmica do redistributivismo estatal — não reconhecendo, assim, o quanto a acumulação capitalista é incompatível com modos de vida saudáveis (Breilh *apud* Silva; Bicudo, 2022, p.119)

Outra característica bastante marcante no documento 2 (2023) é o enfoque de vulnerabilidades³⁷ sociais / populações vulneráveis. Tal ponto já havia sido questionado pelo documento do CRESS-MG (2022), indicando uma descaracterização da universalidade da saúde pública brasileira. Assim, o enfoque em vulnerabilidades coaduna com Leal (2022, p.100) ao colocar que “há um destaque na discussão dos determinantes no que tange à vulnerabilidade social (...)”

Logo, reforça-se a tendência do documento baseada na concepção de determinantes sociais que, segundo Garbois et al (2017), tem sua fundamentação com base na abordagem positivista, ou seja, há uma tendência à naturalização dos processos de adoecimento, um tratamento fragmentado da “questão social” e um fortalecimento da lógica biologicista. Isto posto, o documento dedica um item exclusivamente para tratar de grupos vulneráveis, como se observa através do sumário:

³⁷ De acordo com o aporte teórico adotado por esse trabalho, analisamos as terminologias “risco” e “vulnerabilidade”, que são amplamente adotados no documento analisado, de maneira crítica. Para aprofundamento no tema, consultar:

ARREGUI, Carola Carbajal; FERREIRA, C. C. O. ; SANTOS, A. F. ; DIAS JUNIOR, U. S. . VULNERABILIDADE SOCIAL: fundamentos teórico-metodológicos e implicações no campo da proteção social. In: Maria Ozanira da Silva e Silva; Cláudia Maria da Costa Gonçalves; Ana Teresa Silva de Freitas, Rodrigo Desterro. (Org.). Vulnerabilidades sociais: direitos negados. 1ed.Curitiba: Editora CRV, 2023, v. 1, p. 133-162.

Figura 2 – Parte do Sumário do Documento 2 (2023)

10. Abordagem de Condições Específicas e Fluxos Institucionais.....	46
10.1 Situações de Violações de Direitos Fundamentais e Violências contra Crianças, Adolescentes, Mulheres e Idosos	46
10.2 Gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidades sociais.....	47
10.3 Beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) em descumprimento das condicionalidades de saúde.....	48
10.4 Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC).....	48
10.5 População em Situação de Rua (PSR).....	49
10.6 Pessoa em Medida Socioeducativa, em Cumprimento de Pena com prestação de serviços à comunidade e População Privada de Liberdade	50
10.7 Pessoa em sofrimento mental	51
10.8 Pessoa com deficiência	51
10.9 Residentes em instituição coletiva.....	51
10.10 Populações tradicionais e migrantes.....	52
10.11 Pessoas com doenças e agravos não transmissíveis e doenças infectocontagiosas.....	52
10.12 Populações de Assentamentos e Ocupações.....	54
10.13 Outras situações	54

Fonte: BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Orientações institucionais para atuação do(a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da rede SUS-BH. 2023.

Outro ponto relevante é que o enfoque de vulnerabilidades sociais leva, como o documento do CRESS-MG (2022) destaca, a uma “assistencialização”³⁸ da saúde. Com base na elaboração de Mota (2007)

(...) as políticas que integram a seguridade social brasileira, longe de formarem um amplo e articulado mecanismo de proteção, adquiriram a perversa posição de conformarem uma unidade contraditória: enquanto a mercantilização da saúde e da previdência precariza o acesso aos benefícios e serviços, a assistência social se amplia, transformando-se num novo fetiche de enfrentamento à desigualdade social. (Mota, 2007, p.129)

Desta forma, tal tendência tende a confirmar, pois pode-se ver uma ideia de um SUS pobre para pobres, o que Santos (2022) vai chamar de “modelo SUS real”, ou seja, segue sendo uma política de cobertura universal formalmente, mas lida com as limitações de investimentos e precariedades em sua estruturação. Essa focalização tende a reafirmar a lógica privatista, reforçando a mercantilização da saúde e a perspectiva neoliberal, uma vez que, se a saúde pública está substancialmente

³⁸ Corresponde a tese da autora Ana Elizabete Mota sobre a assistencialização da seguridade social, onde a ideia principal é de que a Política de Assistência Social vem estruturando a Seguridade Social no Brasil.

voltada para populações vulneráveis, quem não está neste contexto vai acessar a saúde suplementar.

Objetivamente chama atenção ainda o fato do documento 2 (2023) dar destaque dentro do item sobre intersectorialidade à Assistência Social (e educação) (item 5.8).

Figura 3 – Parte do Sumário do Documento 2 (2023)

5.8 Serviço Social e Intersectorialidade	31
5.8.1 Educação	32
5.8.2 Política de Assistência Social	33

Fonte: BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Orientações institucionais para atuação do(a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da rede SUS-BH. 2023.

Ou seja, observando o sumário percebe-se que é dada uma importante relevância à Política de Assistência Social dentro de um documento específico da saúde, dando direcionamentos de acompanhamento em saúde de beneficiários do Benefício de Prestação Continuada, por exemplo, e direcionando o cuidado com base em critérios e benefícios da assistência social. Há inclusive uma certa importação de conceitos base da Política de Assistência Social como a questão do fortalecimento de vínculos: “Contribuir/promover ações de mobilização que visem o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (...)” (Belo Horizonte, 2023, p.22)

Essa centralidade da assistência social na condução e acompanhamento das famílias atendidas é observada também nas entrevistas. É possível perceber como essa ideia se materializa no cotidiano profissional, onde há um destaque da Política de assistência social, pois quando questionadas sobre a intersectorialidade no atendimento e acompanhamento de famílias, os equipamentos da política de assistência social são bastante destacados pelas assistentes sociais entrevistadas, apesar das limitações.

A gente trabalha muito a parceria com a Assistência Social e a educação. É um trabalho extremamente importante, necessário, mas com muitas fragilidades ainda, né? De trabalho intersectorial. É visível a diferença. Eu trabalho em dois territórios, um que tem área CRAS e outro que não é área CRAS. Então a dinâmica de interação com a política de assistência, por exemplo, na área CRAS e na área não CRAS. Então assim, esse processo é bem delicado, e necessário, né? Mas é uma aproximação que ainda requer alguns cuidados. Com a educação eu avalio ainda bem mais frágil essa dinâmica, apesar de aqui ser uma regional aonde a gente tem a maioria das escolas a nível

Municipal, ainda assim a gente tem uma fragilidade de comunicação. (Entrevistada 7)

Há contato, né? O meu é mais limitado por causa dessa questão da área CRAS, né? Como tem só uma equipe que tem a área CRAS, então a gente faz o contato com o CRAS. Ai nas outras áreas eu tenho a atenção básica lá na regional que a gente também faz contato com eles, o CAD único, O PAEFI (...). (Entrevistada 3)

Verifica-se a importância da indicação do trabalho pautado na intersetorialidade no documento 2 (2023). Se o texto se propõe a ser um orientador para os profissionais, podemos notar a ausência da indicação de fluxos ou espaços institucionais no documento para que essa intersetorialidade se estabeleça. O que tange ao destaque dado à Política de Assistência Social, o documento destaca sobre os CRAS:

As ações intersetoriais do(a) assistente social requerem do profissional a busca contínua pelo conhecimento e aproximação das demais políticas públicas e instituições não governamentais. É desejável que o(a) profissional seja parte da articulação com os diversos pontos da rede, não somente para fins de encaminhamento dos usuários, mas também para buscar o planejamento de ações conjuntas no território. Assim, avança-se na qualificação dos serviços de saúde prestados, com favorecimento do acesso e da integralidade do cuidado. (Belo Horizonte, 2023, p.33)

Apesar deste norte ser destacado no documento de 2023, as entrevistas trouxeram reflexões importantes sobre as dificuldades de efetivação da intersetorialidade. Nota-se que pela ausência de espaços institucionais que promovam a intersetorialidade, esta tem adquirido caráter de “pessoalidade”, como uma das assistentes sociais nomeia. Logo, se existe uma aproximação com o profissional da política social que busca-se contato, a situação do acompanhamento da família se dá de maneira facilitada.

(...) eu acho que o contato é até hoje em dia muito pessoal assim, né? Eu acho um pouco complicado isso, essa interação, porque por exemplo um dificultador aqui hoje em dia é que os telefones fixos todos da Regional estão estragados (...), então assim a gente não consegue ter contato no telefone fixo então fica muito à mercê do outro profissional que né, fica uma questão mais pessoal. Por exemplo, se eu tenho o telefone de contato do outro profissional, então eu consigo interagir melhor com ele do meu WhatsApp pessoal também, então isso para mim é um dificultador porque depende de relação pessoal mesmo para você, às vezes dar andamento melhor no caso, no outro menos, e acaba que também você fica usando o seu recurso, né? (Entrevistada 3)

Com relação aos encontros de assistentes sociais dentro da própria APS, a maior parte das regionais mantém esse espaço historicamente construído, apenas uma das entrevistadas relata que em sua regional esses encontros não têm ocorrido. Vale ressaltar que o Documento 2 (2023) não faz referência a esse espaço, diferente de sua versão preliminar disponibilizada para consulta pública que dava destaque à importância desses encontros.³⁹

Desta forma, vislumbramos como principal característica com relação ao processo saúde e doença uma perspectiva calcada na concepção de determinantes sociais de saúde que tornam a tônica da atuação em saúde focalizada no conceito de vulnerabilidades – que incidirá diretamente no trabalho com famílias

4.2.2 Serviço Social: pensando a profissão na APS de BH

Com relação ao **Serviço Social**, o documento 1 (2001) reforça a importância do assistente social na equipe multiprofissional com a implantação do PSF e destaca-o como profissional capaz de compreender diversos fatores da realidade que influenciam na saúde dos sujeitos. É possível perceber a tendência em colocar a atuação do assistente social num campo relacional, onde sua intervenção foca em aspectos comportamentais, como nesse trecho:

Sua prática pode se dar a nível individual, grupal ou comunitário, com uma tônica preventiva, curativa e reabilitadora, tendo como eixo básico, uma metodologia de orientação que busca mudanças de atitudes, comportamentos e desenvolvimentos de habilidades úteis à promoção, manutenção e recuperação da saúde. (Belo Horizonte, 2001, p.3).

³⁹ **“8 Encontro Técnico Regional do Serviço Social:** Os encontros regionais de trabalho dos(as) assistentes sociais da saúde são uma construção coletiva e histórica da categoria profissional. Estes encontros têm contribuído para qualificar o processo de trabalho, oportunizando o alinhamento de protocolos, fluxos e ações, além de serem um espaço de troca de experiências e reflexão coletiva a partir da socialização das situações vivenciadas e das estratégias de enfrentamento. Ressalta-se que o alinhamento do conhecimento técnico e as discussões coletivas contribuem para a organização dos processos de trabalho e acesso a informações institucionais que repercutem no fazer profissional, sanando dúvidas quanto aos fluxos e permitindo maior clareza na leitura de demandas, favorecendo assim os processos locais de trabalho. Os encontros devem ser organizados e acompanhados pelas Regionais, sendo espaços protegidos e institucionalizados que favorecem a construção crítica e criativa de novas alternativas de intervenção no cotidiano do trabalho desenvolvido, além de ressignificar as ofertas de serviços e potencializar o pleno cumprimento das atividades específicas dos profissionais de Serviço Social.” (DIAS/DPSV, 2022, s.p. /Versão consulta pública)

O documento 1 (2001) demonstra ainda uma importância diante do contexto histórico de implantação da estratégia de saúde família, reforçando o redirecionamento do modelo de atendimento às famílias e colocando a atuação de assistentes sociais como incontornáveis neste novo momento da APS.

Quando abordada mais especificamente a relação entre serviço social e saúde, reconhece-se a importância das construções teóricas e destaca-se que essas se dão em nível da graduação e pós-graduação na área de serviço social. Aqui podemos ressaltar que as construções e acúmulos do serviço social com relação à saúde, partem de uma perspectiva crítica, alinhada com seu projeto ético político, desta forma, o documento consegue se aproximar de reflexões importantes.

O documento 2 (2023) tem como possibilidade se ancorar em diversas produções, documentos e legislações que foram construídos no decorrer dos anos 2000. Vale destacar essa diferenciação, pois se o documento 1 (2001) lida com um cenário novo de estratégia que conduz a APS, o documento 2 (2023) é fruto de um momento onde a estratégia de saúde da família já é bem estabelecida no município e a profissão já possui um acúmulo no debate de seus fundamentos, da saúde e também sobre famílias.

Desta forma, o documento 2 (2023) reconhece e apresenta o Serviço Social como profissão que tem como objeto de trabalho as diversas expressões da “questão social”, que se insere nas contradições do capitalismo e que demanda uma visão crítica para sua atuação. Refere-se ao Código de Ética profissional, à Lei que regulamenta a profissão (8662/1993) e aos Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde. Embora não aprofunde, faz menção às dimensões da profissão: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

Assim como no documento 1 (2001), o documento 2 (2023) entende que o assistente social possui a capacidade de compreender a realidade e os contextos nos quais se inserem os usuários da Política de Saúde. Compreende ainda a convergência do projeto ético político do Serviço Social com o novo modelo de atenção à saúde e os princípios do SUS.

É possível observar que, embora reconheça que existe uma concepção crítica hegemônica no Serviço Social, o documento faz referência a uma necessária “visão sistêmica” do profissional e demonstra tendência de atuação sobre aspectos relacionais/comportamentais, referindo-se a “contribuir para promover a emancipação

dos indivíduos de modo que estes se reconheçam enquanto protagonistas de sua própria história” (Belo Horizonte, 2023, p.10)

Embora existam pelo menos 2 (duas) décadas entre os dois documentos analisados, permanece a tendência de colocar o profissional de serviço social frente a uma atuação que promove mudanças comportamentais, que parecem desconsiderar a realidade e naturalizar a vida social, embora se explicita o contrário no texto. O documento 2 (2023) faz menção a um trecho de um documento de 2005, onde destaca que “O profissional de Serviço Social contribui na construção da autonomia e emancipação do usuário enquanto sujeito (Belo Horizonte, 2005).” (Belo Horizonte, 2023, p.10)

Dessa forma, embora se apresente como um documento que tem consonância com o Projeto ético político da profissão, torna-se visível através de uma leitura apurada que o embasamento teórico de ambos é distinto.

Um documento importante para os assistentes sociais inseridos na saúde, são os “Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde (2010)”. Todas as entrevistadas relataram o conhecer e referem em sua maioria basear-se e o terem como referência:

Sim, conheço. Acho que esse é um documento que os profissionais realmente validam, todo mundo que a gente conversa sabe do livro, já leu algo, querem fazer uma discussão, acham que abrange bastante. Tanto que foi um questionamento, né? Pra que fazer um manual sendo que já tem esse documento que é um orientador. Então eu acho que pra maioria dos profissionais é o documento que é validado. (Entrevistada 3)

Eu acho que é um documento mais orientador do que o que a gente tem na saúde de Belo Horizonte. Eu acho que ele tem uma dimensão mais precisa, do olhar do serviço social para as expressões da questão social, do contexto mesmo. E traz mais da nossa atuação, inclusive. Eu acho que o balizador dele é mais próximo da nossa realidade, da nossa prática. (Entrevistada 7)

Com base nas entrevistas, depreende-se que o documento de 2023 não se estabeleceu, pelo menos até o momento, como uma referência para a categoria profissional. Claro, vale ressaltar que é um documento recentemente publicado. Quando perguntadas diretamente sobre o documento 2 “Orientações institucionais para a atuação do(a) Assistente Social na Atenção Primária à Saúde da rede SUS-BH (2023)”, as opiniões são diversas. Todas as entrevistadas relatam terem

conhecimento de sua existência, muitas destacam não terem lido-o na íntegra e nem recorrerem a ele no cotidiano para a atuação profissional.

Quando perguntadas sobre como tiveram conhecimento do documento, a maioria relata que soube de sua construção durante discussões em sua regional para contribuições em seu texto. Dessa forma, algumas tecem críticas sobre a maneira como foi construído e sobre seu conteúdo. Uma das entrevistadas relata ter se sentido incluída nas discussões à época da construção do material. Tais divergências levam ao entendimento de que os processos foram muito diferentes nas diversas regionais, o que pode ter ligação direta com a maneira como entendem o documento e avaliam sua metodologia.

É um documento recente, né? Elaborado pelos assistentes sociais, né? Que se juntaram. Mas ainda não li ele todo. (Entrevistada 2)

Sim, conheço. Esse documento, ele foi elaborado num período em que eu não estava atuando na política de saúde (...) Aí eu peguei... Quando eu entrei para a saúde ainda tava naquela primeira versão, e aí um movimento grande da categoria, do CRESS, na reavaliação desse documento, pelas questões de alinhamento mesmo, que esse documento trazia naquele momento. E aí eu li mesmo a segunda versão, que é essa que eles lançaram atualmente, que inclusive é uma das nossas tarefas no colegiado [da regional], avaliar esse documento. (Entrevistada 7)

Teve uma repercussão, inclusive de questionar. Algumas regionais questionaram. Então isso chegou super pra gente. Mas todo mundo teve acesso. Nós participamos da construção, então todos aqui [da regional], assistentes sociais, a gente tem ciência disso. Foi um negócio muito tranquilo pra gente. (Entrevistada 4)

Uma das entrevistadas relata que ainda não sabia que o documento havia sido oficialmente publicado:

É um documento que ele ainda está num processo de avaliação, né? Ainda não foi validado porque ainda tem algumas coisas que identificamos que não é uma receita pronta, né? Então ainda mais, que por ser da cidade, cada regional tem as suas especificidades, as suas particularidades. Então é um documento que a gestão pensou num norte, mas esse norte ainda tem alguns entraves, que precisa ainda de partir um olhar multifacetado, pensando nas particularidades de cada regional, de cada profissional. Eu acho que deve ser por isso que ele ainda não foi pra frente. Mas conheço [o documento]. (Entrevistada 6)

4.2.2.1 Pulverização de competências: de práticas terapêuticas à incidência nas vulnerabilidades

Faz-se necessário observar o caráter individualizante e psicologizante quando a atuação profissional enfoca as relações e comportamentos da população atendida, que se aproxima de uma tendência terapêutica. Vale ressaltar que a versão prévia do documento 2 (2023) que foi disponibilizada para consulta pública, colocava como possibilidade de atuação ao assistente social:

(...) algumas técnicas contempladas no escopo das PICs são utilizadas por profissionais do SUS-BH, incluindo assistentes sociais (desde que possuam formação específica) em suas práticas cotidianas, especialmente como recursos para atividades coletivas, como arteterapia, constelação familiar, meditação e dança circular” (SMSA *apud* CRESS, 2022, s.p)

Embora seja reconhecido como profissional da saúde não se pode vincular práticas terapêuticas ao assistente social. Trata-se de um acúmulo da categoria que, através de anos de discussão, o Conjunto CFESS-CRESS veda que tais práticas sejam associadas à profissão, conforme nota da COFI/CFESS (2009) “Práticas Terapêuticas no âmbito do Serviço Social: subsídios para aprofundamento do estudo” e o documento “Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas” (CFESS, 2010a) e a “Resolução CFESS nº 569/2010, que “Dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social”” (CFESS, 2010b).

Tais práticas remontam características conservadoras da profissão que não mais condizem com seu projeto ético político, pois tendem a deslocar o objeto de intervenção do serviço social. Vale lembrar que o Serviço Social brasileiro solidificou o movimento de reconceituação⁴⁰ que emerge na década de 1960 e reuniu condições para fazer a crítica ao Serviço Social tradicional, que é uma crítica à

prática “empirista, reiterativa, paliativa e burocratizada, orientada por uma ética liberal-burguesa que, de um ponto de vista claramente funcionalista, buscava enfrentar a incidências psicossociais da “questão social” sobre indivíduos e grupos, sempre pressuposta a ordenação capitalista da vida social como um dado factual ineliminável (Netto, 2005, p.6)

⁴⁰ Para saber mais, consulte: NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005 e NETTO, José Paulo. Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós – 64. 8ed. São Paulo: Cortez, 2005.

Netto (2005) nomeia o “Serviço social crítico” como um “herdeiro do espírito da reconceituação”, já que no Movimento de Reconceituação existiram suas diversas contradições entre uma frente reformista-democrata (desenvolvimentista) e uma frente radical-democrata (superação da exploração). Após uma aproximação frágil à teoria marxista, o Serviço Social ao longo das décadas que se seguem vai concretizando um embasamento na teoria social crítica. Assim, a década de 1980 é marcada por uma construção mais sólida da tendência crítica no Serviço Social brasileiro. Os anos que se seguem são de grandes esforços de compreensão e análise dos fundamentos teóricos, históricos e metodológicos da profissão. Na década de 1990, é possível perceber a materialização desses esforços através do código de ética (1993), da Lei que regulamenta a profissão e das novas diretrizes curriculares. (Santos et al, 2005)

Dessa forma, nota-se essa tendência no documento que foi disponibilizado para consulta pública. Mesmo em sua fase final publicada, encontra-se ainda uma tendência de naturalização da vida social, fazendo menção às estratégias de “autocuidado”, “empoderamento”, por exemplo.

É, também, nisto que consistiria o que Mavi Rodrigues(2002:39), entende a partir de uma segunda dimensão de sua análise, qual seja, os traços conservadores restaurados pelo “Serviço Social Clínico” na medida em que tais usos e manuseios servem a uma finalidade (autoconhecimento, elevação de auto-estima, potencialização da força de vida interna, entre outras) que naturaliza a vida social, encobre problemas típicos da ordem burguesa e, por fim, desconhece o significado sócio-histórico da profissão e destitui o trabalho profissional de todo seu conteúdo político. (CFESS, 2009, p.13)

Tais práticas não podem ser consideradas de maneira deslocada da realidade social, sem levar em conta os elementos constitutivos que a compõem, fragmentando sua análise. Assim, identifica-se a tendência conservadora no “serviço social clínico” uma vez que essas práticas derivam de um tratamento atomizado da “questão social” e desconsidera as contradições dos projetos profissionais e societários em curso. (CFESS, 2009)

Essa tendência pode ser encontrada no relato da entrevistada 6, quando questionada sobre as respostas profissionais construídas pelo Serviço Social, há o relato de

empoderamento, autonomia, ascensão, né? A gente tem situação de famílias que não se via numa situação de ascensão, por exemplo, e foi construído, hoje tá trabalhando, né? (Entrevistada 6)

Sendo assim, é possível perceber que o documento 2 (2023) coloca grande parte de expectativas nas atribuições de assistentes sociais como profissionais que atuam e são capazes de modificar comportamentos de seu público atendido, focando demasiadamente nas relações familiares como objeto de intervenção: “É sempre importante ressaltar que o Serviço Social, por atuar e intervir na dinâmica social, deve se comprometer com a produção das mudanças no cotidiano da vida dos usuários.” (Belo Horizonte, 2023, p.35)

Se essa tendência aparece no documento 1 (2001), pode-se perceber que ela perdura no documento 2 (2023), embora apareça mais instrumentalizada, após pelo menos duas décadas de inserção dos assistentes sociais na nova lógica da estratégia de saúde da família.

Como dado destaque anteriormente, a concepção de vulnerabilidades sociais é preponderante no documento e em sua concepção de saúde, logo, essa será a tônica dada à atuação profissional da(o) assistente social. Como:

Apoiar o desenvolvimento de capacidades humanas, individuais, coletivas, familiares e comunitárias, pressupõe adesão a uma direção protetiva que reconhece a existência de ativos e o benefício de fortalecê-los para o enfrentamento de situações de risco e vulnerabilidade vivenciadas pelos sujeitos. (Belo Horizonte, 2023, p.29)

O documento 2 (2023) ocupa-se mais em apresentar diversos serviços e programas disponíveis na APS de BH do que em tratar das especificidades do serviço social na Atenção Primária à Saúde. Como se observa abaixo:

Figura 4 – Parte do sumário do Documento 2 (2023)

5. Serviço Social e Temas Transversais	23
5.1. Serviço Social e a Gestão do Cuidado no Território.....	23
5.2 Serviço Social na Promoção à Saúde	24
5.3 Serviço Social e Saúde Mental	26
5.4 Serviço Social e NASF-AB	27
5.5 Serviço Social e Academias da Cidade.....	28
5.6 Serviço Social e Populações em Situação de Vulnerabilidade	29
5.7 Serviço Social e Sistema de Garantia de Direitos	29
5.8 Serviço Social e Intersetorialidade	31
5.8.1 Educação	32
5.8.2 Política de Assistência Social	33

Fonte: BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Orientações institucionais para atuação do(a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da rede SUS-BH. 2023.

Os sub-itens do tópico “Serviço Social e Temas transversais”, no geral, apresentam a rede de atendimento e seus fluxos, dando um pequeno destaque ao fim sobre qual poderia ser a contribuição do assistente social. Uma das entrevistadas comenta sobre a percepção acerca do conteúdo do documento 2 (2023):

Então eu fiz uma leitura breve desse documento, reparei que ele tá muito amplo no sentido de informar as áreas de atuação do assistente social, mas não adentrou muito no processo de atuação mesmo do serviço social. Eu acho que o próprio serviço social tem medo de dizer um pouco da sua atuação, me deu esse me deu esse entendimento, sabe? Ficou mais específico dizendo aonde o assistente social atua do que como o assistente social atua. Essa foi a impressão que eu tive. (Entrevistada 7)

Apresenta ainda alguns instrumentos que compõem o arsenal técnico-operativo da profissão: entrevista, visita domiciliar e institucional, atendimento social, dinâmica de grupo, reuniões, estudo social e relatório social. Estes dois últimos possuem indicação de como ser feito, tendo um modelo de estudo social e orientações para elaboração de relatório social.

Há de se atentar para o cuidado em assumir o projeto institucional como o projeto profissional, empobrecendo a autonomia profissional. Certamente, enquanto profissional inserido na Política de Saúde, o arsenal de conhecimentos e metodologias da saúde são importantes ao profissional de serviço social, contudo, é necessário um

cuidado para que o profissional não assuma enquanto saber específico do serviço social uma reprodução das diretrizes e procedimentos indicados pela política na qual atua. Assim, existe um equívoco significativo na ideia de que os documentos que servem para subsidiar o trabalho são, na verdade, o referencial teórico, trazendo uma falsa analogia entre diretrizes e teoria.

Sabe-se que o assistente social lança mão da instrumentalidade em sua atuação, pois possui intencionalidade e finalidades a serem alcançadas. Logo, a dimensão técnico-operativa do trabalho não é alheia ou deslocada das demais dimensões, teórico-metodológica e ético-política. Segundo Paula (2023), podemos traduzir as dimensões em 3 (perguntas), onde a dimensão teórico-metodológica corresponde ao “Por que fazer?”, a dimensão ético-política a “para que fazer?” e a técnico-operativa em “como fazer?”.

Dessa forma, quando o assistente social é acionado com uma demanda de trabalho, coloca-se em movimento um arsenal de conhecimentos prévios adquiridos pelo profissional, que faz com que uma análise do fenômeno apresentado possa ser feita. Essa análise mais ampla conduz o profissional para o momento em que, para a construção de respostas profissionais, ele avalia quais finalidades objetiva-se alcançar com suas ações profissionais. E, por fim, operacionaliza-se o “como fazer”, ou seja, materializam-se em intervenções profissionais. (Paula, 2023)

À vista disso, cabe ponderar a necessidade de indicação de modelos de estudo social e de relatório social, uma vez que “(...) os instrumentos não podem ser tomados isoladamente, eles encontram-se sempre articulados à técnica - o conhecimento que permite seu manuseio” (Paula, 2023, p.87)

O Serviço Social convive ainda com uma perspectiva tecnicista da profissão (Paula, 2023). Logo, a manipulação de variáveis empíricas enquanto rearranjo da organização do cotidiano, exige uma intervenção instrumentalizada, calcada no empirismo e pragmatismo. Ou seja, como destacado por Maranhão (2017), não é incomum que seja tido como um profissional competente um assistente social apenas pela sua habilidade de manipular dados empíricos, dando uma resposta imediata dentro das diretrizes institucionais, sem que, necessariamente, tenham sido apreendidas mediações complexas em busca da determinação que envolve sua prática.

Essa tendência é habitualmente reforçada pelas instituições, através de diretrizes e manuais, que demandam o trabalho do assistente social. Dentro da lógica da racionalidade positivista, a prática tende a ser mensurada por indicadores produzidos por respostas imediatas na execução das políticas sociais onde os profissionais de Serviço Social se inserem.

O documento 2 (2023) em sua versão que foi disponibilizada para consulta pública, em 2022, carregava o título de “Diretrizes Institucionais: O Serviço Social na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS-BH”, nome que em versão final fora alterado para “Orientações institucionais para a atuação do assistente social na atenção primária saúde da rede SUS-BH”. Contudo, observa-se que a forma e conteúdo não sofrem alterações substanciais. Pode-se ponderar se a intencionalidade de se estabelecerem como diretrizes se mantém.

Uma das entrevistadas pondera sobre os impactos do documento 2 (2023) na autonomia profissional:

Limita um pouco o trabalho da profissão no sentido que eu acho que o nosso trabalho é muito mais amplo do que tá ali, né? E várias vezes a gente precisa fazer coisas que não vão seguir um protocolo definido porque a gente, mexendo com famílias, cada uma tem uma característica diferente, tem uma subjetividade, então é muito difícil fazer um documento para o serviço social como se fosse algo objetivo, né? E então assim é um documento que eu vejo que muitos profissionais não validam. (Entrevistada 3).

4.2.2.2 Condições para o desenvolvimento do trabalho com famílias

Outro elemento destacado se referem as condições adequadas de trabalho são fundamentais para o cotidiano profissional de assistentes sociais e para que possam realizar trabalho com famílias na APS. Contudo, todas as profissionais entrevistadas relatam dificuldades para materializar as suas ações em decorrência de ausência de sala para atendimentos, dificuldade de acesso à computadores, impressoras, telefones, carros para realização de visitas domiciliares, dentre outros.

Nenhuma, nenhuma. Porque mesmo a gente conseguindo esse espaço [sala], é um espaço ainda pequeno, é desconfortável, a gente não consegue ter mais de uma pessoa na sala, o que é falado as pessoas escutam no corredor, né? Então não tem. (...) Tem carro [para visita domiciliar]. Tem carro, né, aqui tem uns dias específicos, mas eu já utilizei meu carro para fazer visita, por exemplo. Entendeu? Porque precisava naquele momento, não poderia esperar numa próxima semana, um tempo e tal. A maioria das visitas eu faço a pé mesmo

tem uma distância a considerar, eu falo “gente, dá para andar? Dá? Então vamos”. (Entrevistada 5)

Atualmente em uma das unidades eu tenho mais condições do que na outra, por questão de estruturas mesmo. Na unidade do centro de saúde (...), que é a unidade parceria público-privada, eu tenho sala com privacidade, com computador, com impressora. Eu tenho sala maior se caso eu precisar fazer um atendimento familiar, uma reunião, um atendimento de grupo, alguma coisa nesse sentido, eu tenho essa estrutura. No outro centro de saúde que é ainda a estrutura de uma casa antiga e tal, praticamente nem sala eu tenho. Fico revezando sala com os outros profissionais. Atualmente eu utilizo uma sala da ginecologia porque a gente não tem esse profissional. Mas o dia que as equipes vão fazer o preventivo, por exemplo, eu já não tenho essa sala. Então fico revezando com outros profissionais. Então assim, nessa outra unidade a estrutura não me permite ter essas condições. (Entrevistada 7)

Os recursos pessoais dos/das trabalhadoras em saúde, sobretudo no que diz respeito às Tecnologia da Comunicação e Informação (TICs), tem se tornado habitual no cotidiano profissional. As entrevistadas de todas as regionais da cidade relatam possuírem grupos de WhatsApp⁴¹ específicos de assistentes sociais, onde podem trocar informações profissionais.

A gente tem um grupo de WhatsApp dos assistentes sociais da regional que a gente discute algumas questões (...) que possa estar acontecendo, dúvidas, e a gente tem uma reunião mensal lá na regional, que a gente faz algumas discussões lá de alguns temas, né? Conversa sobre os protocolos mesmo, só que assim nem todo mundo da adere a esse espaço, sabe da importância desse espaço de interação entre nós assistentes sociais. Então assim, por conta do horário também, né, às vezes tem um horário que é melhor para uns profissionais, que os profissionais trabalham 20 horas então podem ir, outros não podem. (Entrevistada 3)

Algumas profissionais destacam que essas limitações são de ordem concreta, mas que tem condições de desenvolver o trabalho com autonomia e com qualidade pela formação profissional que carregam.

Acredito eu ter condições de fazer esse atendimento pela minha formação, pela minha pós-graduação, pela experiência de trabalho. Então, eu acho que tem habilidades para esse atendimento, o que me falta em uma das unidades é a estrutura mesmo. (Entrevistada 7)

Eu vejo que eu tenho uma autonomia que me ajuda a desenvolver as minhas atividades de uma forma mais prazerosa. Aonde que eu consigo fazer a construção de cada caso, de cada situação, de uma forma autônoma, com apoio da minha gerente e construindo com as

⁴¹ Whatsapp é um aplicativo de software para troca de mensagens, fotos e vídeos.

equipes. Então se eu falar que aqui eu não tenho essa autonomia e que impacta no meu processo de trabalho, não é verdade. Porque eu tenho essa autonomia, há uma construção, eu tenho estagiários, né? Já é a terceira estagiária que é da minha responsabilidade, que a gente constrói várias atividades juntas. Então, assim, eu tenho essa autonomia, entendeu? É muito bacana. (Entrevistada 6)

4.2.2.3 Tendências sobre concepções de família e requisições profissionais

Horst (2020) aponta, com base em seu estudo, 4 (quatro) tendências gerais sobre as concepções de famílias que aparecem nas produções do Serviço Social. A primeira dessas tendências descritas pelo autor é de família como algo que ultrapassa os laços consanguíneos, considerando-se os conceitos de solidariedade, laços afetivos, convivência, proteção, dentre outras características que coadunam com essa perspectiva de mutualidade.

A segunda concepção relaciona a família a uma espécie de sistema, com estruturas e padrões. “Nesse grupo, observa-se uma influência das tendências próximas a terapia familiar, visualizando a família enquanto um sistema, com suas alianças e regras.” (Horst, 2020). Assim, tem forte influência da perspectiva sistêmica. A terceira tendência traz a concepção de família patriarcal burguesa, com papéis de gênero bem definidos e relações de poder e hierarquia.

Por último, o autor destaca que a última tendência presente nas produções do Serviço Social é da família enquanto laços de parentesco, consanguíneos, embora compreenda que hoje vários arranjos familiares são possíveis.

Assim, foi possível identificar com base nas entrevistas a predominância da primeira tendência apresentada por Horst (2020). Quando questionadas, as assistentes sociais indicaram:

Família para mim? Família para mim é uma pessoa que eu me sinto bem. Família, não é só sangue, né? Família, é laço né? É laço, é bem-estar. Eu acho que é acolhimento também, e convivência. Acho que tudo isso para mim é família. Família não é só de consanguíneo, né? (Entrevistada 2)

Família é tudo aquilo que interage, né? Assim, eu acho que a família tá num processo de interação, de laços, de referências, de convivência, né? Então família é aquilo que se convive, que se interage, que se cuida, que tá dentro desse processo de comunicação e cuidado, e movimentação entre si. Hoje a gente não pode levar só

em consideração os laços consanguíneos, os laços de parentesco. (Entrevistada 7)

Família é com quem você consegue estabelecer um laço, seja de convivência, seja de afetividade, porque de onde a gente menos espera é que vem algum socorro, é que vem alguma ajuda, que vem alguma assistência. Então família para mim é isso. (Entrevistada 1)

Como visto, relacionam a família a laços afetivos, não necessariamente consanguíneos, que representem suporte e cuidado. Dessa forma, percebe-se que as entrevistadas identificam que na APS a compreensão de família perpassa a coabitação, mas, para as suas atuações profissionais, as assistentes sociais lançam mão de uma compreensão ampliada do conceito de família.

No entanto, com o objetivo de identificar as tendências teóricas que têm sido base para as entrevistadas no trabalho com famílias, questionou-se sobre o contato que as mesmas têm tido com estudos e leituras sobre o tema. As 9 (nove) entrevistadas tiveram dificuldades em mencionar algum material específico. Diante da ausência de resposta para a questão, algumas demonstraram desconforto. Muitas relatam terem interesse, mas não estão buscando no momento devido à ausência de tempo, carga horária de trabalho, questões pessoais, dentre outros. Uma das entrevistadas faz referência à Miotto⁴².

A ausência de aporte teórico percebido aponta para utilizações do conceito de família de modo naturalizado, com base no senso comum, referindo-se mais a uma incorporação do conceito de forma prática no cotidiano profissional. Essa ausência de aporte teórico justifica-se também pela necessidade de avanço de produções teóricas sobre o tema, questão já apontada neste trabalho.

Importante demarcar que o documento 2 (2023), hoje base para o trabalho profissional na APS em BH, possui influência das tendências funcionalista, de ciclos de vida, risco psicossocial e vulnerabilidades, sendo predominante a tendência de abordagem através da análise de risco e vulnerabilidade. E assim, alertamos que esta tendência tende à uma biologização da vida social, sendo as famílias com base nessa perspectiva, avaliadas como saudáveis ou patológicas.

⁴² Regina Célia Tamasso Miotto: assistente social e professora da Universidade Federal de Santa Catarina.

Faz-se interessante encerrar este item com o ponto onde as entrevistadas refletem sobre a construção de respostas profissionais no trabalho com famílias. As assistentes sociais referem que as demandas de trabalho chegam até elas, principalmente, por encaminhamento da equipe de saúde e por demanda espontânea, quando os usuários e famílias buscam pelo Serviço Social.

Podemos dizer que existe um diferencial na formação profissional e na inserção nas equipes, por sua capacidade de inserir elementos que a equipe ainda não havia vislumbrado, materializando a sua capacidade de análise de conjuntura e de imprimir direção no acompanhamento de saúde dos sujeitos atendidos.

E, às vezes, eles [a equipe] nem sabem para que que me chama, às vezes, é um suporte emocional. Eu falo que, às vezes, o pessoal da equipe, depois que a gente fica 40 horas, eles têm uma carência afetiva de assistente social, que às vezes a gente estar lá presente vai tranquilizar. E uma questão talvez de organizar e falar “não, eu acho que talvez essa parte é melhor agora”, é impressionante como que as pessoas não conseguem direcionar isso, o serviço social tem muito bem isso, assim, da gente conseguir articular mesmo. E, às vezes, o trabalho vai ser isso, não vai ser um trabalho “eu vou fazer alguma coisa”, eu vou articular com o pessoal da equipe. (Entrevistada 4)

Neste aspecto, o posicionamento de assistentes sociais da APS imbricado com o projeto da profissão mostra como o Serviço Social contribui em espaços sócio-ocupacionais que, por vezes, trazem elementos contraditórios e alheios ao projeto ético-político do Serviço Social como percebemos em dimensões relevantes dos documentos analisados.

4.2.3 Família e a abordagem familiar: tendências na APS em BH

Como já explicitado, nos documentos analisados, a família aparece como algo dado e não é possível localizar referências com relação a sua construção histórica, não fazendo também referências à diversidade familiar ou sobre a relação da família e saúde mais diretamente.

Embora o inicial Programa de Saúde da Família e, posteriormente, a nomeada Estratégia de Saúde da Família tenham a família como eixo central de suas ações, os documentos pouco se ocupam em conceituar família ou trazer especificidades sobre a sua abordagem. Estes dados confirmam as colocações de Gelinski e Moser (2015) que consideram que na política de saúde, tem-se mais a reorientação do modelo em saúde do que a preocupação em estabelecer o papel da família no modelo da atenção

básica. Identificamos que há uma inconsistência entre o conceito e a abordagem de família, sendo esta uma tendência perceptível nos documentos.

No entanto, apesar de não haver expressamente estas conceituações, os documentos indicam os fenômenos que impactam na vida das famílias como o alcoolismo, drogas e violência. O documento 1 “Atuação do Serviço Social no Programa BH Vida (2001)” situa:

Em relação à família, fenômenos até então relativamente ausentes dos serviços de saúde, como violência doméstica, alcoolismo, drogas e o processo de perda da condição das famílias cuidarem de alguns de seus membros mais fragilizados, como idosos, crianças, deficientes e outros, passam a integrar a agenda das equipes do BH-Vida (Ver como colocar a referência) (Belo Horizonte, 2001, pág.2)

O documento sinaliza ainda uma percepção empírica do cotidiano de famílias, indicando a sua responsabilização, através da falta de capacidade da família em prover cuidados para com seus membros. O documento não sinaliza uma visão mais crítica e macro da situação da família ou de sua “funcionalidade” na política de saúde, pelo contrário, enfatiza a sobrecarga do Estado:

problemas de várias ordens têm colocado a família, principalmente as das camadas populares, em situações-limite que estão a exigir um posicionamento efetivo da sociedade e, especificamente, dos serviços de saúde. A transferência de funções tradicionais da família para a sociedade, exige novos arranjos no interior das políticas sociais e, com isso, aumentam-se os encargos do Estado. (Belo Horizonte, 2001, pág.3)

Se a centralidade da família não é algo novo desde os primórdios das ações estatais no Brasil, como vimos, aqui é possível perceber uma contradição apontada pelo documento, que explicita a presença do familismo e ao mesmo tempo, salienta a importância do PSF, devido a perda de condições da família em exercer as funções de cuidado. Contudo, não é possível para as eSF sanar as necessidades do cuidado aos membros da família ou são as relações familiares foco de suas intervenções.

É consensual a opinião das assistentes sociais acerca das fragilidades na construção de proteção social às famílias ofertada pelas políticas sociais atualmente.

É muito frágil, muito frágil. A família, ela é o primeiro órgão, ela é a primeira instituição de proteção, né? Mas se ela não tem a proteção do Estado como que ela vai ofertar a proteção, né? Percebo que tá muito fragilizada. E a política social, ela é muito focalizada, né? Cheio de critérios. (Entrevistada 2)

Falar não seria muito problemático, assim. Mas eu acho que muito pouco. Muito pouco, né? Assim, a gente não tem pernas, né? Assim a gente fala de estrutura, a gente fala de pouco profissional, a gente fala de pouco recurso, eu falo a gente enquanto saúde, mas os outros serviços também fazem isso, entende? Então isso interfere nessa proteção. Então assim, a gente recebe às vezes casos agravados, né, crônicos, não é uma palavra que eu gosto de usar, mas é infelizmente algo que acontece, de situações que aí quando a gente pega o histórico tá 10 anos em acompanhamento na rede, que a gente chama de rede, né? Assim, muitos anos de acompanhamentos de rede. (Entrevistada 5)

É possível considerar que se o Estado não consegue operar proteção social às famílias, as/os assistentes sociais que atuam nas políticas sociais estão em um campo de contradições bastante tensionado. Ora, se a oferta concreta de suporte às famílias não é efetiva, estas serão continuamente responsabilizadas pelos cuidados com seus membros, consideradas negligentes, mesmo que estejam vivendo desprotegidas pelo Estado. Nesse sentido, para um profissional que não dê conta de fazer as mediações necessárias entre determinações universais e singulares pode acabar sendo compelido a agir somente sobre as famílias, de modo a deslocar o objeto de trabalho e focar no campo das relações familiares. Nesse sentido,

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. (GUIMARÃES, 2016, p.260)

Assim, retornando ao ponto de partida deste trabalho, parece pertinente afirmar que embora ao surgimento do capitalismo a família tivesse uma clara concepção de instituição responsável pelo cuidado e proteção de seus membros, podemos afirmar que, diante de muitos avanços em termos de legislações e políticas sociais, a naturalização da família segue dando a tônica de como realizamos o trabalho com famílias nos diferentes espaços da vida social.

Podemos identificar que o documento de 2001 exprime uma visão de que o Estado assume as atividades da família ao passo que vemos a partir dos anos 1990, a política social trazer a família como principal responsável pela proteção social. De

uma forma geral, o documento 1 (2001) reforça a interação com a comunidade, mas não enfoca o quesito territorialidade diretamente, e também preconiza o trabalho em equipe e o trabalho intersetorial. Com relação ao processo de trabalho reitera a concepção do apoio matricial, ainda que de forma superficial. Também dá destaque ao papel do Assistente Social nos processos de controle social

Enquanto instrumentos de abordagem às famílias, o documento enfoca: realização de visitas domiciliares, entrevistas individuais e familiares, estudos sócio-econômicos e reuniões e palestras. Em um dos tópicos, o documento coloca a importância da participação do profissional em programas nas áreas de saúde da Criança e Adolescente, Adulto, Mulher, Idoso e Pessoas com Deficiência.

Assim, segue certa tendência na Atenção Primária à Saúde, de uma linha de estudos sobre abordagem familiar que considera os estágios de ciclos de vida. Como explicitado no texto “Abordagem familiar na Atenção Domiciliar” (UFSC, 2015, p. 24): “A doença, por seu lado, tem efeito direto sobre os diversos estágios do ciclo de vida familiar. Então, caracterizar esses estágios e saber as tarefas esperadas para cada um deles é muito importante para os profissionais da saúde.” Esse trecho é um exemplo da concepção de ciclos de vida que dentro da ótica da Atenção Primária à Saúde é bastante habitual⁴³.

Importante registrar que o documento 1 (2001) tem como foco o fortalecimento do SUS e da atuação profissional de assistentes sociais. Nesses aspectos, trata-se de um documento importante a ser destacado na história do Serviço Social no SUS-BH.

O documento 2 (2023), com relação à família e abordagem familiar segue a mesma tendência, não fazendo indicações sobre a construção teórica e histórica sobre a família. Embora os termos “família, famílias, familiares, familiar” sejam mencionados 84 vezes, parte de uma ideia pré-concebida do que é a família.

Recorrentemente reforça a necessidade de acolhimento e atendimento individual, familiar e comunitário por parte do assistente social. Faz referência aos conceitos de negligência e insuficiência familiar e, como já exposto, enfatiza o conceito de vulnerabilidade. Dessa forma, o olhar sobre a família acaba por perpassar essa tendência. “Observamos que, as demandas sociais compreendidas através do

⁴³ No livro “Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte” destaca-se um capítulo para esquematizar o Cuidado Integral nos Ciclos de Vida (págs. 194 a 209).

conceito de vulnerabilidade, também são analisadas na perspectiva sistêmica, reforçando, assim, o caráter de ajustamento social.” (Guimarães, 2016, p.258). Também não existe referência sobre diversidade familiar ou levantamento sobre perfis de famílias atendidas.

Nesse sentido, as entrevistadas relatam sobre a ausência de levantamento formal sobre o perfil das famílias atendidas em seus territórios, colocando as suas percepções com base no cotidiano profissional e referindo-se mais sobre as questões enfrentadas pelas famílias atendidas:

A minha percepção é que aqui tem, eu acho, muita questão de violência contra mulher, abuso contra criança, muito idoso em situação de vulnerabilidade, idoso abandonado. Isso o que pude perceber nesse pouco tempo que eu tô aqui. E é uma região bem vulnerável, que atende o aglomerado todo aqui. Agora também tem a questão do baixo risco, que tá tendo muito caso assim de vulnerabilidade. (Entrevistada 2)

O território é bastante estruturante do trabalho em saúde na Atenção Primária. O perfil das famílias atendidas, no geral, pode variar de acordo com o território atendido. Assim, as composições familiares se alteram no relato das assistentes sociais. Mas é possível identificar que em unidades que atuam em áreas com IVS elevado a predominância é de famílias chefiadas por mulheres.

A questão da sobrecarga da mulher nos cuidados inerentes à família é um fator percebido pelas assistentes sociais no cotidiano de trabalho, como pode-se ver nas falas abaixo:

Ah, geralmente quem a gente chama é o cuidador, alguém responsável pela aquela pessoa. Na maioria das vezes, 90%, quem vai é a mulher, né? Ou é irmã, ou é a mãe, ou é uma tia, né? No caso dessa idosa mesmo que a equipe foi perceber que existe o contexto de violência, é, são dois irmãos que cuidam dela. É o irmão e a irmã, e aí fica claro que o cuidado é em saúde da idosa é da irmã e o irmão ele fica só com a administração da questão financeira dela. Então ele que recebe o pagamento e administra, todo o restante do cuidado em saúde é da irmã. E quando você tenta dividir isso com o irmão ele não aceita, fala que é papel dela, que ela sempre que mexeu com isso, então ela que faz, ela que sabe, ele não sabe. Mas a demanda ela acaba caindo mais, quem chega lá mais para responder acaba sendo uma mulher mesmo. Seja avó, seja a tia quem cuida da criança, seja a irmã, seja a mãe, mas acaba sendo mais a mulher. (Entrevistada 1)

Porque às vezes, vamos pensar essa mulher, né? Ela que chega para pedir o acompanhamento do filho, que faz uso abusivos de drogas. Essa mulher que chega para dizer do marido dela. Aí eu tenho que dizer para essa mulher que eu preciso do marido dela, que eu preciso do filho dela, né? E aí a gente vai trabalhar todo esse um contexto, e também até para tirar desta mulher a responsabilidade de cuidar e de

fazer viver, né? Porque é bem isso, a gente tá muito colocada nesse espaço da vida do outro, a gente é responsável pela vida do outro. Isso é bem complexo, né? E lógico vem de um formato de família patriarcal, aquela coisa toda que para nós ainda tem isso muito fixado. (Entrevistada 8)

Bertelli et al (2023) destacam, sobretudo, como as questões de gênero são indissociáveis do debate da família. Sob a perspectiva da saúde, o ato de cuidar segue sendo atribuição majoritariamente feminina, tanto por parte das profissionais de saúde, quanto das mulheres sobre as quais recaem os cuidados dos membros familiares, conforme destacamos no capítulo 1.

Apenas uma das entrevistadas evidenciou a questão de raça/etnia em sua análise sobre as famílias do território que atua:

O que mais predomina são as mulheres mãe solos, né? É grande parte da nossa população é uma população preta, né? Então a gente tem muitas mães solos que tem é de três a quatro filhos. E aí que também é o nosso dificultador porque são essas crianças que tomam conta, né? Entre si, né? Assim, o mais velho vai tomando conta das menorzinhas para mãe trabalhar. (...) Mas a maior parte mesmo da composição familiar aqui é de mulheres. (Entrevistada 9)

A importância do gênero aparece incorporado de modo mais substancial às análises, tendo em vista a relevância das mulheres no cuidado em saúde. Contudo, é relevante compreender que as famílias atendidas pela política de saúde têm classe, raça e gênero. Nesse sentido, a profissão tem um acúmulo importante no debate de classe e assinalamos a importância de serem consideradas as categorias raça e gênero na análise profissional. Uma vez que as relações de gênero e étnico-raciais estruturam a sociedade do capital, a sociabilidade brasileira e se revelam no cotidiano do trabalho.

Como apontamos, nos documentos da saúde, a família é tratada de maneira extremamente abstrata. Com base na relação concreta do cotidiano profissional na APS, basicamente reduz-se a família à coabitação. As entrevistadas explicitam como isso ocorre:

É feito com as pessoas que residem no mesmo endereço, né? Então assim, é por agrupamento mesmo de pessoas e não por consanguinidade ou laços afetivos. (Entrevistada 7)

Então quando chega uma demanda de cadastro, a família solicita, esse profissional faz uma visita, identifica quem está morando ali naquela casa. (Entrevistada 5)

Por esse processo é muito claro, assim, pra agente de saúde é muito óbvio, porque eles têm visita. Então no cadastro, eles são muito obcecados com isso, inclusive. “Você não mora nessa casa, que eu não sei quê e tal”. (Entrevistada 4)

O cadastro é núcleo familiar. Aí vai filho, a mãe, quem que mora na casa, né? Pode ser os agregados. Mas se tá morando junto é considerada família (Entrevistada 2)

Quando questionadas sobre quando as intervenções com famílias são necessárias, as assistentes sociais identificam uma tendência de atuação com famílias quando envolve situações que as equipes identificam como “conflituosas”, “problemáticas”:

Conflitos familiares no geral. A intervenção familiar ela tá presente em toda situação que a equipe apresenta uma situação de vulnerabilidade ali, né? Se chegou uma situação com um conflito familiar, se chegou uma situação por questões de relações intergeracionais, se foi por uma situação de violação de direitos. Então a gente faz essa intervenção de acordo com a demanda que é apresentada. (Entrevistada 7)

Ah eu vejo assim, a questão de por exemplo os casos que chegam para minha equipe é insuficiência familiar, conflitos familiares. A gente atua muito com a questão e acaba mediando conflito. Vulnerabilidade, idoso em situação de vulnerabilidade. Aí a gente vai acionar a família, vai tentar conversar, né? (Entrevistada 2)

Em relação as **principais demandas direcionadas pelas equipes de saúde**, vimos nas entrevistas que estas estão vinculadas à negligência; maus tratos, insuficiência familiar, uso abusivo de substâncias psicoativas.

Os termos “negligência”, “maus tratos” e “insuficiência familiar” são reconhecidos e utilizados cotidianamente pelos profissionais da saúde. Berberian (2023) destaca como o termo negligência possui conteúdo moral, pois é utilizado como associação à valores negativos onde não se cumpre as responsabilidades impelidas, além de ser associado também à desleixo e preguiça.

A entrevistada 5 pondera suas preocupações com relação ao entendimento das situações colocadas como de negligência / insuficiência familiar.

A gente tem famílias grandiosas, com grande número de filhos, pais idosos, e que aparentemente parece com um abandono, negligência, mas a gente tá no território, né, de uma certa vulnerabilidade, que esses filhos precisam sair para trabalhar. Para sustentar inclusive esses pais, né? E aí a gente entra muito nessa discussão, inclusive com outros atores, como que a gente trabalha a responsabilização

com esses filhos. Nem sempre é no caráter punitivo, né? Porque é isso, eles precisam trabalhar. E às vezes trabalham muito longe. (...) Eu acho que isso é um ponto assim, sabe, que eu tenho me deparado muito e que inclusive é uma demanda grande de notificação, né? Porque a gente precisa notificar. Porque gera uma ficha protetiva, a gente precisa encaminhar um relatório solicitando o suporte do serviço, mas a gente precisa dizer naquele relatório que há uma insuficiência familiar, né? Assim, que tem uma dificuldade. E nem sempre vai ser a negligência pela negligência, o abandono pelo abandono. O que eu acho bem complexo, não é muito simples não, sabe? Você tem que problematizar uma coisa, assim. Porque a violação pela violação, ela é muito mais simples, né? Agora quando são todas essas questões assim, fica um pouco mais difícil. (Entrevistada 5)

Berberian (2005) salienta que a análise das condições de vida das famílias é relevantes para que o profissional compreenda os determinantes da avaliação de “negligência”. Em seu estudo sobre avaliações de negligência realizadas por assistentes sociais, indica como as situações de desproteção de crianças e adolescentes por suas famílias podem levantar condições de desproteção em que o próprio grupo familiar se encontra.

Para ilustrar, destacamos a seguinte fala de uma das entrevistadas:

Eu recebo muita questão de negligência nos cuidados infantis, principalmente. Negligência nos cuidados com idosos. Situações de gestantes que não estão em pré-natal. Então as equipes ainda avaliam muitas as questões mais no sentido clínico, assim, para poder repassar pro serviço social. Não tem um olhar muito apurado na questão social mesmo, né? Mas elas veem o social através do clínico. Então se tem uma gestante que não tá em pré-natal aí eles informam “Ah, porque a gente precisa fazer busca ativa dessa gestante”, ou uma puericultura que não chega, vacinas em atraso, idosos que perdem consultas, que vem muito desacompanhados à unidade de saúde. E às vezes eles também conseguem identificar situações de vulnerabilidade socioeconômica e outras vulnerabilidades, mas o que mais chega é situação de negligência mesmo, sabe? Assim, na parte de acompanhamento clínico e que eles precisam desse suporte. (Entrevistada 7)

Os resultados observados demonstram como a equipe de saúde, muitas vezes, sugere intervenções voltadas para uma perspectiva de ajustamento das relações familiares, depositando uma expectativa de que ao assistente social cabe esse papel:

“Eu preciso que você faça uma visita porque tá acontecendo alguma coisa na casa que o ACS viu, que fulano falou”. E aí eles acham, tem talvez no imaginário, geram uma expectativa que a gente vai chegar lá e vai descobrir a verdade, que a gente vai chamar atenção do usuário, que a gente vai doutrinar aquela pessoa, que a gente vai

interferir em uma dinâmica interna da família, no costume, em alguma coisa mais específica que é muito particular deles. (Entrevistada 1)

Eu acho que aquela coisa do conservadorismo, né? Assim um profissional enquanto aconselhador, né? A gente entra muito convocado nesse sentido. “e as crianças? E aí, o que que você vai fazer?”, né? Assim, então a gente precisa ter muito cuidado. Porque a gente tem que responder à equipe, mas a gente também tem que tem um olhar mais crítico em relação às coisas. (Entrevistada 5)

Demonstra-se, assim, como a relação da equipe com o assistente social pode ser não somente de uma demanda de trabalho, mas de uma “demanda tipo-prescrição” (Alves; Mito, 2020)

A demanda tipo-prescrição é aquela que contém diagnóstico e “terapêutica”, ou seja, já chega para o assistente social apenas para execução. Seu “enfrentamento” pelos assistentes sociais no cotidiano geral expõe também as diferentes perspectivas de atendimento e “tratamento esperado”. A demanda tipo-prescrição geralmente alinhada à responsabilização das famílias no cuidado e atenção a seus membros, a comportamentos higiênicos, à alta agilizada, ao encaminhamento de “sujeitos desgarrados”. (Alves; Mito, 2020, p.20)

Merece destaque ainda os atendimentos da área de saúde mental, uma vez que requerem uma atuação que abarque a família e, quando da sua ausência, pode interferir e limitar o plano de cuidado proposto pela equipe.

Geralmente o que mais acontece, às vezes, que eu acho que a família faz muita diferença nesse apoio, são os casos de saúde mental, né? Eu percebo que aqui, principalmente, tem uma população muito grande com essa questão da saúde mental e que às vezes fica muito solta, assim, referente a família, né? Não tem a família para apoiar. (Entrevistada 3)

Uma profissional pondera que a maior participação da família no acompanhamento dos usuários da saúde mental tem êxito, quando o atendimento faz sentido para o próprio usuário e para a família; e destaca que a família percebe quando a intenção da intervenção se resume à responsabilização. Importante registrar que a profissional aponta elementos do poder médico impregnado na cultura do cuidado na área da saúde, ao destacar que o psiquiatra consegue realizar atendimentos ampliados com a família na Unidade de saúde.

Nossa, casos muito problemáticos. (...) Geralmente casos que tem também o acompanhamento do PAEFI, acompanhamento da média e alta complexidade. Porém, atualmente também, agora que a gente

tem uma psiquiatra na unidade, eu tô vendo um movimento que é diferente. A psiquiatra ela se recusa a atender o paciente sozinho, então tem que estar com a família. E por incrível que pareça, porque o pessoal gosta muito dela, porque raridade, ela é única psiquiatra no (...), as famílias estão realmente tendo essa responsabilização com o paciente de saúde mental. Não somente, assim, na crise de falar “não aguento mais”, “o que tem de internação compulsória?”, mas não. Gira em consultas de participar desse processo. Então eu fico pensando assim, como que certos profissionais conseguem isso? Não sei se é aquela questão de ser médico, talvez. Que é completamente diferente de, por exemplo, se eu quiser ver uma família inteira, eu vou ter que ir lá na casa dela, e olhe lá, dependendo do horário, do dia muito específico, assim, nem se o juiz chamar iria a família inteira. Mas o psiquiatra consegue, é muito interessante. (Entrevistada 4)

Sobre metodologias ou referenciais específicos sobre atendimento a famílias, as entrevistadas relatam não terem referência em nenhum material específico da saúde, nem nos níveis federal, estadual ou municipal.

As assistentes sociais, em uníssono, fazem uma análise mais ampliada do entendimento pessoal e profissional que tem sobre a família. Ressaltam o respeito à diversidade familiar e consideram os laços de afeto e cuidado decisivos para compreensão do que é uma família. Sendo assim, o entendimento ampliado de família que as assistentes sociais têm, fazem contraponto à compreensão que a Atenção Primária tem de família, pois ressaltam que o critério é, na prática, de coabitação.

Horst (2020) ressalta que a concepção de família enquanto laços afetivos e instância de cuidado corroboram com uma fundamentação da ideia de família a partir dos marcos das políticas sociais, em especial da assistência social. Alerta ainda sobre o aspecto ilusório que tal perspectiva sobre a família pode apresentar, já que reafirma papéis e funções sociais que coadunam com o modelo burguês de família.

No cotidiano profissional do trabalho com famílias, embora as equipes tenham as suas convicções pessoais, a consideram em seu conceito mais ampliado:

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. (GUIMARÃES, 2016, p. 249)

As falas das entrevistadas demonstram como é importante o posicionamento e habilidade para contribuir com as equipes tanto no acompanhamento das famílias, quanto na compreensão do que é o trabalho de assistentes sociais.

Isto posto, observa-se como as dimensões do trabalho profissional de assistentes sociais não podem ser desmembradas. O instrumental descolado da análise de conjuntura que cerca a família pode levar, inclusive, a desfechos incongruentes com a intencionalidade que o profissional imprimiu naquela intervenção. Principalmente se considerarmos que as ações intersetoriais fazem com que alguns instrumentos produzidos sobre as famílias pelo Serviço Social da saúde sirvam de subsídio para outras políticas embasarem as suas decisões.

Vimos durante este trabalho, que a relação entre Serviço Social, saúde e famílias não é simples de ser abordada, contudo faz-se extremamente necessária, uma vez que desde a sua compreensão mais geral, até a execução de atividades no cotidiano profissional, são necessárias diversas mediações. Se a família tem sua expressão em diversas políticas sociais, na saúde podemos afirmar que na APS essa presença é estruturante das ações.

As concepções acerca da saúde e da família são conceitos em constantes disputas, não existindo uma perspectiva única em suas análises. Como aborda Guimarães (2016), a saúde sofre importante influência das perspectivas funcionalista, positivista e sistêmica, que se expressa em seus documentos sob uma análise de risco, vulnerabilidades, ciclos de vida, dentre outros. No caso da família, observamos conforme o primeiro capítulo, que essa pode ter tantas concepções quanto forem as suas matrizes teóricas. E o Serviço Social por não ser endógeno, dialoga no seu cotidiano profissional com esse caleidoscópio de desafios e contradições.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS (ou apontamentos iniciais para um debate profícuo)

Este trabalho buscou contribuir com reflexões acerca do trabalho com famílias na APS e a atuação de assistentes sociais nesta seara. Estas considerações finais deixam caminhos entreabertos para aprofundamentos futuros.

O ponto de partida deste trabalho surgiu de inquietações profissionais da pesquisadora a partir da sua inserção na área da saúde que, à priori, na aparência, pareciam simples e corriqueiras do cotidiano profissional. Com os debates proporcionados pelo mestrado e pela orientação na condução da pesquisa, as inquietações demonstraram-se, através de um significativo esforço teórico, um tema complexo que necessitava de diversas mediações. Um desses esforços foi compreender que para analisar o trabalho com famílias precisava-se “dar um passo atrás” e olhar de maneira ampliada para a questão.

Assim, tornou-se necessário compreender como o debate sobre família foi abordado e conduzido em diferentes matrizes teóricas, buscando assim romper com a tendência de uma abordagem familiar, no âmbito da saúde, esvaziada da compreensão sobre a família.

Na análise dessas diferentes matrizes, concluiu-se que as perspectivas diversas à teoria social crítica apresentam duas principais tendências: reforçam a família monogâmica e patriarcal, podendo entender famílias diversas como disfuncionais ou tem um olhar psicologizante sobre a família atribuindo à mesma uma responsabilidade sobre a socialização dos sujeitos, inculcando-os normas e regras. Em ambas, a função social do cuidado é pensada de maneira privada, o que coloca a sobrecarga das famílias como algo natural e um problema a ser enfrentado e superado por elas próprias.

A teoria social crítica nos possibilita compreender a família para além de suas próprias redomas. A família não é uma experiência exclusiva do sistema capitalista, mas é esse novo modo de produção que vai conformar uma ideologia hegemônica acerca da família moderna. No sistema capitalista, à família são permitidos tantos avanços quanto forem necessários, dentro dos limites da emancipação política. Assim, a família tem “função” no modo de produção capitalista e alguns avanços na sua compreensão em termos de diversidade, por exemplo, são aceitas desde que a ordem não seja ameaçada, ou seja, não vai no sentido da emancipação humana. Para

alçarmos uma perspectiva de emancipação humana, é preciso transpor a família nos moldes que conhecemos hoje, patriarcal, monogâmica e burguesa.

Ademais, parece importante reforçar a relação entre saúde e o pensamento marxista. A compreensão da realidade e o modo como se estabelecem as relações sociais não podem estar deslocadas ou apartadas da compreensão das relações de produção e reprodução da vida social na sociedade capitalista. Revisitar a história da conformação das ações de saúde no Brasil demonstrou-nos a necessidade de enfrentamento à “questão social” e o enfoque na família proletária.

Vimos ainda a apropriação da família pelas políticas sociais a partir da crise do capital dos anos 1960/1970 e como no Brasil esse processo irá se consolidar nos anos 1990 com o neoliberalismo. A política de saúde sofre interferências diretas desse processo, especialmente, através da criação do Programa de Saúde da Família

Ressalta-se que existem projetos em disputa na forma como se compreende a saúde, o adoecimento e os modos de viver das famílias. Em nossa análise, as ações em saúde têm sido orientadas por um prisma que fragmenta a realidade social e se distancia da totalidade.

Coadunando com o levantamento bibliográfico realizado, verifica-se que a família é colocada como eixo central na estruturação da APS no Brasil, através da Estratégia de Saúde da Família, tratando-se de um importante esforço na reorientação do modelo de saúde que enfatiza a aposta na Atenção Básica, como resolutive para as questões de saúde da população e organizadora do cuidado com relação aos níveis mais complexos de assistência em saúde

Parece, assim, necessário reafirmar o SUS e a necessidade deste se consolidar dentro dos seus princípios e reforçar o projeto ético-político do Serviço Social contribui substancialmente no enfrentamento de ações conservadoras frente ao trabalho com famílias na saúde.

Embora seja o enfoque central deste trabalho o tema “família”, a pesquisa de campo desvela diversas questões importantes sobre o fazer profissional de assistentes sociais que podem ser priorizadas em outros trabalhos, como o levantamento das famílias atendidas pelo SUS-BH, os processos e condições de trabalho enfrentadas por assistentes sociais, as indicações fornecidas nas entrevistas sobre o arsenal técnico operativo da profissão no atendimento e acompanhamento de famílias, diretrizes institucionais, dentre outros pontos.

Desta forma, aqui será possível destacar os pontos mais notórios e incidentes com base na análise documental e das entrevistas realizadas, para a compreensão das tendências que aparecem na imbricação entre saúde, família e serviço social.

Os documentos apresentados como referência para as análises trazidas no último capítulo, demonstram a relevância do Serviço Social na APS em BH. Podemos dizer que o documento 1 (2001) se apresenta como produto de um posicionamento de assistentes sociais que atuavam, à época, na Atenção Primária demonstrando apoio à implantação da estratégia de saúde da família e reforçando a importância do trabalho de assistentes sociais diante deste novo contexto. Assim, diferente do primeiro, que se mostrou como uma estratégia dos profissionais, construída em conjunto com a academia, o documento 2 (2023) foi desenvolvido a partir da determinação institucional para sistematização das ações profissionais. Em contraponto a categoria mobilizou-se junto ao CRESS-MG para questionamentos acerca do documento que teve como produto uma nota sugerindo alterações. A pesquisa de campo demonstra que o documento 2 (2023), ao menos ainda, não é compreendido pela categoria profissional como uma referência que contribua em sua atuação.

Os resultados da pesquisa demonstram como principal tendência o enfoque da família na política de saúde a partir de conceitos como vulnerabilidades e risco social. Detecta-se ainda o uso dos termos como “negligência” e “insuficiência familiar”. Tanto os resultados da análise documental, quanto da pesquisa de campo, apontam que a apropriação dos termos se faz de maneira mecânica e pouco crítica, tornando-se um modo de se comunicar entre equipe que pouco contextualiza do que se está falando. O mesmo se dá com o termo “conflito”, que aparece especialmente na pesquisa de campo.

Embora o documento “Orientações Institucionais para atuação do(a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS-BH” se apresente como um material com enfoque crítico que coaduna com o projeto ético-político profissional, caracteriza-se de maneira teórico-prática com base na concepção de determinantes sociais da saúde. Essa fragmentação analítica leva a uma falsa ideia de que famílias podem superar “espontaneamente” as suas situações de desproteção social, pois enfocam-se muito mais nos indivíduos do que no contexto social.

Apesar de indicarem a ausência de aporte teórico no tema da família, vimos que, as intervenções profissionais com famílias são amplamente citadas pelas profissionais, demonstrando ser parte do seu dia-a-dia de trabalho

A rotina de trabalho também conduz a desafios na superação do pragmatismo e imediatismo das demandas profissionais no cotidiano. Essas situações, por vezes, conduzem os assistentes sociais a lidarem com equipes que podem compreender o trabalho do serviço social como um auxílio na mudança de comportamento dos sujeitos, focando nas relações familiares como objeto central da intervenção. Essa situação desloca o objeto de trabalho do assistente social, sendo essa tendência também evidenciada nos documentos analisados.

Assim, podemos dizer que as relações familiares são mais foco de intervenção do que a família em si. Também depreende-se a necessidade de enfrentamento de ações profissionais que aproximam os assistentes sociais de práticas terapêuticas, demonstrando um lastro conservador que a profissão, de modo mais amplo, vem buscando combater e superar nas últimas décadas.

Cabe ressaltar ainda que o documento 2 (2023), apesar dos esforços em sistematizar o trabalho profissional, apresenta um Serviço Social esvaziado de Serviço Social. Ou seja, torna-se um certo manual que preocupa-se mais em apresentar os serviços e programas que compõem a rede de saúde do município do que em focar a atuação de assistentes sociais.

Com base nas entrevistas conclui-se que as características das famílias atendidas pela Atenção Primária de BH estão intrinsecamente relacionadas à questão do território, sendo diversas as configurações que se apresentam e são percebidas pelas assistentes sociais. Contudo, identifica-se que as mulheres estão evidenciadas nas atividades do cuidado com as famílias destes territórios.

A pesquisa de campo demonstrou como as assistentes sociais entrevistadas percebem e enfrentam os desafios do trabalho com famílias. No geral, as profissionais têm uma visão mais apurada e ampliada sobre as famílias e sua diversidade. A tendência que mais se destaca é a da concepção que considera a família a partir de laços de afeto e cuidado, para além da coabitação ou consanguinidade. Também aparecem em suas falas a compreensão ampliada das situações de desproteção vivenciadas pelas famílias e a importância da construção de reflexões junto às equipes de saúde da família sob essas bases.

Como a pesquisa é algo “vivo” e embora não fosse foco inicial deste trabalho, acabou-se por construir um material que conta a história da implantação e trajetória do serviço social na rede de saúde de Belo Horizonte, o que se considera ser uma contribuição importante para profissionais, estudantes e interessados na rede de saúde do SUS-BH.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 6ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

ABRES. **Uma alternativa para superação do Programa Previne Brasil**: propostas para alocação de recursos federais para APS. 2023. Disponível em https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2023/07/Proposta-Modelo-Aloc-AB-em-2023_Versao-09-2023-30-06-2023-VF.pdf. Acesso em 22fev2023.

AFONSO, Rogério N. O que é, ou que vem a ser, o casamento ? Questões de gênero na literatura do oitocentos. **Cadernos UniFOA**. v.7, Ed. 19. Volta Redonda: Centro Universitário de Volta Redonda, agosto de 2012. Disponível em <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/1102/958>. Acesso em 15 de novembro de 2023.

ALMEIDA, Erika Rodrigues de *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.L.], v. 42, p. 1-8, 2018. Pan American Health Organization. <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.180>.

ALVES, F. L. **A configuração da demanda de atuação dos assistentes sociais em serviços de saúde**: questões do 'social' como matéria-objeto de trabalho. 2018. 409 p. Tese. (Doutorado) -Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2018. Disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/teses/PGSS0202-T.pdf>. Acesso em 10jul2022.

ALVES, F. L. .; MIOTO, R. C. T. A demanda no processo de trabalho dos assistentes sociais e sua configuração em serviços de saúde. In: **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 19, 2020. DOI: 10.20396/sss.v19i0.8661050. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8661050>. Acesso em: 4 dez. 2023.

ANDRADE, Maristela do Nascimento; SANTOS, Patrícia Batista dos. **Apontamentos historiográficos**: a família no Brasil Colônia. Disponível em: https://www.snh2017.anpuh.org/resources/anais/54/1491414675_ARQUIVO_Apontamentoshistoriograficos_afamilianoBrasilcolonia.pdf?fbclid=IwAR3XAIWz10n18Qks69FqU4utx8jz4MZT1XsynMatwEY-qQs-mi7jXQQxXcA. Acesso em 15 de nov. 2023.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1978. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5152962/mod_resource/content/1/Texto%20001%20-%20ARIES.pdf . Acesso em 02/11/2021.

ARRUZZA, Cinzia.BHATTACHARYA, Tithi. FRASER, Nancy. **Feminismo para os 99% um manifesto**. Tradução Heci Regina Candiani. 1ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

- BARROCO, Maria Lúcia S. **Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político**. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/rTywnLhQhmCyXCtYCSQWN9n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 18/08/2022
- BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. [S.l]: Cortez, 2009. p13-39.
- BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. v2. São Paulo: Cortez, 2016.
- BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. Serviço Social e política social: 80 anos de uma relação visceral. In: SILVA, Maria Liduína de Oliveira e (Org.). **Serviço Social no Brasil: história de resistências e ruptura com o conservadorismo**. São Paulo: Cortez, 2016. Cap.4. p. 119-140.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Atuação do Serviço Social no Programa BH Vida**. 2001. Acervo pessoal.
- BELO HORIZONTE. **Decreto Nº 17.134, de 10 de julho de 2019**. Regulamenta o Prêmio Pró-Família do Programa BH Vida, instituído pela Lei nº 8.493, de 24 de janeiro de 2003. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/decreto/2019/1714/17134/decreto-n-17134-2019-regulamenta-o-premio-pro-familia-do-programa-bh-vida-instituido-pela-lei-n-8493-de-24-de-janeiro-de-2003>. Acesso em 12dez2023.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008.
- BELO HORIZONTE. **Guia de acompanhamento para o SUS BH - Família Cidadã: BH sem miséria**. Belo Horizonte: 2016. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/familia-cidada/guia-familia-cidada-sus-bh.pdf>. Acesso em 21dez2023.
- BELO HORIZONTE. **Acontece Saúde**. Edição 68. 4 de setembro de 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2019/ACONTECE%20SAUDE/acontece-saude-68.pdf>. Acesso em 12jan2024.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Orientações institucionais para atuação do(a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da rede SUS-BH**. 2023. Disponível em <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/cartilha-orientacoes-institucionais-rede-sus-bh-04-09-23.pdf>. Acesso em 10jan2024.
- BENJAMIN, Walter. **Reflexões sobre a criança, o brinquedo e a educação**. Editora 34; 2ª edição (1 janeiro 2009)

BERBERIAN, Thais Peinado. **Serviço Social e avaliações de “negligência” contra criança e adolescente:** debates no campo da ética profissional. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17654/1/Thais%20Peinado%20Berberian.pdf>. Acesso em 13out2022.

BERTELLI, Edilane. et al. Reflexões sobre o dueto família e gênero na política de saúde brasileira. In: **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 23, n. 1, p. 165-180, jan-jun. 2023. Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/40787>. Acesso em 02jan2024.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social e Trabalho no Capitalismo**. São Paulo: Cortez., 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade**. 2019. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192. Acesso em 12dez2023.

BRASIL. **Portaria de Consolidação Nº 1, de 2 de Junho de 2021:** Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde.. 1. ed. Brasília

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política nacional de atenção básica Brasília:** MS; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . **Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017:** aprova a política nacional de atenção básica. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 out. 2021.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1980.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete *et al* (org.). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete *et al* (org.). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, [s. l], p. 13-27, 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002. Acesso em: 18 abr. 2023.

BRESSER-PEREIRA, L.C. – Da administração pública burocrática à gerencial. In: BRESSER PEREIRA, L.C. e SPINK, P. (org.) (1998) – **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro, Editora FGV. 1998

BRUSCHINI, C. Teoria crítica da família. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (orgs). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 4ed. 2005.

CAMPOS, Marta Silva. O casamento da política social com a família: feliz ou infeliz? In: MIOTO, Regina Célia Tamaso. CAMPOS, Marta Silva. CARLOTO, Cássia Maria. (Orgs.) **Familismo, direto e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

CANEVACCI, M. **Dialética da Família: Gênese de uma instituição repressiva**. São Paulo: Editora Brasiliense. 2 ed. 1982.

CARDOSO, Gracielle Feitosa de Loiola. **(RE) produção de famílias “incapazes”**: paradoxos à convivência familiar de crianças e adolescentes institucionalizados. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/20274/2/Gracielle%20Feitosa%20de%20Loiola%20Cardoso.pdf>. Acesso em 02fev2022.

CASIMIRO, L.A.E.S. O método iconográfico e sua aplicação na análise da fachada da Igreja da Madre de Deus em Macau. In: HERNÁNDEZ, M.H.O., and LINS, E.Á., eds. **Iconografia: pesquisa e aplicação em estudos de Artes Visuais, Arquitetura e Design** [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 18-39. ISBN: 978-85-232-1861-4. <https://doi.org/10.7476/9788523218614.0003>.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Políticas sociais e Famílias. In: **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, 2012. Disponível em <https://periodicos.uff.br/index.php/libertas/article/view/1817>. Acesso em 26nov2023.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Humanização em Saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Práticas terapêuticas no âmbito do Serviço Social: Subsídios para aprofundamento do Estudo**. Brasília, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Gestão Atitude Crítica para avançar na luta (2008/2011). **Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas**. 2010a. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Desktop/SSO/Aulas/SUBJETIVIDADE/Aula%204/doc_CFESS_Terapias_e_SS_2010.pdf. Acesso em: 25 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução CFESS Nº 569, de 25 de março de 2010**. 2010b. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf. Acesso em 10nov2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: formação, condições de trabalho e exercício profissional**. Brasília: 2022. Disponível em <https://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>. Acesso em 23jan2024.

CISNE, Mirla. **Gênero, Divisão Sexual do Trabalho e Serviço Social**. São Paulo: Editora Outras Expressões. 1ed. 2012.

CORRÊA, Mariza. **Repensando a família patriarcal brasileira**. São Paulo: Departamento de Ciências Sociais da Unicamp, 1981.

COSTA, Nilson Do Rosário. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 282 p.

COUTINHO, Carlos Nelson. **O estruturalismo e a miséria da razão**. 2ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010. Disponível em <https://www.afoiceemartelo.com.br/posfsa/autores/Coutinho,%20Carlos%20Nelson/O%20Estruturalismo%20e%20a%20Mis%C3%A9ria%20da%20Raz%C3%A3o.pdf> Acesso em 25/08/2022.

CRESS MG. **Contribuições ao documento “Diretrizes Institucionais - O Serviço Social na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS-BH”**. 2022. Disponível em <https://cress-mg.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Contribuicoes-ao-documento-Diretrizes-Institucionais-PBH.docx.pdf>. Acesso em 22dez2023.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. Quais as consequências da aprovação do novo arcabouço fiscal para o SUS? **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. 2023 abr/jun 12(2):09-12

DIAS, Leda Chaves. LOPES, José Mauro Ceratti. **Abordagem familiar na Atenção Domiciliar**. Módulo 4. Curso de especialização em atenção domiciliar. UFSC, 2015. Disponível em https://unasus.ufsc.br/espatencaodomiciliar/files/2017/03/M%C3%B3dulo-4_Aten%C3%A7%C3%A3o-Domiciliar.pdf. Acesso em 12dez2023.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

ENGELS, Friederich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2010.

Esping-Andersen, Gosta. **As três economias políticas do welfare state**. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ln/a/99DPRg4vVqLrQ4XbpBRHc5H>. Acesso em 10 de julho de 2023.

FÁVERO, Eunice Teresinha. et al. Editorial. In: **Serviço Social & Sociedade**. Ano XXIII, n71. São Paulo: Cortez. 2002. p.3-5.

FERREIRA, Marcelo Santana. **Por uma concepção crítica de infância**. 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/psoc/a/3GBBZzHgPfvzBnWD3RNdSc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10/08/2022.

FERREIRA, Verônica Maria. **Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social: uma análise de suas tendências**. Recife, 2017. Tese. UFPE.

FIORI, José Luís. **Estado do Bem-Estar Social: Padrões e Crises**. Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, São Paulo, p. 1-19, 13 maio 2013. Mensal.

FORTES, Ronaldo Vielmi. **Gênese social e atualidade dos processos de inferiorização da mulher em Marx, Engels e Lukács**. In: Revista Katálysis. Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 441-451, set./dez. 2018. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592018v21n3p441>. Acesso em 22/08/2022.

FRANCO, Túlio; MERHY, E. E.. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 134-167. Disponível em: <https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/11PSF-contradicoes.pdf>. Acesso em 15out2023.

GARBOIS, Júlia Arêas *et al.* Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. In: . **Saúde Debate**. 112. ed. Rio de Janeiro: 2017. p. 63-76. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41n112/63-76/pt>. Acesso em 24ago2023.

GELINSKI, Carmen Rosario Ortiz Gutierrez. MOSER, Liliane. Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas políticas sociais. In: MIOTO, Regina Célia Tamaso. CAMPOS, Marta Silva. CARLOTO, Cássia Maria. (Orgs.) **Familismo, direto e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

GIOVANELLA et al. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250028519_Saude_da_familia_limites_e_possibilidades_para_uma_abordagem_integral_de_atencao_primaria_a_saude_no_Brasil/link/037ca8bd0cf2625ffb091403/download. Acesso em 06nov.2021.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 9ed. São Paulo: Cortez, 2011.

GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. **A abordagem familiar e comunitária na saúde da família: desvelando contradições e construindo mediações críticas**. Rio de Janeiro: 2016. Tese. UERJ.

HARVEY, David. **O Direito à Cidade**. Trad. Jair Pinheiro. Original em inglês "The right to the city". New Left Review, n. 53, 2008. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/272071/mod_resource/content/1/david-harvey%20direito%20a%20cidade%20.pdf. Acesso em 18/08/2022.

HERMIDA, Jorge Fernando. **Criança e infância na obra de Philippe Ariès e nos clássicos da História Social da Classe Operária: em busca das crianças invisíveis – as crianças proletárias**. Revista Polyphonia, v.32/2, jul./dez. 2021. Disponível em <https://revistas.ufg.br/sv/article/view/70888/37578>. Acesso em 10/07/2022

HITA, Maria Gabriela. **A família em Parsons: Pontos, contrapontos e modelos alternativos**. Revista ANTHROPOLOGICAS, ano 9, volume 16(1): 109-148 (2005). Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaanthropologicas/article/view/23626/19281>. Acesso: 25/08/2022.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **Raízes do Brasil**. Edição Crítica. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. Versão kindle.

HORST, C. H. M. MIOTO, R. C. T. Serviço Social e o trabalho com famílias: renovação ou conservadorismo? In: **EM PAUTA** - Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro _ 2o Semestre de 2017 - n. 40, v. 15, p. 228 - 246.

HORST, C. H. **Família, Marxismo e Serviço Social: desvendando o invólucro místico**. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2018.

HORST, Claudio Henrique Miranda. Serviço Social e a temática família: renovação e conservadorismo na produção do conhecimento. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 20, n. 2, p. 392-414, dez. 2020. Disponível em <https://periodicos.uff.br/index.php/libertas/article/view/32043>. Acesso em 26nov2023.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **A questão social no capitalismo**. Revista Temporalis. Ano II, número 3. Brasília: ABEPSS, janeiro/junho, 2001. Disponível em http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social201804131245276705850.pdf . Acesso em 31out.2022.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 23ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação teórico-metodológica**. 41 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IBGE. Brasil. **Censo 2022 indica que o Brasil totaliza 203 milhões de habitantes**. Disponível em <https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/2023/06/censo-2022-indica-que-o-brasil-totaliza-203-milhoes-de-habitantes>. Acesso em 22fev2024.

JAPIASSU, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001. Disponível em http://raycydio.yolasite.com/resources/dicionario_de_filosofia_japiassu.pdf. Acesso em 12/12/2021.

LEAL, Laura Marcelino. **A determinação social da saúde: problematizações teóricas e a realidade brasileira**. Dissertação. (Mestrado) - Universidade Federal de Juiz de Fora. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Juiz de Fora, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/14013/1/lauramarcelinoleal.pdf>. Acesso em 01jan2024.

LÖWY, Michael. Um Marx insólito. In: **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

LOWY, Michael. **A filosofia da história de Walter Benjamin**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/c7TdKSGxkSysjMds45cqs8v/>. Acesso em: 20 dez. 2021.

LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social II**. São Paulo: Boitempo, 2013. Versão Amazon Kindle.

LUKÁCS, G. **A Destruição da Razão**. Tradução de Bernard Herman Hess, Rainer Patriota, Ronaldo Vielmi Fortes ; revisão de Ester Vaisman, Ronaldo Vielmi Fortes. – São Paulo : Instituto Lukács, 2020. 794 p.

MARANHÃO, César. Uma peleja teórica e histórica: Serviço Social, sincretismo e conservadorismo. In: MOTA, Ana Elizabete. AMARAL, Ângela (Org). **Cenários, contradições e pelejas do Serviço Social brasileiro**. São Paulo: Cortez, 2017.

MARCHI, Rita de Cássia. Walter Benjamin e a infância: apontamentos impressionistas sobre sua(s) narrativas(s) a partir de narrativas diversas. **Educação**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 221-229, maio 2011. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/7535/6360>. Acesso em: 18 ago. 2021.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARX, Karl. **Sobre a questão judaica**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, Karl. **Crítica ao programa de Gotha**. São Paulo: Boitempo, 2012.

MASSUDA, Adriano. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?** v25 n4. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n4/1413-8123-csc-25-04-1181.pdf>. Acesso em 12out2021.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional.** São Paulo: Cortez, 2014.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital.** São Paulo: Boitempo, 2009.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. Guia do Participante. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte** - análise de atenção primária à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 104p.

MIOTO, Regina Célia. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social Revista**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 163-176, jan. 2010.

MIOTO, Regina C. T. Família contemporânea e proteção social: notas sobre o contexto brasileiro. In: FÁVERO, E. T. (Org.). **Famílias na cena contemporânea: (des)proteção social, (des)igualdades e judicialização.** Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

MOSCHKOVICH, Marília. **Crítica à família e os estudos antropológicos de Engels.** In: Curso Livre Engels: vida e obra. São Paulo: Boitempo, 2021.

MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social e Seguridade Social: uma agenda recorrente e desafiante. **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p.126-139, 2007. Anual. Disponível em:file:///C:/Users/isabe/Downloads/admin_depext,+Em_Pauta_20_8_Servi%C3%A7o+Social+e+Seguridade+Social-+uma+agenda+recorrente+e+desafiante.pdf. Acesso em 14out2023.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 40-48.

MOTA, A. E. Serviço Social brasileiro: profissão e área do conhecimento. In: **Revista Katálysis: Número Especial Bilíngue - Serviço Social, História e Desafios**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 17-27, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802013000300003>. Acesso em 06/10/2021.

NETTO, José Paulo. **Cinco notas a propósito da questão social.** Revista Temporalis, Brasília, ano 2, n. 3, 2001.

NETTO, José Paulo. Marxismo e Família – Notas para uma discussão. In: AZEVEDO, M. A; GUERRA, V. N. (Orgs.). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento.** 4.ed. São Paulo: Cortez. 2005a.

NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005b.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011b.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Estado de Bem-estar Social: origens e desenvolvimento**. Katalysis, Florianópolis, v. 5, p.90-100, 2001. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5738/5260>. Acesso em 01/12/2023.

NOGUEIRA, Ana Claudia Correia. MONTEIRO, Marcia Valeria de Carvalho. Família e Atenção em Saúde: proteção, participação ou responsabilização? In: SILVA, Letícia Batista. RAMOS, Adriana. (Org.) **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013. p.139-163

OLIVEIRA, Ercilia Gama de. A saúde mental na Atenção Básica de Saúde: uma parceria com as equipes de saúde da família. In: NILO, Kelly et al. **Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2008. p17-25.

OLIVEIRA, E.A. **Estado e direito no capitalismo: um debate entre liberalismo e marxismo**. Revista Katálysis, v. 23, n. 2, 2020, p. 213-222. disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592020v23n2p213/43184>

PARSONS, Talcott. BALES, Robert F. **Family, socialization and interaction process**. The International Library of Sociology, 1956. Disponível em: <https://api.taylorfrancis.com/content/books/mono/download?identifierName=doi&identifierValue=10.4324/9781315824307&type=googlepdf>. Acesso em 01/08/2022

PASSOS, Daniela Oliveira Ramos dos. A formação urbana e social da cidade de Belo Horizonte: hierarquização e estratificação do espaço na nova capital mineira. **Temporalidades**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p.37-52, ago. 2009. Quadrimestral.

PAULA, Luciana Gonçalves Pereira de. A dimensão técnico-operativa no trabalho de assistentes sociais. In: HORST, Claudio H. M.; ANACLETO, Talita Freire M.; GERAIS, Conselho Regional de Serviço Social de Minas (org.). **A dimensão técnica-operativa no trabalho de assistentes sociais**. Belo Horizonte: Cress Mg, 2023. 79-96p.

PEREIRA, P. A. P. A questão social e as transformações das políticas sociais:: respostas do Estado e da sociedade civil. **SER Social**, [S. l.], n. 6, p. 119–132, 2009. DOI: 10.26512/ser_social.v0i6.12852. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12852. Acesso em: 24 nov. 2023.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família**: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (icsab). expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1903-1914/>. Acesso em: 04 mar. 2023.

QUINO. **Malfada e os cremes de beleza**. Disponível em <https://br.pinterest.com/pin/598415869217853941/>. Acesso em 23jan2024.

RAGO, Luiza Margareth. **Do cabaré ao lar**: a utopia da cidade disciplinar e a resistência anarquista - brasil 1890-1930. 4. ed. Campinas: Paz e Terra, 2014.

ROCHA, Solange. FERREIRA, Verônica. Reformas do Estado e Seguridade Social: o caso da saúde. In: VILELLA, Wilza; MONTEIRO, Simone (orgs.). **Gênero e saúde**: Programa Saúde da Família em questão. São Paulo: Abrasco, Fundo de População das Nações Unidas–UNFPA, 2005, p.63-74.

SANTIAGO, Warner Kwasnicka. **O processo de inserção da odontologia no programa BH Vida entre 1999 e 2002**: Um estudo com base na visão da equipe de coordenação de Saúde Bucal e Cirurgiões-dentistas do Programa. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2004. Disponível em https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ZMRO-7HNPB5/1/disserta_o_warner_santiago.pdf. Acesso em 24set2023.

SANTOS, Josiane Soares. **Particularidades da “questão social” no Brasil: mediações para seu debate na “era” Lula da Silva**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 111, p. 430-449, jul./set. 2012
<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/jfqY4MqJPmNRqRRyFtTbZTJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 30/05/2023.

SANTOS et al. **Práticas terapêuticas no Serviço Social**: uma das expressões do (neo) conservadorismo. 2015. Disponível em <https://colquio3.files.wordpress.com/2015/03/prc3a1ticas-terapc3aauticas-no-servic3a7o-social.pdf>. Acesso em 10jan2024.

SANTOS. Nelson Rodrigues dos. O Sistema Único de Saúde pobre para os pobres, a COVID-19 e o capitalismo financeirizado. In: **Cadernos de Saúde Pública**. n38. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GGpb5kpQ6FhzLkD6k4b4Zyj/#>. Acesso em 14jul2023

SETÚBAL, Mariana. Entre o Direito e a Saúde: contribuições ao debate da judicialização da saúde para crianças e adolescentes cronicamente adoecidas. In: SILVA, Letícia Batista. RAMOS, Adriana. (Org.) **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013. p.99-117.

SILVA, Anderson Martins. OLIVEIRA, Edneia Alves de. Estado de bem estar social no Brasil: fato ou mito? In: **REBELA** - Revista Brasileira de Estudos Latino Americanos v. 10 n. 3 (2020)

SILVA, Letícia Batista; BICUDO, Valéria. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde- doença: discutindo conceitos e perspectivas. **Arca Fiocruz**, São Paulo, v. 0, n. 0, p. 115-131, jan. 2022. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/51905/Determinates%20Sociais%20-%20Let%C3%ADcia%20Silva%20-%202022.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 22 jan. 2024.

SIMIONATTO, Ivete. As abordagens marxistas sobre os fundamentos no Serviço Social. In: **Serviço Social e seus Fundamentos: Conhecimento e Crítica**. Guerra, Lewgoj, Moljo, Silva e Serpa (Org), Campinas, Papel Social, 2018.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2009

SOUSA, Charles Toniolo de. Práticas punitivas e Serviço Social: reflexões sobre o cotidiano profissional no campo sociojurídico. In: FÁVERO, Eunice. GOIS, Dalva Azevedo de. (Org.) **Serviço Social e Temas Sociojurídicos: Debates e Experiências**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014. p. 35-51.

SOUZA FILHO, Rodrigo de; GURGEL, Claudio. Gestão democrática: significado e determinações essenciais. In: SOUZA FILHO, Rodrigo de; GURGEL, Claudio. **Gestão Democrática e Serviço Social: princípios e propostas para a intervenção crítica**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2016. p. 1-453.

SOUZA, J. M. A. OLIVEIRA, M. B. Conservadorismo: ideologia e estratégia política das classes dominantes. In: **XVI ENPSS** – em tempos de radicalização do capital, lutas, resistências e Serviço Social. 2018. Disponível em <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22616/15110>. Acesso em 10/10/2021.

TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. et al (Orgs). **O coletivo de uma construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Vol. I. Belo Horizonte: Rona, 2012.

TONET, Ivo. Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Editora: Brasília : CFESS / ABEPSS, 2009. Disponível em: <https://www.poderesocial.com.br/wp-content/uploads/2017/08/1.5-Express%C3%B5es-socioculturais-da-crise-capitalista-na-atualidade-%E2%80%93-Ivo-Tonet.pdf>. Acesso em 18/08/2022.

VANALII, Ana Crhistina; OLIVEIRA, Celso Fernando Claro de. REVISITANDO UM CLÁSSICO: a família brasileira de Antonio Candido. **Revista Eletrônica Conhecimento Interativo**, Sd, v. 14, n. 1, p. 83-123, jan. 2020.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de janeiro: v. 23, n.53, p-6-19, set/dez, 1999. Disponível em https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.23%2C+N.53+-+set&pesq=&x=54&y=22. Acesso em 10/08/2023.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A/o assistente social na luta de classes: projeto profissional e mediações teórico-práticas**. 1ed. São Paulo: Cortez, 2015.

VILHENA, Cynthia Pereira de Sousa. **A família na doutrina social da Igreja e na política social do Estado Novo**. *Psicol. USP* [online]. 1992, vol.3, n.1-2, pp. 45-57. ISSN 1678-5177. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/34457/37195>. Acesso em 26/07/2023.

YAZBEK, Maria Carmelita. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos e as tendências contemporâneas no Serviço Social. In **Serviço Social e seus Fundamentos: Conhecimento e Crítica**. Guerra, Lewgoy, Moljo, Silva e Serpa (Org), Campinas, Papel Social, 2018.

APÊNDICE A – Roteiro de análise documental

Reconhecimento do conteúdo e sistematização dos dados e análise dos resultados através dos eixos:

- Conceção saúde e doença;
- Projetos apresentados com relação à Política de Saúde;
- Serviço social e as tendências em sua atuação;
- Perspectivas com relação à família e abordagem familiar.

APÊNDICE B – Roteiro das entrevistas

Roteiro para entrevista semiestruturada destinada aos profissionais assistentes sociais atuantes na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS)/Belo Horizonte

Pesquisa: Famílias e Serviço Social: tendências do trabalho profissional na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte/MG

Perfil: Assistentes sociais atuantes nos Centros de Saúde do município de Belo Horizonte

Tempo previsto: 60 minutos

Dados entrevistadora:

Entrevistadora: Isabella da Paixão Alves
Data da entrevista:

Início: Final:

Local:

Dados Entrevistada:

Nome:

Sexo/Gênero:

Idade:

Raça/cor:

Branca () Preta () Parda () Indígena () Outro ()

Data de nascimento: Escolaridade:

Ensino Superior () Especialização ()

Residência Multiprofissional () Mestrado ()

Doutorado ()

Tempo de conclusão da graduação:

() Menos de 5 anos

() Entre 6 e 10 anos

() Entre 11 e 20 anos

() Mais de 20 anos

Profissão:

Unidade de Saúde de Referência:

Há quanto tempo trabalha nesta unidade:

() Menos de 5 anos

() Entre 6 e 10 anos

- Entre 11 e 20 anos
 Mais de 20 anos

Caso trabalhe em mais de uma unidade:

Há quanto tempo trabalha nesta unidade:

- Menos de 5 anos
 Entre 6 e 10 anos
 Entre 11 e 20 anos
 Mais de 20 anos

Há quanto tempo trabalha na APS:

- Menos de 5 anos
 Entre 6 e 10 anos
 Entre 11 e 20 anos
 Mais de 20 anos

Quantas equipes de saúde da família você atende?

- Até 3 equipes
 De 4 a 6 equipes
 De 7 a 9 equipes
 Mais que 9 equipes

Qual sua carga horária de trabalho?

- 20 horas/sem
 30 horas/sem
 40 horas/sem
 Outro . Especificar: _____

I – Aquecimento/percepções sobre o fenômeno no território em que trabalha

1. Você pode me falar um pouco sobre suas percepções sobre a população que este Centro de Saúde atende? (muito elevado risco, elevado risco, médio e/ou baixo risco?)
2. Você tem algum levantamento ou percepção sobre a diversidade familiar no seu território? Quais composições familiares predominantes?
3. Percebe diferenças nas composições familiares atuais com relação à época que você começou a atuar na Atenção Primária à Saúde?
4. Em quais situações você acredita que a família seja objeto de intervenção nos atendimentos do Serviço Social? Relate um caso que você tenha atendido ou acompanhado.

II – Detecção/Reconhecimento das intervenções com famílias na Atenção Primária

à Saúde

1. Quais são as queixas/questões que as equipes de saúde da família colocam sobre as famílias quando te solicitam abordagem?
2. Você percebe/sente que algum membro da família é habitualmente mais demandado com relação às funções na família como cuidado, organização, responsabilidade?

III – Atendimento – identificação dos processos de trabalho/construção do trabalho real (cotidiano)

1. Como você percebe que a política de saúde entende o que é uma família? Como este cadastro de uma família é feito no Centro de Saúde?
2. Na sua opinião, qual o diferencial no atendimento às famílias que a Estratégia em Saúde da Família propicia?
3. Você compõe a equipe de apoio à estratégia em saúde da família. O que entende por apoio matricial?
4. Como as demandas de trabalho habitualmente chegam até você? (Caso ainda não tenha sido abordado)
5. Você acredita que os profissionais da sua equipe tem um olhar mais voltado para o indivíduo ou para a família? (Pergunta que deve ser feita no caso da profissional não relatar o caso nos itens anteriores, ou seja, explorar mais a questão)
6. Há metodologias ou protocolos/procedimentos específicos para atendimento das famílias? (Investigar referências institucionais (federal, estadual ou municipal) e teóricas que os profissionais citem.)
7. Existem, na sua percepção, instrumentos específicos de abordagem da família na Atenção Primária à Saúde? (Explorar cada atividade: acolhimento, atendimento, visita domiciliar, grupos, etc)

IV- Serviço Social na Atenção Primária de Belo Horizonte

1. Você saberia me contar um pouco sobre como foi a inserção do Assistente Social na Saúde da Família em Belo Horizonte?
2. Você conhece o documento “Orientações institucionais para atuação do(a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS-BH” (2023)?
3. Você conhece o documento do CFESS “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” de 2010?
4. Você tem contato, habitualmente, com os outros assistentes sociais que trabalham na Atenção Primária de Belo Horizonte?

V- Encaminhamentos/Trabalho intersetorial

1. Como você considera o trabalho intersetorial no atendimento e acompanhamento de famílias? Há contatos com outros serviços? Quais? (Explorar encaminhamentos para outros serviços da rede socioassistencial; explorar sobre o trabalho em rede e intersetorial)

VI- Percepções gerais

1. Como você se sente ao atender uma família?

2. (Explorar se já passou por alguma situação perigosa/preocupante/delicada)
3. Quais respostas profissionais você acredita que o Serviço Social da Atenção Primária tem conseguido construir na questão do atendimento a famílias?
4. Você considera que as políticas sociais têm conseguido promover proteção social às famílias?
5. Você já participou de formações sobre o tema? Ajudaram no trabalho cotidiano?
6. (investigar qual instituição ofereceu, se foi continuada ou não, quais temas e se foi pertinente ao trabalho)
7. Você tem lido/leu nos últimos tempos algo específico sobre Serviço Social, Saúde e/ou famílias?
8. Depois de me contar tudo isso, para você, qual a relação entre o tema família e saúde?
9. Depois de me contar tudo isso, para você, o que é família?
10. Gostaria de falar sobre mais alguma coisa relacionada a este assunto?

APÊNDICE C – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – UFJF e PBH



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "Famílias e Serviço Social: tendências do trabalho profissional na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte/MG". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é o fato de ainda existirem poucos estudos sobre o trabalho de assistentes sociais com famílias na Política de Saúde. Nesta pesquisa pretendemos analisar o trabalho com famílias desenvolvido por assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte afim de identificar as tendências que se apresentam no exercício profissional. Aliado aos seguintes objetivos específicos: 1. Analisar o lugar da família no sistema do capital e sua relação com a política social de saúde. 2. Analisar as contradições que atravessam o exercício profissional de assistentes sociais no trabalho com famílias na APS de BH. 3. Identificar as tendências de trabalho com famílias na APS a partir do exercício profissional de assistentes sociais.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: realizar entrevistas face a face, por meio de questionário semi-estruturado com perguntas fechadas e abertas. Esta pesquisa possui gradação considerada de risco mínimo, pois não promove nenhuma alteração intencional em aspectos fisiológicos e psicossociais aos participantes, contudo, como toda pesquisa com seres humanos, consideram-se alguns riscos, como estresse, desconforto, constrangimento, dentre outros. Assim, no decorrer da pesquisa, caso exista algum desconforto será facultado ao entrevistado (a) o direito de encerrar o procedimento. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, prioriza-se um espaço reservado, como uma sala de atendimento, visando garantir o conforto, sigilo e o anonimato dos/as participantes. Em nenhum momento haverá identificação no questionário. Os resultados da pesquisa, quando concluídos, poderão ser acessados pelas entrevistadas. O termo de concordância será lido juntamente com os/as participantes. Como forma de minimizar qualquer tipo de contágio ou propagação do Corona Vírus, utilizaremos as medidas de proteção durante toda a entrevista, caso seja necessário. Desta forma, tanto a pesquisadora quanto a entrevistada utilizarão máscara de proteção, que será fornecida à entrevistada caso ela não tenha a própria, manter a distância mínima recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), utilizarmos álcool 70° para higienização das mãos, que será disponibilizado pela pesquisadora.

A pesquisa visa contribuir para a produção de conhecimento na área acadêmica e servir de subsídio para ações, políticas e programas ligados ao exercício profissional de assistentes sociais na saúde e ao trabalho com famílias, pilar da Atenção Primária à Saúde. Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. Ademais os dados da pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora pelo período de cinco anos e os participantes poderão ser indenizados caso lhes sobrevenha algum dano decorrente de sua participação nesta pesquisa. Este dano, por ser imprevisível, só poderá ser mensurado para indenização, caso ocorra. Os contatos da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa podem ser consultados no fim deste texto, ao final da página.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20__

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Isabella da Paixão Alves
Campus Universitário da UFJF
Faculdade/Departamento/Instituto: Programa de Pós Graduação em Serviço Social
CEP: 36036-900
Fone: 31 99353-1007
E-mail: isabellapaixaovalves@gmail.com
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora: cep.propp@ufjf.br

Rubrica do Participante de Pesquisa ou responsável: _____

Rubrica do pesquisador: _____

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do Brasil. **Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:**

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
 Campus Universitário da UFJF / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
 CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.br



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE
(na modalidade impressa ou adaptado ao formulário do *Google Forms*)

N.º Registro CEP: CAAE 70780823.3001.5140

Título do Projeto: **Famílias e Serviço Social:** tendências do trabalho profissional na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte/MG

Prezado Sr(a),

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que estudará o trabalho com famílias desenvolvido por assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte afim de identificar as tendências que se apresentam no exercício profissional.

Você foi selecionado(a) porque é um/a assistente social que atua na Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte/MG.

A sua participação nesse estudo consiste em responder a uma entrevista face a face, por meio de questionário semi-estruturado com perguntas fechadas e abertas, onde a previsão são de 23 participantes, sendo você um(a) deles(as).

Os riscos (e/ou desconfortos) envolvidos nesse estudo são: esta pesquisa possui gradação considerada de risco mínimo, pois não promove nenhuma alteração intencional em aspectos fisiológicos e psicossociais aos participantes, contudo, como toda pesquisa com seres humanos, consideram-se alguns riscos, como estresse, desconforto, constrangimento, dentre outros. Assim, no decorrer da pesquisa, caso exista algum desconforto será facultado ao entrevistado (a) o direito de encerrar o procedimento.

Sua participação é muito importante e voluntária e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar desse estudo. Em contrapartida, você também não terá nenhum gasto.

As informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as fases da pesquisa, e quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar ou a responder as questões a qualquer momento, em qualquer fase da pesquisa não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

Rubrica do pesquisador _____

Rubrica do Participante _____

Isabella P.



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável Isabella da Paixão Alves pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído de forma que não seja possível a leitura ou visualização, através do uso de máquina fragmentadora de papel para dados impressos, e através de exclusão permanente para arquivos em meio digital.

Os resultados dessa pesquisa servirão para conhecer melhor a realidade do trabalho profissional do assistente social na Atenção Primária à Saúde e suas repercussões para as famílias atendidas, beneficiando, ainda que indiretamente, os participantes por se tratar de um acúmulo teórico sobre a prática profissional. Desta forma, os resultados da pesquisa estarão disponíveis na dissertação de mestrado da pesquisadora que disponibilizará sua publicação através do email dos participantes.

Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será dada a assistência imediata através do contato da pesquisadora. Os participantes poderão ser indenizados caso lhes sobrevenha algum dano decorrente de sua participação nesta pesquisa. Este dano, por ser imprevisível, só poderá ser mensurado para indenização, caso ocorra. Os contatos da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa podem ser consultados no fim deste texto.

Será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil, e analisado o direito à indenização.

Você deve guardar uma cópia deste termo onde constam os dados de contato do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. A cópia do TCLE, devidamente assinada, será entregue ao participante, após sua leitura, pessoalmente no momento da entrevista.

Pesquisador responsável: Isabella da Paixão Alves, 31 99353-1007, isbellapaixoaalves@gmail.com

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da

- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone (31) 3277 5903, no endereço: Rua Frederico Bracher Júnior nº 103/sala 302, das 13:30 às 17:30 hs, ou pelo e-mail coep@pbh.gov.br.

- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora: cep.propp@ufjf.br

Campus Universitário da UFJF

Faculdade/Departamento/Instituto: Programa de Pós Graduação em Serviço Social
Campus Universitário, Rua José Lourenço Kelmer, s/n - São Pedro, Juiz de Fora - MG
CEP: 36036-900

Rubrica do pesquisador _____

Rubrica do Participante _____

Isabella P.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

O Comitê de Ética em Pesquisa é uma autoridade local e porta de entrada para os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, e tem como objetivo defender os direitos e interesses dos participantes em sua integridade e dignidade, contribuindo também para o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

(**) Para as pesquisas que envolvem identificação do participante por meio de áudio e/ou vídeo, é necessário adicionar as seguintes opções:

autorizo gravação em áudio autorizo gravação em vídeo não autorizo gravação

Ao selecionar o botão abaixo, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa de acordo com as informações registradas neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

Declaro que li e concordo em participar desta pesquisa.

Eu, Isabella da Paixão Alves, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço a sua colaboração e sua confiança.

Assinatura do(a) participante (a)

Data

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Data

Rua Frederico Bracher Júnior, 103, 3º andar - Padre Eustáquio | Belo Horizonte - MG | pbh.gov.br/saude

Isabella P.