**Representações Sociais de trabalhadores da Saúde da
Família sobre família como unidade do cuidado e
controle social, no âmbito dos Conselhos Gestores,
Zona Leste da Cidade de São Paulo**

Carla Roberta Ferraz Rodrigues

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do título Doutor em Saúde
Pública.**

**Área de concentração: Serviços de Saúde
Pública**

Orientadora: Profa. Associada Fabíola Zioni

**São Paulo
2009**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Dedicatória

Ao Marcos e Manoela, meus amores, pela aceitação das minhas inúmeras ausências, tolerância com as minhas ansiedades e por redimensionarem a minha vida.

Agradecimentos

À Fabíola Zioni, por sempre acreditar em mim, pelo estímulo, pela solidariedade e sensibilidade com as minhas angústias e tempos. Agradeço imensamente por todos esses anos de convívio, pelo humor e pela competência indiscutível.

À minha mãe, Lúcia, maior incentivadora das minhas conquistas, quaisquer que sejam elas.

À minha família em Recife, pelo lastro que representa.

À minha família de São Paulo, em especial Nazareth e Lúcio, pelo suporte, cuidado e disponibilidade.

À Faculdade Santa Marcelina, nas pessoas do Prof. Drº Paulo Cobellis Gomes, Profº Drº Gilberto Tadeu Reis da Silva e Ir. Luiza Vans, pelos exemplos, pela responsabilidade que me confiaram, incentivo, valorização profissional e por representarem a oportunidade de transformar ideais em práticas concretas.

À Faculdade de Saúde Pública, pela extrema importância que agregou ao meu crescimento profissional.

Aos amigos e docentes da Faculdade Santa Marcelina, companheiros, parceiros indispensáveis ao bem viver, em especial : Júlia, querida amiga de tantos anos; Zenaide, pela sua lucidez; Bernadete pelo seu ímpeto; Rosana, sua doçura; Simone, pela ingenuidade; Dany, pelos papos sem fim, Gi e Lucimara, pelas conversas, aprendizados e risadas de bastidores; Raquel, pela sagacidade; Constantino, Cileide, Beth....

À Irani, pelo apoio logístico, amizade, disponibilidade.

À todos que de algum modo participaram da construção dessa pesquisa, em especial, aos sujeitos que emprestaram sua voz e tão gentilmente cederam seu escasso tempo.

RESUMO

Rodrigues, C. R. F. Representações Sociais de trabalhadores da Saúde da Família sobre família como unidade do cuidado e controle social, por meio dos Conselhos Gestores, zona leste da cidade de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

A Estratégia Saúde da Família tem sido entendida e disseminada como a principal política pública destinada a estruturar atenção básica em saúde. Está presente em mais de 80% dos municípios brasileiros, representando uma importante capilaridade e uma tendência perene. Tem, na concepção do seu processo de trabalho, dois objetivos centralmente valorizados: a família como unidade do cuidado e o incentivo à participação da comunidade no controle social do Sistema Único de Saúde, que comportam, ao menos teoricamente, um grande potencial para democratizar as relações entre serviços de saúde e população e para promover melhores resultados na qualidade da assistência. Entendendo que, apesar das decisões políticas e orientações institucionais, é na dinâmica do funcionamento dos serviços que concretamente se estabelece a relação governo-população, onde se realiza efetivamente o “direito, ou não, à saúde”; os trabalhadores representam, medeiam e dão forma a tais direitos à população, configurando-se como atores fundamentais para efetivação de qualquer proposta ou projeto. Nesse sentido, entender essas dimensões, do ponto de vista dos seus trabalhadores, pode revelar concepções, impasses e intencionalidades, pessoais e coletivas sobre as dimensões citadas acima, assim como, reproduzir, mesmo que indiretamente, as diretrizes institucionais e políticas propostas para tais práticas. As Representações Sociais (RS) constituem material simbólico, fruto da cultura, imaginário e subjetividade atinentes aos indivíduos e grupos. As práticas no agir cotidiano dos serviços de saúde resultam da complexa interação entre a dimensão da RS e das condições necessárias à sua implementação. Desse modo, analisamos as RS de trabalhadores da Saúde da Família acerca da família

como unidade do cuidado e do controle social por meio dos Conselhos gestores dos serviços de saúde. Desenvolvemos um estudo de Caso em Unidades da Zona leste da Cidade de São Paulo com os trabalhadores de equipes de Saúde da Família dos seis distritos administrativos que a compõem. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, trabalhados segundo a análise de conteúdo e interpretados à luz da Teoria das RS. Quanto à família como unidade do cuidado, as RS revelaram pouca clareza em como conduzir essa prática do ponto de vista conceitual e instrumental, evidenciando-se a necessidade de reconstruir o discurso da cuidado familiar em Saúde da Família, efetivamente (re)conduzindo-o ao que se propõe, construindo uma práxis criadora, para assim, investigar-lhe a viabilidade, alcance e o potencial, tirando-o do campo das ideias/propostas, trazendo-lhe para o campo da vida cotidiana. Quanto ao controle social, o alcance da prática, operacionalizada no cotidiano das Unidades de Saúde, depende da incorporação progressiva e simultânea de uma cultura de participação e da efetivação de uma prática cidadã, rompendo tendências cristalizadas e superando fatores limitantes, o que não se dará “naturalmente” mas, pelo investimento na formação e na capacitação de trabalhadores sob a ótica da saúde como um direito.

Descritores: controle social, conselho Gestor, família, saúde da família, cuidado familiar.

SUMMARY

Rodrigues, C. R. F. Social Representations of the Family Health workers on family as the unit of care and social control, through management of the Councils, the eastern city of São Paulo [PhD thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2009

The Family Health Strategy has been understood and disseminated as the main public policy to build basic health care. Is present in more than 80% of Brazilian municipalities, represented a major capillary and a perennial. Has, in the design of their work process, two goals centrally valued: the family as the unit of care and encouragement of community participation in social control of the Unified Health System, which include, at least theoretically, a great potential to democratize the relations between health services and population and to promote better results in the quality of care. Considering that in spite of political decisions and institutional guidelines, is in the dynamics of the functioning of services that are specifically establishes the government-people relationship, which effectively makes the "right or not, health" workers represent, mediate and provide to such rights to the population, setting themselves as key actors for execution of any proposal or project. In this sense, understanding the dimensions, in terms of its employees, may reveal designs, deadlocks and intentionally, personal and collective dimensions of the above, as well as play, even if indirectly, the proposed policy and institutional guidelines for such practices . The Social Representations (SR) are symbolic material, fruit culture, imagination and subjectivity pertaining to individuals and groups. Acting in everyday practice of health services resulting from the complex interaction between the size of the RS and the conditions necessary for its implementation. Thus, we analyzed the SR of the Family Health workers about the family as the unit of care and of social control through the Councils management of health services. We develop a case study in units of the area east of the City of São

Paulo with the workers of the Family Health teams from the six administrative districts that comprise it. Data were collected through semi-interviews, worked according to the content analysis and interpreted in light of the theory of SR. As the family as the unit of care, the SR showed little clarity on how to lead the practice from a conceptual and instrumental, highlighting the need to reconstruct the discourse of family care in Family Health, effectively (re)-the leading to what is proposed, building a creative practice, so, you investigate the feasibility, scope and potential, making it the field of ideas / proposals, bringing him to the field of everyday life. As for social control, the scope of practice, operationalized in the daily lives of health units, depends on the gradual and simultaneous incorporation of a culture of participation and effectiveness of a practice citizen, breaking trends crystallized and overcoming limiting factors, what is it not "naturally", but the investment in education and training of workers from the perspective of health as a right.

Keywords: social control, council manager, families, family health, family care.

APRESENTAÇÃO

O produto decorrente da Pesquisa de Doutorado intitulada: Representações Sociais de trabalhadores da Saúde da Família sobre Família como Unidade do Cuidado e Controle Social, por meio dos Conselhos Gestores, Zona Leste da Cidade de São Paulo, assume um formato inovador e não convencional. A partir da publicação da Resolução da CPG, sessão 9ª de 05/06/2008 que passa a admitir “outro formato” de apresentação de teses e dissertações, assumimos o desafio de realizá-lo, cientes dos riscos resultantes do ineditismo do modelo na experiência de Faculdade de Saúde Pública.

Desse modo, esta tese será apresentada por meio de três manuscritos, um que condensa a pesquisa como um todo para preservar a unicidade e o caráter processual do estudo e dois submetidos em revistas científicas.

Assim, o primeiro manuscrito, intitulado: Representações Sociais de trabalhadores da Saúde da Família sobre Família como Unidade do Cuidado e Controle Social, por meio dos Conselhos Gestores, Zona Leste da Cidade de São Paulo, tem o formato tradicional sendo objeto de uma futura releitura para originar um manuscrito a ser submetido para a Revista Ciência e Saúde Coletiva.

O segundo manuscrito submetido à Revista Interface na condição de trabalho inédito, intitulado: Família como foco na atenção à saúde: perspectiva da Saúde da Família está aguardando avaliação.

O Terceiro manuscrito submetido à Revista ACTA Paulista, intitulado: Controle social e os Conselhos gestores de Unidades da Saúde da Família da Zona Leste da Cidade de São Paulo: Representações Sociais de seus trabalhadores permanece aguardando avaliação.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA/ JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	10
1.2 DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA AO PACTO DA ATENÇÃO BÁSICA: TRILHAS	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
2.1 FAMÍLIAS:.....	20
2.1.1 Considerações histórico-sociais	20
2.1.2 A Família no Brasil:	27
2.1.3 Família e saúde: cenário das políticas e ações em saúde	32
2.1.4 Família e cuidado em saúde	36
2.2 CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE.....	44
2.3 Representações Sociais: Referencial teórico-metodológico	50
3 OBJETIVOS.....	53
3.1 OBJETIVO GERAL	53
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	53
4 DESENHO METODOLÓGICO.....	54
4.1 CENÁRIO	56
4.1.1 A cidade de São Paulo – Contexto geral.....	56
4.1.2 Saúde da Família na Cidade de São Paulo – contexto empírico da investigação	58
4.1.3 Região Leste da Cidade de São Paulo: O recorte.....	60
4.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	63
4.2.1 Apresentação dos resultados e discussão	63
4.2.1.1 Análise Temática das Representações sobre Família como unidade do Cuidado	63
4.2.1.2 Análise temática das Representações Sociais sobre Controle Social	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
6 REFERÊNCIAS	99
ANEXOS	109
Anexo 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	109

Anexo 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	111
Anexo 3 – MANUSCRITO 2: Família como foco na atenção à saúde: perspectiva da Saúde da Família	112
Anexo 4 – MANUSCRITO 3: Controle social e os Conselhos gestores de Unidades da Saúde da Família da Zona Leste da Cidade de São Paulo: Representações Sociais de seus trabalhadores	140
CURRICULUM LATTES	159

1. INTRODUÇÃO

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA/ JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Recuperando um pouco do passado...

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido objeto permanente do meu interesse desde o início da sua implantação, no começo dos anos 90. Ao longo desse percurso, acompanhei as primeiras iniciativas do então Programa de Saúde da Família (PSF) em Municípios de pequeno porte do Nordeste, por meio de um programa de Residência Multiprofissional no qual, como residente, conheci e acompanhei a prática da gestão de uma dessas experiências. Durante um ano, pude participar ativamente da implementação do PSF nesse Município e no decorrer do processo, fui elaborando impressões e aguçando inquietações sobre o Programa, principalmente quanto ao caráter da participação e envolvimento popular previsto pela proposta, que se traduzia, após inserção na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, na dissertação de Mestrado, intitulada Participação e Atenção Primária em Saúde: Programa de Saúde da Família em Camaragibe - PE, apresentada em dezembro de 1998.

Nos anos seguintes, mantive a atenção voltada para a rápida expansão do PSF em todo Brasil e atuei como enfermeira em uma Unidade de Saúde da Família na cidade de São Paulo, onde pude vivenciar os conflitos, contradições e êxitos dessa prática, em outro cenário, a periferia da maior cidade do País.

Essa trajetória pessoal e profissional foi sempre permeada por sentimentos contraditórios, ora refletidos em certa euforia, diante dos ganhos propiciados pelo PSF, ora envoltos em desânimo, diante das mesmices e limitações de uma prática que poderia fazer diferença às pessoas e a estrutura dos tradicionais serviços de saúde pública.

Em seguida, afasto-me da prática da ESF e passo a exercer a docência do ensino superior em enfermagem dentro da área de saúde coletiva. Implicada no desafio de despertar os graduandos para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), a rede de Saúde da Família (SF) instalada na região circunvizinha à Instituição de Ensino, localizada na Zona Leste do Município de São Paulo, possibilitou uma aproximação teórica aos princípios do SUS e a uma prática concreta, que, apesar das dificuldades apontadas e percebidas, demonstrou algumas vivências comprometidas e articuladas socialmente.

Instigada por essas vivências, fruto de diferentes inserções teórico-práticas em diferentes momentos pessoais e políticos, diferentes locais e contextos culturais; mais uma vez debruço-me sobre ela (SF), agora, por meio de um trabalho de Doutorado, tendo como ponto de partida tais reflexões e vivências, desafiadoras e frustrantes no sentido de tentar desenvolver uma prática mais solidária para com o outro, e questionadoras em relação ao alcance e entraves que se expressam no cotidiano da Saúde da Família.

A dinâmica da intrincada rede que se estabelece entre serviços, profissionais de saúde e população, no embate entre diferentes saberes, intencionalidades e necessidades vai constituindo as práticas e a conformação real das estratégias políticas. Entendendo que nesse processo os profissionais de saúde representam elemento fundamental para efetivação e caráter do que é proposto institucionalmente, sem subestimar a participação dos outros atores, a sua atuação pode conduzir os projetos para caminhos distintos e alheios ao preconizado ou pode valorizá-los e fortalecê-los, mesmo diante de dificuldades e cenários pouco favoráveis.

As Representações Sociais (RS) constituem material simbólico, fruto da cultura, imaginário e subjetividade atinentes aos indivíduos e grupos. As práticas no agir cotidiano dos serviços de saúde resultam da complexa

interação entre a dimensão da RS e das condições necessárias a sua implementação (Luz, Pinheiro, 2006). É importante lembrar que, apesar da relevância, as RS dos profissionais envolvidos em determinada ação correspondem a aspectos, de modo geral, invisíveis aos olhos da racionalidade da formulação dos projetos e programas, sobretudo os que representam grande abrangência de objetivos e normatização de ações, mesmo em diferentes realidades.

Sendo assim, por meio do presente trabalho, pretende-se investigar um pequeno retalho dessa realidade, o das Representações Sociais de profissionais da Saúde da Família da cidade de São Paulo. Considera-se que a SF tem, na concepção do seu processo de trabalho, dois objetivos centralmente valorizados: a família como unidade do cuidado e o incentivo à participação da comunidade no controle social do Sistema Único de Saúde, que comportam, ao menos teoricamente, um grande potencial para democratizar as relações entre serviços de saúde e população e para promover melhores resultados na qualidade da assistência. Analisar essas dimensões, do ponto de vista dos seus trabalhadores, pode revelar concepções, impasses e intencionalidades, pessoais e coletivas sobre a realidade dessas práticas, assim como, reproduzir, mesmo que indiretamente, as diretrizes institucionais e políticas propostas para tais práticas.

Enfim, trata-se de apreender as RS presentes nesse contexto, a SF, levando em consideração a complexidade da sua constituição e a relevância como elemento explicativo para as temáticas do estudo.

O estudo então pode, por via dessa experiência, inscrevendo-a na discussão da responsabilidade do Setor Saúde/SUS em construir práticas integrais, solidárias e emancipatórias, analisar aspectos importantes para o debate da ESF na atualidade. Momento em que diversos esforços estão sendo empreendidos, sobretudo com discussão e aprovação da Política

Nacional da Atenção Básica, traduzida no Pacto pela Saúde, pelas três esferas de governo, em fevereiro de 2006. Essa representação composta pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS assumiu o compromisso público de cumprir uma agenda articulada e integrada, em que a definição de prioridades está consubstanciada no Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em defesa do SUS. No Pacto pela Vida, definiu-se como um dos compromissos prioritários: “consolidar e qualificar a ESF como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS”. (BRASIL, 2006a)

Em suma, existe empenho político-institucional em todos os âmbitos, uma enorme rede de SF instalada e com expansão assegurada. A sua magnitude e capilaridade é inquestionável, e a estratégia que completou dez anos em São Paulo merece ser analisada pelos seus diferentes ângulos, com vistas à reflexão crítica do que está posto e por vir.

Para compreensão da dimensão das Representações Sociais de trabalhadores inseridos em Equipes de Saúde da Família da cidade de São Paulo, este trabalho propõe situar a construção da Saúde da Família em meio ao panorama da estruturação do SUS e a sua trajetória na cidade de São Paulo com intenção de analisar, por meio dessa experiência, a possibilidade do desenvolvimento de uma prática integral, solidária e emancipatória.

1.2 DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA AO PACTO DA ATENÇÃO BÁSICA: TRILHAS

A política de saúde dos anos 90 no Brasil foi fortemente marcada pela implantação progressiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e em decorrência da operacionalização das suas diretrizes organizativas, como a descentralização das ações e serviços em saúde, a definição do modelo de

atenção à saúde passou a ser uma demanda dos secretários Municipais de Saúde, principalmente pela necessidade de apoio financeiro para efetuar as mudanças na forma de operação da rede básica, que passa a ser de sua responsabilidade. (VIANA e DAL POZ, 2005)

Em parte como resposta a essa demanda, o Programa de Saúde da Família (PSF) é idealizado nesse período, no âmbito da Fundação Nacional de Saúde e em 1994, o Ministério da Saúde anunciou oficialmente a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) como instrumento para organização da rede de atenção primária do SUS, estabelecendo critérios e condições institucionais para sua implantação. Nessa primeira versão, o PSF é definido como um modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes de saúde, responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária¹. Em sua proposta, entre outros aspectos, o PSF tem como objetivos:

- No âmbito da assistência, a equipe do PSF deve prestar atenção integral e contínua a todos os membros de cada família, independente de faixa etária, sexo e estado de saúde.
- Incentivar o Controle Social do PSF por meio dos Conselhos de saúde e pelas comunidades atendidas. (BRASIL, 1994)

A partir do marco inicial, vários outros documentos foram sendo produzidos e em 1997 e 1998, novas publicações do Ministério da Saúde reforçam as determinações do documento anterior e passam a considerar o PSF não mais como um programa, na tradição corrente do Ministério da Saúde, mas como uma estratégia para a “reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo

¹ Primeiro documento publicado pelo Ministério da saúde, sobre o PSF, intitulado: Programa de Saúde da Família. Saúde dentro de casa. Brasília (DF), 1994.

tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital, resgatando os princípios do SUS, visando melhorar e ampliar o atendimento à população. (BRASIL,1997)

Em suma, o PSF foi elaborado pelo Ministério da Saúde, estimulado pela representação do CONASEMS no início da década de 90, composto oficialmente pelo ideário acima, como possibilidade de colocar a lei em prática, pela sua suposta coerência com os princípios do SUS. Aos poucos foi ganhando adesão e aceitabilidade pelos Municípios e o seu crescimento em grande escala pode ser atribuído ao fato de ser entendido por alguns setores como um avanço na operacionalização do SUS. Além disso, também contribuiu para essa adesão a política explícita de estímulos e incentivos financeiros do Ministério da Saúde, segundo a parcela variável do Piso da Atenção Básica para sua implantação. (BRASIL,1996)

Percebe-se também que nos últimos anos, diversos esforços estão sendo empreendidos, sobretudo com discussão e aprovação da Política Nacional da Atenção Básica, traduzida no Pacto pela Saúde, conjugado pelas três esferas de governo, em fevereiro de 2006. Essa representação composta pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS assumiu o compromisso público de cumprir uma agenda articulada e integrada, em que a definição de prioridades está consubstanciada no Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em defesa do SUS. O Pacto pela Vida definiu como compromisso prioritário: “consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde.” (BRASIL, 2006a).

Inicialmente implantado em áreas de risco social, definidas pelo mapa da fome, elaborado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) em 1993, (PELLIANO, 1993) em geral, localizadas em municípios de pequeno porte, o PSF foi progressivamente sendo expandido para além

dessas fronteiras, sendo implantado em Municípios de médio porte, como também, em grandes centros urbanos, sobretudo ao final da década de 90.

Atualmente, o país tem 92,1% dos seus Municípios com Equipes de saúde da Família, totalizando uma cobertura populacional de 46%, o que corresponde a cerca de 87 milhões de pessoas assistidas pela Saúde da Família. (BRASIL, 2008a). Apresenta ainda baixa cobertura populacional em Municípios de grande e médio porte e um caráter paralelo à estrutura tradicional de oferta de serviços de saúde instalada. Os Municípios com mais de 500 mil habitantes registram cobertura média de 28% da população enquanto os Municípios com até 20 mil habitantes alcançam cobertura de 85%.

Contudo, representa um enorme contingente populacional, diariamente assistido pelas equipes de saúde da família, cuja prática expressa a mediação entre as orientações normativas do modelo, condições efetivamente ofertadas para o desenvolvimento das ações e a subjetividade individual e coletiva que permeia o cotidiano.

Na Saúde da Família, dentre as suas prioridades, as referências sobre a família como unidade do cuidado em saúde e o incentivo ao controle social têm sido nominais e bastante genéricas nos documentos oficiais, embora o controle social tenha mecanismos legais e instâncias formalizadas para sua implementação. A apropriação dessas estratégias pelos profissionais tem se dado de forma incipiente e experimental em grande parte dos serviços.

A capacitação desses profissionais se dá em serviço, normalmente em cursos breves de sensibilização ou de especialização. As dinâmicas que se implementam a partir daí sofrem configurações diversas, em parte pelas características locais, iniciativas, valores, motivações individuais e coletivas,

e em parte pelas exigências e condições efetivamente ofertadas institucionalmente.

Estudos que abordem a dimensão das Representações Sociais elaboradas pelos profissionais de Saúde da Família, quanto ao controle social, no âmbito dos Conselhos Gestores e a Família como unidade do cuidado em saúde na SF, foram pouco representativos na literatura nacional recente, tendo em vista busca bibliográfica nas principais bases de dados nacionais disponíveis como LILACS e SCIELO, representando uma lacuna importante para o entendimento de tais propósitos e práticas.

Sendo assim, o ponto do nosso interesse refere-se às Representações de trabalhadores da SF sobre a abordagem familiar em saúde e o controle social no cenário da estratégia SF no Município de São Paulo, importante experiência para o Brasil, pela sua magnitude quantitativa, apesar da cobertura populacional pouco expressiva, o grande contingente populacional que representa e suas extremas diferenças e complexidade o fazem concentrar diversas realidades e muitos Brasis, tornando-o significativo em termos de visibilidade nacional.

Nesse sentido, tentaremos traçar a caracterização da proposta da SF na cidade de São Paulo, salientando-se a dimensão da abordagem familiar e do controle social na SF, do ponto de vista dos seus trabalhadores. Consideramos que as dimensões problematizadas neste estudo – família como unidade do cuidado e controle social - comportam espaços para o exercício da solidariedade e do comprometimento.

Tais dimensões, aparentemente, as menos obstruídas pelas determinações e normatizações da SF, podem engendrar, por meio da “solidariedade”, as energias emancipatórias cooptadas no discurso da modernidade.

Assim, as Representações Sociais de trabalhadores da SF sobre abordagem familiar e controle social poderiam refletir não somente as crenças, entendimentos e práticas individuais e de conjuntos de trabalhadores que estão na linha de frente do cotidiano dos serviços, no embate diário entre o ideal e o possível na configuração de suas práticas, como também, reproduzir as intencionalidades e objetivos do poder público em relação ao encaminhamento e condições efetivamente ofertadas para tais propostas.

Consideramos como motivação algumas importantes inovações introduzidas a partir da SF, principalmente no que diz respeito ao novo padrão de relações que se estabelece entre usuários dos serviços e profissionais, evidenciadas em alguns estudos e que, ao nosso ver, podem representar o reconhecimento necessário à conformação de práticas que superem os limites pontuais dos problemas em saúde e que possam potencialmente trabalhar o cuidado das famílias e o incentivo à participação social.

Algumas evidências apontam que a SF pode melhorar o acesso aos serviços de saúde, formar vínculos e desenvolver a responsabilização dos serviços com seus usuários, contemplando a identificação de dificuldades específicas dos indivíduos e famílias, levando à efetivação de ações voltadas para essas necessidades. (VASCONCELOS, 1999, 2001; SENNA 2002a, 2002b; ELIAS e BOUSQUAT et al., 2004)

O Controle Social, entendido como os mecanismos e instâncias previstas em lei, que garantem a presença do usuário em parceria com os trabalhadores da saúde e gestores, em processos de formulação, planejamento e gestão dos serviços de saúde, exercido no âmbito dos Conselhos Gestores constituídos em todas as Unidades de Saúde da Família, poderiam ser importantes espaços de discussão, entendimentos e de democratização das relações entre os seus participantes.

Considerando toda a potencialidade desses fóruns e que os saberes técnicos devem ser conhecidos e compartilhados entre profissionais e usuários para que objetivamente possa ser exercido o “controle” sobre práticas e políticas de saúde, entendemos que o controle social é acima de tudo partilhar poder. Assim, conhecer as representações que os profissionais do PSF elaboram sobre controle social pode levar ao entendimento de parte do processo político-pedagógico que engendra as práticas existentes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 FAMÍLIAS

2.1.1 Considerações histórico-sociais

Os estudos sobre família configuram-se como temas que demandam uma gama de instrumentos advindos de diversos campos do saber (históricos, sociais, filosóficos, psicológicos, religiosos, entre outros) e que por isso mesmo, situam-se dentro de um campo interdisciplinar e complexo. Qualquer abordagem ao tema será sempre um recorte dentre tantos possíveis, visto que mesmo em campos disciplinares similares os entendimentos podem ser muito diversos. Soma-se a esse panorama, o fato de que o tema família, tão próximo da experiência cotidiana (real ou simbólica) dos seres humanos no decorrer da sua história, em que todos têm algo a dizer ou recomendar, adquire um caráter altamente ideologizado e polemizado. (LEVI-STRAUSS, 1986)

Tendo em vista o objetivo de pensar a família como foco na atenção à saúde, no âmbito da Saúde da Família - política pública do setor voltada para a estruturação da Atenção Básica iniciada em 1994 - assume-se o recorte histórico-social como possibilidade de conhecer e interpretar a família em seu movimento ao longo do tempo, sobretudo porque essa vertente agregou modelos conceituais pertinentes à antropologia e psicologia, contemplando parte da complexidade dessa instituição denominada de família. (SAMARA, 1987)

Engels (1984), em *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*, sustenta que a família, com o formato que encontramos hoje no mundo ocidental cristão, surge com a revolução burguesa, baseada no poder do homem no interior da família, cuja principal finalidade seria a da

procriação e da educação dos filhos. Segundo o autor, tendo como referencial a obra do historiador Lewis Henry Morgan, foi com o declínio da estrutura familiar primitiva que a sociedade moderna foi se formando.

Até o fim da idade Média, os modelos de vida familiar eram marcados pela inexistência de linhas demarcatórias importantes do espaço privado, havendo uma mescla cotidiana da vida pública e privada favorecedora da sociabilidade e da criação de redes de solidariedade. (RIBEIRO, 2004)

Conforme Ariès (1981), até o Século XV, os indivíduos e famílias encontravam-se enquadrados em solidariedades coletivas, feudais e comunitárias, em um mundo que não era privado nem público, no sentido dado na época moderna. As pessoas nasciam em uma comunidade formada por pais, vizinhos, amigos que se relacionavam segundo o princípio da solidariedade.

A densidade social não deixava lugar para a família. Não que a família não existisse com realidade vivida, mas ela não existia como sentimento ou valor. (ENGELS, 1984.p. 19)

Assim, classicamente, nos períodos históricos pré-modernos no mundo ocidental, a família constituía um estado social, no qual inúmeros casais coexistiam com seus filhos no seio de um lar comunitário. Esses lares, cuja direção era garantida pelas mulheres, tinham existência e responsabilidades coletivas, portanto, dadas as configurações dessas famílias comunitárias, não havia, conseqüentemente, responsabilidades delimitadas entre pais e filhos. (SANTOS e ADORNO, 2002)

Durante a segunda metade do século XIX e parte do Século XX, sob influência do evolucionismo biológico, etnólogos postularam que as famílias da atualidade eram mais complexas e mais evoluídas e desse modo viram que entre os povos primitivos e bárbaros, não se podia conceber formas

mais estruturadas de vida social (família) que pertenciam unicamente ao mundo civilizado. Por outro lado, a moderna antropologia passou a admitir em lugar de uma única evolução universal da família, várias formas de famílias geográficas e socialmente definidas, que foram constituindo-se independentes umas das outras. (ADORNO e HORKHEIMER, 1973). A família conjugal é observada em diferentes sociedades, tanto as mais evoluídas quanto as mais primitivas e rudimentares, admitindo a diversidade de composições, ou seja, a família tal como é conhecida contemporaneamente é um fenômeno universal, presente em todos os tipos de sociedades. (LEVI-STRAUSS, 1986)

Poster (1978), em sua obra "Teoria crítica da Família", afirma que a história da família é descontínua, não-linear e não-homogênea. Para o autor, existem padrões familiares distintos, com as suas próprias histórias e suas próprias explicações, ampliando os olhares para além de visões dogmáticas e totalizantes; há que se entender que o assunto cada vez mais amplia-se e torna-se complexo.

Desse modo, reportando-se a Poster (1978), é importante afirmar que as conjunturas, especificidades e estruturas sociais vigentes historicamente conduziram as famílias a uma direção ou outra sem, no entanto, correlacioná-las, de forma reducionista a uma única variável.

O autor ilustra a sua tese partindo da afirmação de que as famílias camponesas europeias dos séculos XV e XVI tinham traços em comum com a aristocracia dos Séculos XVI e XVII. Nas famílias camponesas, a unidade básica não era a família conjugal, mas a aldeia. Casamentos, relações entre homens e mulheres e entre pais e filhos eram compartilhadas por todos, pois a privacidade não se constituía como valor central. A autoridade e o amor estavam repartidos por uma ampla rede de parentes e aldeões. Nas famílias aristocráticas, atribuíam-se pouco valor à privacidade, cuidados maternos e ao amor romântico. A vida e o cuidado das crianças não gravitavam em torno

dos pais, mas estavam diluídos em uma gama de figuras adultas. As famílias trabalhadoras do início da revolução industrial não podiam ser vistas como um “ninho de domesticidade”. Crianças e jovens trabalhavam nas fábricas e as mulheres, além de realizar os afazeres domésticos, também trabalhavam nas fábricas.

Ariès (1981) corrobora a teoria de Pôster, registrando que já no século XIX, na Europa, a população mais pobre ainda vivia como as famílias medievais, com as crianças afastadas da casa dos pais.

Com o surgimento da escola, da privacidade, da manutenção das crianças junto aos pais e do sentimento de família valorizado pelas instituições (principalmente a Igreja) em meados do Século XVII, começa a se delinear a família nuclear burguesa (SZYMANSKI, 2002), centrada na privacidade, na educação das crianças e no patriarcalismo.

Com o passar do tempo, o modelo familiar burguês estende-se a quase toda a sociedade, que passa a incorporar os valores, crenças e normas inerentes a esse modelo. Aceitaram como verdade estabelecida a relação baseada na autoridade masculina colocada no topo e conseqüentes relações entre desiguais e a clara distinção do espaço público como lugar do homem e o espaço da mulher circunscrito à esfera da vida privada (casa).

De acordo com Shorter (1995, p.221), a família nuclear moderna nasceu no abrigo da domesticidade, “esse quente abrigo que protege da noite fria e inóspita”, difundindo sentimento nas relações familiares. A propriedade e a linhagem viriam a dar lugar à felicidade pessoal e a relação mãe-filho passou a ser prioridade. O afeto, o amor e a compreensão passam a regular a vida em família, o que Shorter denominou de “surto de sentimento” (p.11).

No Século XIX, o Estado invadiu a vida familiar, legislando sobre o casamento, regulamentando o processo de adoção, determinando os direitos dos filhos naturais, instituindo o divórcio e limitando o poder paterno.

A família moderna então inspira-se no modelo urbano-industrial burguês, naturalizando essa estruturação e por conseguinte, caracterizando como desviantes e incompletos outros arranjos que não contemplem as características “ideais” de família.

Segundo Roudinesco (2003), podemos distinguir três grandes períodos na evolução da família: numa primeira fase, a família serve para assegurar a transmissão de um patrimônio, os casamentos são arranjados e inteiramente submetidos a uma autoridade patriarcal, “verdadeira transposição da monarquia de direito divino”. (ROUDINESCO, 2003 p.19) Numa segunda fase, a família moderna torna-se o receptáculo de uma lógica afetiva, fundada no amor romântico e na divisão sexual do trabalho que se impõe entre o final do Século XVIII e meados do Século XX.

A terceira fase, iniciada a partir da Década de 60 do Século XX, no mundo ocidental desenvolvido e parte das camadas médias e altas dos países em desenvolvimento, a centralidade da lógica do grupo familiar em torno do amor e da afeição com atribuições diferenciais por sexo passam por mudanças significativas. A família contemporânea une dois indivíduos em busca de relações íntimas atribuindo à esfera do privado “o lugar de uma das experiências subjetivas mais importantes da nossa sociedade”. (ROUDINESCO, 2003 p.20)

De acordo com Singly (2000), em meados do Século XX, a importância do grupo começa a dar lugar à importância dos seus membros e há uma tendência à não diferenciação de funções por sexo nas relações amorosas e conjugais. Longe de ser um pacto indissolúvel, o casamento passa a ser um

contrato livremente consentido entre um homem e uma mulher e repousado no amor, considerado cerne para sua permanência. (ROUDINESCO, 2003)

A família pós-moderna ou contemporânea, dessacralizada, individualista, fundada a partir de um contrato ou rito festivo mais ou menos duradouro entre duas pessoas de sexos diferentes ou não; construída, desconstruída, e reconstruída; na qual há a possibilidade da contracepção e da procriação dissociada do ato sexual e de tudo que de algum modo deriva dessa nova ordem simbólica, parece estar pondo em cheque o valor atribuído à família como princípio social balizador, contudo, reinventada, permanece paradoxalmente como a instituição humana mais sólida da sociedade. (ROUDINESCO, 2003)

Os grandes problemas do século XX, com o fosso entre nações pobres e ricas, em função do modelo acumulação capitalista, geraram importantes mudanças nas sociedades, sobretudo no papel dos Estados, que intimados a agir para minimizar a pauperização e a vulnerabilidade social crescentes, passam a ter uma atuação mais efetiva, proporcionando bens e serviços sociais, construindo sistemas redistributivos para minimizar o crescimento das desigualdades. Tais ações ocorreram de forma diferenciada, dependendo das condições econômicas, políticas e culturais das diversas sociedades. Sobretudo a partir da Segunda Guerra Mundial, os países centrais adotaram o chamado "Welfare State", Estado de Bem-Estar Social, como estratégia pública para reverter as dificuldades emergentes, assumindo funções desempenhadas pelas sociabilidades comunitárias e familiares. A proteção e a reprodução social transformaram-se em "missão" de um Estado social de direitos do cidadão, ao ponto que a família pareceu descartável no modelo de Estado-Providência desenvolvido nos países centrais. (CARVALHO, et al, 2002)

No entanto, ao final do Século XX, o modelo do Welfare State começou a ser redimensionado, as novas demandas políticas e econômicas de uma

sociedade global, a transformação produtiva, o desemprego e a precarização nas relações de trabalho criam necessidades e limites e pressionam por novos modos de gestão das políticas sociais. (CARVALHO, et al., 2002)

A necessidade de encontrar uma solução para a crise financeira do regime de proteção social é tamanha que, em muitos países europeus, se encara a hipótese de remeter para a família, ou para as redes de integração primária, um certo número de serviços e encargos que anteriormente eram em parte cobertos por despesas públicas. (MARTIN, 1995)

Assim, o chamado "Welfare State", nos anos 90, apresenta-se como uma missão claramente compartilhada entre Estado, iniciativa privada e sociedade civil, "um welfare mix". (CARVALHO, 2005)

Nos países da América Latina, nunca se consolidou um Estado de Bem-Estar Social. Para Souza e Dallalana (2004), as políticas sociais dos países latino americanos são frequentemente caracterizadas como dispersas, fragmentadas e de limitado poder redistributivo. A participação do Estado é menor e o chamado Welfare mix já conta com uma longa tradição, ou seja, sempre se conjugou um frágil Estado-providência com uma forte Sociedade-Providência (CARVALHO, 2005), com forte referência às sociabilidades sociofamiliares e organizações agrupadas sob o rótulo de terceiro setor e iniciativa privada.

Assim, os países centrais redescobrem o papel e a importância da família, encoberta pelas políticas sociais, devolvendo-lhe e repassando-lhe responsabilidades e tarefas, na provisão de bens e serviços sociais básicos. Por outro lado, nos países periféricos, em que as políticas sociais nunca concretizaram um estado de bem-estar social, nos quais a família sempre fez parte dos arranjos de proteção social, essas tendências acentuam o caráter utilitário dessa relação, reforçando as exigências e atribuições das famílias como anteparo social.

2.1.2 A Família no Brasil:

No Brasil Colonial, Imperial e início da República, entre os Séculos XVI e XIX, a história familiar tem sido contada a partir de um tipo dominante de organização familiar e doméstica – a família patriarcal. (CORRÊA, 1982) Divulgada principalmente por meio de Gilberto Freire, seu mais extenso pesquisador, cujo retrato da sociedade colonial baseou-se na forma familiar vigente nas camadas “senhoriais” da economia açucareira pernambucana, perpetuada na literatura brasileira, em que também são descritas as famílias durante o período da agricultura cafeeira.

A família patriarcal configurou-se como um modelo estruturador de uma concepção hierárquica de formas de família, completas umas e incompletas outras, em função de que a incompletude de algumas decorreu do seu papel de sustentar e servir às primeiras. (DA MATTA, 1987)

A família patriarcal posteriormente “casa-se” com o modelo da família nuclear burguesa, reapropriado e adaptado pela mentalidade da família patriarcal, dominante, segundo as normas vigentes, na história colonial, como também na moderna e contemporânea. (ALMEIDA, 1987)

No entanto, a obra de Gilberto Freire e de outros estudiosos que seguiram as mesmas orientações têm sido alvo de críticas (CORRÊA, 1982; SAMARA, 1981, 2002; NEDER, 2000; MELLO, 2002) sobretudo a partir da publicação de pesquisas recentes, nas quais se afirma que as famílias extensas do tipo patriarcal não foram as predominantes na história brasileira. (ALMEIDA, 1987) As famílias da elite eram formalizadas por uniões legítimas e os papéis sexuais estavam bem estabelecidos por costumes e tradições amparados na lei, mas, para os estratos sociais não dominantes que correspondiam à maioria da população, o celibato, o concubinato e a ilegitimidade eram comuns, mulheres exerciam atividades econômicas fora

do âmbito doméstico e solteiras com prole natural chefiavam famílias. (SAMARA, 2002)

Embora coexistissem arranjos diversos, a família patriarcal conjugal era a norma simbólica, estimulada e desejada, sobretudo pela Igreja, cuja orientação pregava a obediência, o moralismo e o controle sexual rígido. (COSTA, 2004)

Assim, constituiu-se um paradigma social que correspondeu não a uma descrição da família brasileira, mas a uma representação que se impôs para a população, investindo-a da noção de modelo de autoridade moral, medida de valor para a vida familiar.

Quanto às famílias escravas, há evidências de que as uniões formais eram incomuns entre os escravos, no entanto as formações familiares existiram a despeito dos obstáculos e resistência à sua constituição. (NEVES, 1994)

A diversidade de etnias negras, com diferentes tradições e valores, em que a poligamia, as linhagens – o que definia a família africana era o antepassado comum – os membros de uma mesma etnia eram considerados irmãos, expressava-se, em parte, nos arranjos familiares da população negra.

De forma geral, os senhores não estimulavam as uniões/casamentos entre os seus cativos. Os casamento e uniões podiam dificultar a venda em separado dos seus membros, além de que era mais vantajoso comprar escravos adultos, dada a alta taxa de mortalidade infantil no período. (MATTOSO, 1988)

Embora os estudiosos do tema diverjam em alguns pontos, é unânime a opinião de que a escravidão representou para a população negra, em

relação às formações familiares, uma força destrutiva que desagregou, segregou, estereotipou e impediu-lhes a vida familiar, tendo consequências até a atualidade.

Ao final do Século XX, o impacto das crises sociais e econômicas, as repercussões e exigências adaptativas do mundo globalizado promovem mudanças profundas e permanentes, criando um novo cenário sociocultural. Alteram-se a organização do trabalho e a atividade produtiva, os processos de educação e comunicação, os valores e a socialização das novas gerações. Essas mudanças repercutem significativamente na vida e nos arranjos familiares, apesar de o modelo da família nuclear e conjugal persistir como um ideal a ser alcançado, em razão da sua atribuição positiva pelo Estado, instituições e sociedade em geral.

Da Matta (1987) define que o valor da família como prestígio estende-se por toda a sociedade.

Quem não tem família já desperta pena antes de iniciar o entrecho dramático e quem renega a família tem, de saída, a nossa mais franca antipatia. (p.125)

Do ponto de vista demográfico e estatístico, mudanças e permanências vêm marcando a estrutura familiar brasileira nas últimas décadas. (BERQUÓ, 1998) As famílias nucleares, isto é, o casal com ou sem filhos continua predominante. O tamanho da família diminuiu, cresceram as uniões conjugais sem vínculos legais e as famílias reconstituídas. É também crescente os arranjos monoparentais, aqueles caracterizados pela presença do pai ou da mãe com filhos.

Do ponto de vista da dinâmica familiar, as transformações internas ao núcleo familiar têm sido consideradas as mais significativas, segundo Petrini (2005). Mudaram os padrões de relacionamento, os modelos de autoridade

passaram a ser questionados e a posição da mulher alterou-se profundamente.

Grande parte dessas mudanças deu-se a partir dos novos papéis assumidos pela mulher, principalmente pela sua inserção no mercado de trabalho – o aumento da participação feminina na força de trabalho remunerada foi de cerca de 16% para 39% entre 1960 e 1990 e de 39% para 43,6% em 2006 (BRASIL, 2006a). Por outro lado, o aumento dessa participação no mercado de trabalho não se traduziu em diminuição do tempo destinado aos afazeres e atribuições domésticas.

A mulher fica, nesses casos, com as maiores responsabilidades para sustentar e educar os filhos devendo administrar a casa e ter, de fato, dupla jornada de trabalho (PETRINI, 2005. p.45)

O aumento das separações e divórcios com menor chance de recasamento entre as mulheres, a diminuição da fecundidade e os novos padrões de sociabilidade do gênero também foram determinantes.

As famílias monoparentais chefiadas por mulheres, apesar de já expressivas historicamente, cresceram mais entre as camadas mais baixas, o que, de modo geral, lhes confere acentuado grau de vulnerabilidade, visto que passam a depender mais dos recursos públicos, cuja disponibilidade de oferta é sempre insuficiente.

Segundo Lopes e Gottschalk (1990), as famílias chefiadas por mulheres estão em situação estruturalmente mais precária, quando comparadas com famílias pobres, equivalentes no ciclo de vida familiar, que têm chefe masculino presente e nesse cenário, quando se vincula monoparentalidade, sexo e etnia, a dimensão da pobreza amplia-se.

Assim, para as famílias pobres, as redes que se formam em torno dos filhos, das vizinhanças, dos compadrios, dos parentes são importantes

elementos na formação das redes de apoio, principalmente por representarem condições de resistência e sobrevivência. (SARTI, 2005)

A família alargada, o grupo de conterrâneos, a sociabilidade comunitária representam possibilidades de maximização de rendimentos, apoios, afetos, moradia, cuidados da saúde e a realização de projetos de vida. (CARVALHO, et al, 2002)

Percebe-se nas últimas décadas, tanto uma valorização da família pela política social, por meio de iniciativas de organismos internacionais, como pelo que se exige delas por parte desses programas e por parte do cenário econômico – assim, em face das intencionalidades contidas nessas iniciativas, a família passa a ser requisitada com mais evidência.

No entanto, apesar da centralidade dessa instituição – os programas e políticas continuam a desconhecer suas diferentes conformações contemporâneas e de origem histórica. Desconsideram-se os valores familiares, composição, estratégias e os diferentes papéis assumidos pelos componentes dessas famílias. Não são valorizados os complexos entrelaçamentos de parentesco derivados dessas mudanças e o peso das novas exigências sobre os arranjos familiares.

As implicações das diferentes estratégias institucionais sofrem as influências desse pouco entendimento. A família tem sido uma ilustre desconhecida, em que os pactos são unilaterais, projetados num “dever ser” idealizado, além de que a concepção de família que subjaz à grande parte dessas estratégias e ações, inibe a possibilidade da elaboração de problemas individuais e coletivos, conforme os recursos que podem estar no próprio âmbito familiar. (SARTI, 2005)

2.1.3 Família e saúde: cenário das políticas e ações em saúde

No cenário da saúde, a medicina social do final do Século XIX, por meio do higienismo, em seu projeto de normatização da vida social brasileira, representa uma das primeiras e significativas influências da área da saúde sobre a sociedade brasileira e suas famílias. O papel da medicina como saber disciplinar e disciplinador converteu o universo familiar à ordem urbana, instituindo novas formas de relacionamento familiar e novos padrões de comportamento social. (COSTA, 2004) As famílias foram incitadas a exterminar a desordem higiênica dos velhos hábitos coloniais e enquanto; o perfil sanitário se modificava, mudavam também suas feições sociais. Os modelos mediados pelo discurso médico produziram os exemplos do pai e da mãe higiênicos por oposição à mundana, ao libertino e ao celibatário, instrumentos de regulação política da vida dos indivíduos. (COSTA, 2004; ZIONI, 1988)

Por volta dos anos 30 do Século XX em diante, em função dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, os programas de saúde, direcionados sobretudo para mulheres e crianças, interferiam na vida familiar, revolucionando os seus costumes. (MURICY, 1987; ZIONI, 1988)

Na década de oitenta, ganham impulso diferentes programas de inserção da família nos cenários das políticas públicas e de saúde brasileiros como os programas de complementação de renda, habitacional, de distribuição de bens e serviços, ora centrados nas mulheres, ora nas crianças, ora no grupo familiar, em função de distintos interesses, sejam do Estado, da sociedade civil ou de organizações internacionais.

A agudização das crises sociais e econômicas que se seguem a essa década e os custos crescentes dos serviços públicos e privados encaminham as iniciativas para a “solução familiar (ao menos parcial),

visando reduzir sua dependência dos serviços coletivos e aumentar a autonomia e iniciativa pessoal/familiar”. (RIBEIRO, 2004)

A família passa a ser cada vez mais objeto de atenção das instituições governamentais pela grande quantidade de atividades de proteção, ajuda e cuidado que desenvolve. Há um reconhecimento de que a família representa o centro das funções do cuidado (SERAPIONE, 2005), sendo percebida como um importante recurso social, especialmente para socializar os membros jovens, cuidando das etapas iniciais do desenvolvimento e da educação.

Os discursos institucionais passam a falar cada vez menos em internação hospitalar e mais em internação domiciliar, em médico de família, cuidador domiciliar, agentes comunitários de saúde e nessa direção, as políticas de saúde e de assistência social vão introduzir serviços voltados à família e à comunidade, implementando modalidades de atendimento ancoradas nesses pilares. (CARVALHO, 2005)

O ano de 1994, promovido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o “Ano Internacional da Família”, reflete as intencionalidades vigentes; e no Brasil, nesse mesmo ano, o Programa de Saúde da Família (PSF) emerge como um marco brasileiro de oficialização da família como foco do cuidado profissional de saúde na atenção básica.

O PSF surge com a incumbência de superar o modelo assistencial vigente, caracterizado pela racionalidade técnico-instrumental das práticas, num cenário médico-hegemônico, de poucos recursos financeiros e grandes problemas. É definido como um modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes de saúde responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária. Tem como objetivo, entre outros: “Promover a família

como o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, em um enfoque comunitário". (BRASIL, 1994 p.4)

De modo geral, os primeiros documentos sobre o PSF, publicados pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde em 1994, 1997 e 2000, contendo conceitos, diretrizes e metodologias, apontam para orientações normativas genéricas sobre a inclusão da família como foco do cuidado. (MARSIGLIA, 2005)

Os treinamentos introdutórios propostos pelo Ministério da Saúde – treinamentos voltados para quem inicia o trabalho na Saúde da Família - documentos oficiais e materiais didáticos produzidos para orientação do trabalho com famílias não trazem referências para todos os profissionais sobre como conduzir a ação profissional frente às questões das dinâmicas familiares no PSF. Não há uma apresentação da complexidade do perfil das famílias brasileiras, suas características principais e os contextos sociais em que estão inseridas. (BRASIL, 2000)

O Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS), desenvolveu um material instrucional para educação a distância, o qual foi disponibilizado *on line* e distribuído aos municípios com diversos temas específicos para médicos e enfermeiros. (ANGELO e BOUSSO, 2001) No entanto, somente o Manual de Enfermagem apresenta temas que focalizam abordagens para compreender a família nos diferentes ciclos da vida.

A Política Nacional da Atenção Básica, publicada em 2006, referenda a Saúde da Família como estratégia para implementar e fortalecer a Atenção Básica no Brasil. (BRASIL, 2006a) Aponta nos seus Princípios Gerais que as atividades devem ser desenvolvidas tendo como foco a família e a comunidade; que o processo de trabalho da Saúde da família deve ter como características a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do

conhecimento da estrutura e funcionalidade familiar, visando propor intervenções que influenciem os processos saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade. No entanto, quando o documento se refere às atribuições dos profissionais envolvidos nas equipes de saúde; agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, não há detalhamento sobre quais ações devem ser desenvolvidas e nem como estruturar o cuidado às famílias.

Não há referências claras sobre características das famílias na atualidade em sua diversidade de composições, tamanho, dinâmica, papéis e funções, necessidades e estratégias de sobrevivência.

Também não há referências sobre como o profissional de saúde pode pensar, conduzir e sistematizar a “prática com famílias”. A indefinição de questões conceituais leva os profissionais a balizarem seu trabalho, a partir da sua imagem pessoal ou idealizada de família, ou simplesmente mantê-la como uma alusão ao tema.

As diversas abordagens da família no PSF têm sido produto das indefinições citadas acima, das intencionalidades explícitas ou não do poder público, da criatividade e esforço individual e das limitações/preconceitos individuais e coletivos. Ou seja, na maioria das vezes, são realizadas segundo o senso comum, carecendo de fundamentos conceituais mais consistentes. (CAMPOS; GARCIA, 2007)

Por outro lado, a não normatização dessa prática pode permitir a construção de arranjos/estratégias menos formais, mais responsáveis e resolutivos. Assim, desde que o assunto seja devida e profundamente problematizado, a família como unidade do cuidado, principalmente quando nos referimos às famílias atendidas pela Saúde da Família, pode configurar-se como um lugar ímpar, para o exercício da solidariedade e do comprometimento com o outro.

2.1.4 Família e cuidado em saúde

A história da civilização humana demonstra que o cuidar sempre esteve presente nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer, muito antes do surgimento das profissões. (BACKES, et al, 2006)

Segundo Heidegger (2006), o cuidado é uma constituição ontológica, entra na definição essencial do ser humano e estrutura a sua prática. O cuidado como objeto não é algo independente de nós, mas como é vivido e se estrutura em nós mesmos, subjaz a tudo o que o ser humano empreende, projeta e faz. Significa uma atitude na qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude. (BOFF, 2004) O cuidado apresenta-se quando a existência de alguém tem importância para nós. A dedicação e disponibilidade de participar daquela vida e o sentimento de responsabilidade realizam o cuidado.

Para Boff (2004), o cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude, é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas.

Boff (2004) considera que há dois modos fundamentais de ser-no-mundo: o trabalho e o cuidado, de onde emerge a construção da realidade humana.

O modo de ser-no-mundo pelo trabalho conforma-se em modo de ser-consciente e assume um caráter dominador diante da natureza. Adapta o meio ao seu desejo e conforma seu desejo ao meio. Configura-se como projetos e estratégias com suas táticas de plasmação diante de si e da natureza, fundamenta-se na razão instrumental-analítica, o que impõe um certo distanciamento da realidade, a fim de melhor entendê-la e controlá-la.

O modo de ser cuidado não se opõe ao trabalho, mas confere-lhe novas dimensões e tonalidades. O cuidado implica interação, relações sujeitos-sujeitos e convivência. Fundamenta-se na razão cordial, possibilitando emergir as dimensões da alteridade, respeito e reciprocidade. As intervenções sobre objetos transformam-se em interações e comunhão entre sujeitos.

O cuidar no campo da saúde é sua própria razão de ser, é o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos seus profissionais, no entanto, contraditoriamente, esse cuidado afastou-se da condição humana, impregnou-se da racionalidade biomédica constitutiva das ciências da saúde, compartimentalizou os corpos e os saberes, obscureceu a essência do ato humano. Priorizou a cura e objetivou dores, permitindo que o diagnóstico substituísse o cuidado.

Assim, o cuidar em saúde historicamente influenciado pelo poder-saber técnico, considerado premissa para sua viabilidade, tem sido alvo de debate, pela sua incapacidade de responder adequadamente à singularidade, subjetividade e ao sofrimento inerentes à complexidade dos problemas do campo da saúde na atualidade.

O cuidado pautado na atenção individual, curativa, centrado no escrutínio das patologias, construído a partir de relações entre sujeito e objeto e não na relação entre sujeitos, em que não há espaço para escuta e acolhimento tem sido marcante nas expressões dos modos de cuidar.

Tendo em vista que o cuidar em saúde implica uma diversidade de concepções como: assistir, tratar, curar, acolher, manifestar cuidado; tem havido dificuldade na construção do seu significado para trabalhadores e usuários. Múltiplas expressões e compreensões abarcam a simples e ao mesmo tempo complexa noção de cuidado, simples pela sua natureza, mas complexa pela sua singularidade.

Em que pesem as diferentes nuances e significados atribuídos, consideramos a priori que o cuidar em saúde não se traduz apenas em atos direcionados ao curar, tratar e controlar, passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas. (AYRES, 2001) Não se resume em um ato, mas em uma atitude que “abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. (BOFF 2004, p.33)

Designa simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática, estabelece uma interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou o alcance do bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade. (AYRES, 2003/2004)

Constitui-se por princípios fundamentais que são movimento, identidade, alteridade, interação, plasticidade, comprometimento e temporalidade como inerentes e indispensáveis às múltiplas relações em que se constrói o cuidado.

As concepções do cuidar e suas respectivas práticas estão no centro do debate da qualidade da atenção à saúde e nas novas formas de organização dos serviços e a família como unidade do cuidado ou cuidado familiar em saúde na atenção primária é ainda um campo em construção e um desses possíveis espaços.

Tendo em vista que o cuidado em saúde tem sido marcado pela intervenção e medicalização do corpo individual, de maneira fragmentada, dissociado da subjetividade e contexto de vida de quem sofre, exercitar o cuidar na perspectiva familiar situa-se num plano complexo e quase experimental.

A Saúde da Família emerge como um discurso institucional por meio do Programa de Saúde da Família, amplia-se e consolida-se como prática difusa, em que o cuidado familiar não corresponde ao seu propósito. Ao que parece, pela observação no cotidiano das práticas e pela limitação da literatura existente, o cuidado às famílias na Saúde da Família continua sendo a expressão de um ideal e não uma prática prevalente.

Evidencia-se que a maioria dos estudos brasileiros acerca do tema cuidado familiar é originária da área da enfermagem, estudos esses iniciados a partir da década de 80, com expressivo incremento nos anos 90 e 2000. Realizados principalmente no âmbito acadêmico, os estudos iniciais traziam reflexões teórico-conceituais acerca da preocupação em construir modelos e instrumentos para assistir adequadamente a família. (MARCON et al, 2006) Atualmente, é possível perceber a aplicação desses conhecimentos, no entanto, a maioria diz respeito à vivência de doenças crônicas/agudas, evidenciando uma relação de cuidado-doença, ou referem-se a vivências acadêmicas de aplicação de instrumentos de trabalho com famílias, em pequenos grupos e com caráter experimental.

Quando se referem à experiência na Saúde da Família (SF), estudos apontam que o enfermeiro, ao descrever a sua prática com famílias, frequentemente caracteriza o cuidado individual no contexto da família, em que a perspectiva é individual e a família é tida como aquela que interfere positiva ou negativamente, sendo responsável por cumprir as orientações dos profissionais relacionadas ao foco da atenção. (OLIVEIRA; MARCON, 2007)

Na perspectiva da atenção básica, além da enfermagem, há poucos estudos advindo de outras categorias profissionais, contudo, a psicologia, a antropologia, o serviço social têm uma vasta literatura sobre famílias, inclusive muitas referências que foram apropriadas pela medicina e enfermagem.

Nesse cenário, em que as reflexões teóricas, em parte contempladas em cursos de graduação, e pós-graduação, ainda se encontram circunscritas ao meio acadêmico e seu território de influência ou em experiências pontuais, as dicotomias ainda prevalecem, de um lado na abordagem clínica, as dores físicas dissociadas das dores da alma; do outro, o indivíduo apartado da sua vida familiar e social, limitando o cuidado às práticas descontextualizadas e curativas.

As equipes de SF, compostas por profissionais de diferentes categorias – médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos, auxiliares e técnicos de higiene dental - com diferentes níveis de escolaridade, com formação e atribuições específicas compõem o núcleo responsável pelos cuidados formais, aqueles desenvolvidos a partir de conhecimentos técnico-teóricos sob a égide da ciência, incluindo-se os agentes comunitários de saúde, que devidamente instrumentalizados pelo saber formal instituído, passam a incorporar e disseminar a racionalidade do sistema.

Profissionais, cidadãos, membros de diferentes famílias, com toda singular complexidade que as caracteriza, adentram as casas de inúmeras famílias brasileiras, que não somente abrem suas portas, mas revelam a privacidade de suas relações, a intimidade de seus costumes, modos de cuidar, suas dores e alegrias. Realizam contatos permanentes e proximais com os indivíduos e grupos familiares, construindo ações, relações e interações a partir de suas referências teóricas, crenças e expectativas.

Nesse cenário potencial de acesso aos indivíduos, famílias, e contextos de vida, parte-se do pressuposto de que construir o cuidado às famílias constitui-se como uma modalidade complexa e desafiadora, na medida em que lida concomitantemente com uma instituição social com características e dinâmicas próprias, com indivíduos, suas histórias e

expectativas, como também com a realidade latente, permanentemente revelada.

Pode-se dizer que há consenso entre os críticos da educação de que as profissões da saúde foram construídas, tendo como referência a ciência clássica em que nos foram apresentados de maneira segmentada: o corpo, a doença, a semiologia e a terapêutica. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004) Esse ponto de vista, técnico-teórico, não incluiu o universo familiar e desse modo, para iniciarmos o cuidado às famílias, trata-se de implementar uma prática com novas lentes, por meio da apropriação de ferramentas conceituais que orientem novos modos de ação.

Assim, é preciso construir ângulos ampliados que possibilitem o olhar sobre os indivíduos, suas famílias e seus contextos de vida, identificando como as famílias vivem, quem são, como são compostas, como se desenvolveram, como funcionam, que papéis desempenham, suas fragilidades e quais são as forças que os grupos familiares constituíram ao longo da sua trajetória para co-construir o cuidado às famílias, reconhecendo-as, respeitando sua autonomia e favorecendo a resolução dos seus problemas.

Ou seja, para se trabalhar com famílias, é necessário que o profissional tenha conhecimento acerca do universo familiar, sem contudo, simplificá-lo, reduzindo-o a variáveis, relacionadas a condições de risco, em função dos seus valores socioculturais por exemplo. Implica aproximar-se do mundo dos significados e saberes familiares, conhecendo as suas particularidades, bem como reconhecendo-as como uma unidade de cuidado de saúde.

A prática com famílias pressupõe efetivar o “modo de ser cuidado”, em toda sua amplitude, direcionado aos grupos familiares.

A família enquanto sujeito do cuidado tem sido estudada por diferentes lentes, sempre com intuito de vislumbrar caminhos possíveis para essa aproximação profissional-família. Algumas das teorias mais comumente observadas na literatura nacional oferecem diferentes modos de conceituar família e também diferentes perspectivas para sua compreensão.

Sinteticamente, a perspectiva do Interacionismo simbólico propõe que família é uma unidade de pessoas em interação e que o cuidado familiar é referido como o processo de cuidar das famílias em seu mundo de interações, uma vez que se considera que são elas que mantêm e sustentam o núcleo familiar. A perspectiva desenvolvimental defende que as famílias são sistemas movendo-se através do tempo, vivenciando diversos momentos ou etapas (ciclo de vida familiar) típicas para a maioria das famílias, que geram mudanças e necessidade de reorganização dos papéis e regras familiares, denominadas de crises de transição. Desse modo, o cuidado familiar deve considerar a identificação da etapa vivida para ajudá-la no sentido da superação ou adaptação. (CERVENY, 2002; MCGOLDRICK e CARTER, 1995) A perspectiva sistêmica postula que em todas as manifestações da natureza encontra-se uma organização sistêmica, o que pressupõe não um conglomerado de partes e sim um conjunto integrado a partir de suas interações. (OSÓRIO, 2004) Entende a família como um sistema, parte de um supra-sistema mais amplo e que por sua vez, é composto de muitos subsistemas, processando trocas com os outros sistemas com os quais se relaciona, influenciando e sendo influenciada pelo todo. Assim, entender as famílias sistemicamente significa, literalmente, colocá-las dentro de um contexto, estabelecer a natureza de suas relações. (WRIGHT e LEAHEY, 2002)

Independentemente do referencial teórico orientador do cuidado às famílias, é consenso entre os diferentes autores que trabalhar com famílias é

compartilhar saberes e que não se pode adotar uma definição de família como universalmente válida.

Depreende-se do conteúdo geral das teorias e estudos que o cuidado familiar deve compreender os aspectos culturais, levando em consideração crenças, valores e costumes familiares; conhecer e compartilhar a concepção de cuidado construída pela família; conhecer as interações, relações interpessoais e o conjunto das interações sociais estabelecidas; conceber a família como um sujeito dinâmico e não meramente reativo, sua autodefinição, necessidades, condições materiais de vida e recursos. Implica uma percepção ampliada, não universalista, e necessita ultrapassar os limites de uma abordagem linear.

A saúde familiar tem sido entendida como diferente da saúde dos seus membros, no entanto, está interligada a eles.

Trata-se da qualidade das relações entre os diferentes membros, suas crenças, seus valores, conhecimentos e práticas compartilhadas e aprendidas por meio da interação com outras famílias e com a sociedade, bem como de tarefas ou papéis a serem desempenhados para o bem-estar do grupo familiar. (ELSEN, 1994, p 68)

Assim, o foco do cuidado deve ser entendido como oferecer suporte e capacitar a família de forma que ela possa atender às necessidades de seus membros, em seu processo de viver, ser saudável/adoecer, mobilizando recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento. Implica a capacidade de entender e atender adequadamente às necessidades do outro, de saber ouvir, de co-construir o cuidado e interatuar. Instaura um novo imperativo ético em que os seres humanos percebem, reconhecem e promovem os direitos uns dos outros.

2.2 CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde SUS tem como um de seus princípios constitutivos a participação da comunidade no processo de saúde pública. Para garantir essa participação foram definidos, por meio da promulgação de diferentes leis complementares, alguns dispositivos do chamado “controle social na saúde”.

O texto Constitucional Brasileiro de 1988 decorreu fundamentalmente do processo de redemocratização política marcado pelo fim do regime militar em 1984, e especificamente em relação ao Capítulo da Saúde, da atuação das vanguardas da saúde brasileiras, sobretudo do Movimento pela Reforma Sanitária da Década de 80, num amplo espectro de experiências e reflexões de profissionais da saúde e lideranças populares. (STOTZ, 2006)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986 consubstancia esse histórico de debates, lutas e experiências, e com a presença expressiva da sociedade civil em seus diversos segmentos, recomenda no Relatório final a “participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde”. (BRASIL, 1987 p.5)

A Constituição de 88, contudo, ao se referir às diretrizes organizativas do SUS, menciona a “participação da comunidade”, formulação aparentemente limitada em relação à 8ª Conferência Nacional, tendo em vista o ideário de participação limitado, historicamente identificado pelo caráter instrumental que a orienta, em relação a objetivos técnico-sanitários em que a categoria “comunidade” é definida como um agrupamento social homogêneo, com identidade própria e predisposição ao trabalho solidário e voluntário. (STOTZ, 2006; GOHN, 2003; SOUZA, 2006)

A Lei 8.142, de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de

recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 2006b p.29) retoma a perspectiva ideológica da 8ª CNS ao instituir as Conferências de saúde e os Conselhos de Saúde, como instâncias colegiadas em cada esfera de governo. Atribui aos Conselhos de Saúde o papel de atuar em caráter permanente e deliberativo,

[...] na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Segundo Stotz (2006), o nascimento do termo “controle social” e a sua difusão viria a partir de 1992, com a 9ª CNS, em que a participação passou a ser definida como “controle social sobre políticas e atividades desenvolvidas com a seguridade social [...] recomendando a importância de que:

[...] os movimentos populares criem e mantenham seus foros independentes e autônomos, buscando a discussão dos problemas e soluções para as questões de saúde, numa perspectiva transformadora. [...] A participação independente da sua forma, deve se dar como uma prática que busque a transformação da estrutura social. [...] A preservação da autonomia e independência dos movimentos sociais é fundamental para evitar sua instrumentalização. O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da saúde. (BRASIL, 1993 p.33)

A ideia da participação como controle social assume o sentido de um controle da sociedade sobre o Estado, contraditoriamente à teoria sociológica. (ZIONI, PIMENTEL, 2008)

Elaborado no interior do pensamento social, a noção de controle social é entendida como sendo um conjunto de normas ou métodos estabelecidos para limitar a liberdade individual, influenciando padrões de comportamento. (PASCALI, 2005) Assim, o controle social pode ser entendido de duas

formas: o controle social pessoal, por meio do qual o indivíduo, em um dado momento histórico, obedece às regras de sociabilidade ou regras éticas de convivência e nas relações decorrentes da pressão exercida pelas instituições sociais, para que ele assuma os valores sociais predominantes; e o controle social externo ou coercitivo, dado pelo conjunto de normas jurídicas às quais o indivíduo deve submeter-se, ou seja, é o controle que o Estado exerce sobre o indivíduo. (CORREIA, 2000)

Contudo, o campo da saúde, sobretudo o Movimento pela Reforma Sanitária apropria-se do conceito e passa a entendê-lo e reivindicá-lo como o direito do indivíduo à coisa pública. Segundo Sposati e Lobo (1992), é o direito de tornar o Estado efetivamente coisa pública, introduzindo cenas de negociação explícita.

O controle social visto desse modo pode ser considerado como uma afirmação de consciência de cidadania engendrada pelos movimentos sociais da época, que exigiam do Estado o cumprimento do seu papel, na garantia desses direitos.

Esse direcionamento norteou amplamente os debates que precederam e se sucederam à Assembléia Constituinte de 1988 sobre a participação dos brasileiros em esferas importantes das políticas públicas, sobretudo naquelas destinadas aos problemas de saúde e que foram incorporados à proposta do Sistema Único de Saúde.

Sendo assim, o controle social no campo da saúde passa a ser entendido como todos os mecanismos e instâncias previstas em lei, desde a Constituição de 1988 e da Lei orgânica nº 8.142 de 1990 (BRASIL, 1988; BRASIL, 2006b), que garantem a presença do usuário, em parceria com os trabalhadores da saúde e representantes do poder público, em processos efetivos de formulação de políticas, planejamento e gestão tanto dos serviços de saúde como dos próprios órgãos governamentais, nas várias

esferas de governo, por meio dos Conselhos de Saúde e Conferências de saúde.

Passados quase 20 anos da Constituição de 1988, desde a institucionalização das Conferências e Conselhos de saúde como instâncias do controle social do SUS, no que diz respeito aos Conselhos, ao menos em termos quantitativos, hoje são os mecanismos mais importantes e capilarizados de participação existentes no Brasil. Estão organizados em todos os níveis de governo, do local ao federal, e estabelecem foros nos quais cidadãos, prestadores de serviços e governo têm potencial para definir políticas públicas e supervisionar sua implementação.

Constituem-se como estruturas de uma nova institucionalidade que envolve a partilha de espaços de deliberação entre representações estatais e entidades da sociedade civil que não decorre meramente da lei, mas do debate público nos espaços sociais, da interlocução e negociação de diferentes atores e do entendimento coletivo da consecução de direitos de cidadania. (TEIXEIRA, 2000)

De certo modo, a criação dos Conselhos de Saúde, apesar dos incentivos/exigências advindos da legislação, uma vez que a criação dos conselhos é condição legal para a municipalização dos serviços com a transferência de recursos por meio dos fundos públicos, pode ser entendida como um desdobramento decorrente dos debates e lutas travadas pelo movimento da reforma sanitária e movimentos sociais da época, gerando expectativas de que esses conselhos traduzam esse legado de mobilização e debates, constituindo-se como arenas, por excelência, de participação política ampliada. (FUCKS et al, 2004)

Contudo, na atualidade, os desafios colocados à prática política consistem na efetivação de direitos estabelecidos no que diz respeito à informação em função da tecnoburocratização dos temas, e à tomada de

decisões, uma vez que questões relevantes são discutidas em outros espaços, como as comissões intergestoras ou mesmo encaminhadas por meio de medidas provisórias, provocando esvaziamento físico e político desses fóruns.

As expectativas sobre o que um Conselho pode ser são uma incógnita, não podem ser dadas a priori em função da sua conformação ou das exigências e registros legais, estruturam-se a partir das ações políticas empreendidas pelos sujeitos que se agregam nos espaços dos conselhos e pela capacidade de constituir-se em ator social e político, amalgamando seus participantes num sentimento de pertencimento e de participação recíproco.

O controle social, entendido como um dos pilares do SUS, especificamente ao nível dos serviços de saúde, os seus Conselhos Gestores, instância mais próxima da maioria dos trabalhadores de saúde e população usuária desses serviços, têm sido arena de disputas assimétricas, por diferentes atores, com distintos e por vezes divergentes interesses e principalmente com domínios de saberes desiguais.

Vários estudos têm demonstrado que os avanços legais propostos com o controle social não têm levado a transformações efetivas na realidade dos serviços, a não ser em alguns casos isolados. (SPOSATI, LOBO, 1992; VALLA, 1998; VÁSQUEZ et al, 2003)

O usuário, de forma geral, quando o recurso comparado é o saber, tanto aqueles mobilizados na atenção ou cuidados, como aqueles referentes ao processo de gestão das unidades, fica em uma situação de desvantagem em relação aos trabalhadores da saúde. (CECÍLIO, 1999)

Os trabalhadores, por sua vez, trazem os interesses de suas corporações, o ponto de vista de quem opera os serviços de saúde e

também o peso da cultura institucional do setor saúde, com seu caráter tradicionalmente autoritário, tutelar e clientelista. (SPOSATI, LOBO; 1992)

Entendemos que a despeito das decisões políticas e orientações institucionais maiores, é na dinâmica do funcionamento dos serviços que concretamente se estabelece a relação governo-população, onde se realiza efetivamente o “direito, ou não, à saúde”; os trabalhadores representam, medeiam e dão forma a tais direitos à população, configurando-se como atores fundamentais para efetivação de qualquer proposta ou projeto.

Considerando que para alguém exercer o controle sobre algo é necessário que tenha um conhecimento suficiente sobre o que pretende controlar, e que a racionalidade técnica-instrumental, tão presente nos serviços de saúde com as suas infinitas normatizações, é de domínio dos profissionais de saúde, as representações que esses profissionais têm de controle social e de como efetivamente estabelecem as suas posições pode contribuir para o entendimento do caráter regulatório ou emancipatório da conformação dessas práticas (SANTOS, 2000)²

Dentre as suas prioridades, as referências sobre o incentivo ao controle social na Saúde da família têm sido nominais e bastante genéricas nos documentos oficiais, embora o controle social tenha mecanismos legais e instâncias formalizadas para sua implementação. A apropriação dessas estratégias pelos profissionais tem se dado de forma incipiente e experimental em grande parte dos serviços.

A capacitação desses profissionais se dá em serviço, normalmente em cursos breves de sensibilização e de especialização. (CAETANO, DAIN;

² Discussão de Boaventura Souza Santos que em seu livro, *A crítica da razão indolente* (2000), discorre sobre o conhecimento-regulação e o conhecimento- emancipação, como representações da modernidade, onde o conhecimento-regulação cristalizou relações e processos sociais em que “nega-se a indivíduos e grupos sociais a peça, o palco e o texto” e como pode transformar-se em conhecimento emancipatório” criado e disseminado através do discurso argumentativo.

2002) As dinâmicas que se implementam a partir daí sofrem configurações diversas, em parte pelas características locais, iniciativas, valores, motivações individuais e coletivas, e em parte pelas exigências e condições efetivamente ofertadas institucionalmente.

2.3 Representações Sociais: Referencial teórico-metodológico

O termo “representação social” foi inicialmente proposto por Durkheim, cujo objetivo era enfatizar a primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual. (HERZLICH, 1991) Para o autor, considerado um dos fundadores da Sociologia, as representações sociais referiam-se às categorias de pensamento através das quais uma sociedade elabora e expressa sua realidade.

Em 1961, a publicação da obra de Serge Moscovici sobre a representação social da psicanálise trouxe novos elementos a essa noção, utilizando-a como uma importante ferramenta para ter acesso às concepções, às visões de mundo e às percepções de uma dada sociedade. (MOSCOVICI, 2001)

Jodelet, uma das mais importantes pesquisadoras da atualidade na teoria das representações sociais, declara que, na fronteira entre o psicológico, o subjetivo e o social, as representações são maneiras de pensar e interpretar a realidade, articulando elementos afetivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, a realidade material, social e ideal sobre as quais elas vão intervir. (JODELET, 2001)

Nas palavras de Abric (2001), orientado pelas ideias de Moscovici, a representação social é um conjunto de opiniões, atitudes, de crenças e informações referentes a uma situação ou objeto. É determinada ao mesmo

tempo pelo próprio sujeito (sua história e sua vivência), pelo sistema social e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza dos vínculos que ele mantém com esse sistema social.

Carvalho (1981) ressaltou a importância da realização de trabalhos que desvelem o sistema de representações sociais que os indivíduos e os grupos membros de uma determinada sociedade formulam sobre o seu meio, pois é a partir dessas representações que os indivíduos e grupos atuam sobre o meio.

As RS constituem material simbólico, fruto da cultura, imaginário e subjetividade atinentes aos indivíduos e grupos. As práticas no agir cotidiano dos serviços de saúde resultam da complexa interação entre a dimensão da RS e das condições necessárias à sua implementação. (PINHEIRO, LUZ; 2003)

Nessa perspectiva, a Teoria das Representações Sociais pode constituir-se em uma forma de abordagem importante das questões referentes às atitudes, resistências, dificuldades pessoais, ou mesmo aspectos favorecedores, na realidade dos serviços, possibilitando a compreensão das delicadas e complexas relações entre trabalhadores e usuários, trabalhadores e poder público, sobretudo nos espaços da Saúde da Família, em que as relações de proximidade se estreitam.

Sendo assim, as Representações Sociais de trabalhadores da Saúde da Família sobre família como unidade do cuidado e sobre o controle social por intermédio dos Conselhos gestores dos serviços de saúde, bem como as práticas instituídas por esses indivíduos e grupos, baseadas nessas representações, refletem as subjetividades que tais dimensões comportam e são reflexo dos interesses institucionais, sempre mediados numa realidade específica.

A dinâmica da intrincada rede que se estabelece entre serviços, profissionais de saúde e população, no embate entre diferentes saberes, intencionalidades e necessidades vão constituindo as práticas e a conformação real das estratégias políticas. Entendendo que nesse processo, os profissionais de saúde representam elemento fundamental para efetivação e caráter do que é proposto institucionalmente, sem subestimar a participação dos outros atores, a sua atuação pode conduzir os projetos para caminhos distintos e alheios ao preconizado ou pode valorizá-los e fortalecê-los, mesmo diante de dificuldades e cenários pouco favoráveis.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as Representações Sociais de trabalhadores de Equipes de Saúde da Família da Zona Leste da Cidade de São Paulo sobre a Família como Unidade do Cuidado em Saúde e sobre Controle Social por meio dos Conselhos Gestores.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as concepções, posturas, atitudes e práticas de trabalhadores da Saúde da Família sobre Família como Unidade do Cuidado em Saúde e sobre Controle Social por meio dos Conselhos Gestores
- Analisar as Representações Sociais de trabalhadores da Saúde da Família sobre Família como Unidade do Cuidado em Saúde e sobre Controle Social por meio dos Conselhos Gestores

4 DESENHO METODOLÓGICO

Este projeto visa identificar e discutir as Representações Sociais de trabalhadores da Saúde da Família sobre família como unidade do cuidado e controle social na sua prática. Partimos do pressuposto de que a dimensão qualitativa mostra-se coerente e apropriada à complexidade do referido objeto, pois, na medida em que a entendemos como “aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”, podemos colocar em evidência as diferentes perspectivas pretendidas para a análise do objeto. (MINAYO 2000)

Trata-se de um Estudo de Representações Sociais, em que foram entrevistadas seis Equipes de Saúde da Família de diferentes Unidades de Saúde da Família da Coordenadoria Regional Leste da cidade, correspondendo aos seis Distritos de Saúde da Região e as três Supervisões Técnicas.

Foram realizadas entrevistas em profundidade com informantes representativos dos grupos de profissionais do Programa de Saúde da Família, em suas diversas categorias, com o objetivo de traçar o universo das representações desses profissionais com vistas a abarcar a questão a ser pesquisada.

A pesquisa foi realizada em seis Unidades de Saúde da Família da Região leste de São Paulo, em funcionamento há mais de cinco anos. Os locais de pesquisa foram definidos a partir desse critério inicial e das condições de obtenção das informações no campo da investigação. Foi considerado o tempo de funcionamento, a existência de conselho gestor em funcionamento e a disponibilidade do serviço em participar da pesquisa.

Para a realização das entrevistas, utilizamos um roteiro de questões orientadoras, apenas para conduzir o diálogo, no sentido em que não são inteiramente abertas nem encaminhadas por um grande número de perguntas precisas, denominadas como semidirigidas, segundo as orientações de Quivy e Campenhoudt (1999) e semiestruturadas, segundo as orientações de Minayo (2000).

Foram entrevistados 30 trabalhadores: seis auxiliares de enfermagem, doze agentes comunitários de saúde, seis enfermeiros e seis médicos; representantes de seis equipes de Saúde da Família que atuassem juntos há pelo menos um ano, totalizando trinta entrevistas.

Os dados obtidos pelas entrevistas e observação foram trabalhados pela análise de conteúdo, que consiste em buscar compreender os conteúdos manifestos e ocultos, organizando-os em categorias, permitindo inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens. (BARDIN, 1977) Ainda segundo a mesma autora, “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Nesse sentido, fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Qualitativamente podem denotar os valores de referência e os modelos de comportamento presentes nos discursos. (MINAYO, 2000)

Após a transcrição na íntegra das falas e a realização da “leitura flutuante”, considerada como um dos momentos de exploração inicial do material coletado, definimos o “Tema” como a Unidade de Análise de registro pela sua potencialidade em incorporar aspectos pessoais atribuídos pelos respondentes acerca do significado de uma palavra ou sobre conotações atribuídas a um conceito, que envolvem não somente componentes racionais, como também ideológicos, afetivos e emocionais.

(FRANCO, 2007) Um tema é “uma asserção sobre determinado assunto” e é considerada a mais útil unidade de registro em Análise de Conteúdo, frequentemente utilizado em estudos sobre Representações Sociais.

A partir da definição do “Tema” como unidade de análise, iniciamos o processo de criação das categorias, não definidas *a priori*, e que resultam de leituras sucessivas do material, identificação de todas as nuances observadas para depois serem interpretadas à luz da Teoria das Representações Sociais. Inicialmente as categorias foram codificadas em maior quantidade e com menor amplitude para, em seguida, criarmos marcos interpretativos mais amplos, a fim de reagrupá-las, incorporando os pressupostos teóricos que nos levaram aos eixos temáticos.

Foram respeitados todos os preceitos éticos em pesquisa segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de São Paulo (CEP- PMSP) e aprovado com apenas uma ressalva para inserir a informação do contato com o CEP- PMSP no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para eventuais dúvidas ou denúncias.

4.1 CENÁRIO

4.1.1 A cidade de São Paulo – Contexto geral

São Paulo, cidade mais populosa do Brasil e a 5ª metrópole do mundo, representa importante centro financeiro e econômico para a América Latina e o principal no cenário brasileiro. O crescimento populacional veio acompanhado de graves questões sociais e urbanas (desemprego, transporte coletivo, habitação, violência, problemas ambientais...) que desafiam continuamente gestores públicos, pesquisadores, profissionais dos serviços e a própria população a lidar com as enormes dificuldades impostas

à vida nessa cidade, sobretudo para a população que se avolumou na periferia e nas concentrações de favelas, cujos aspectos mais perversos e desiguais incidem diretamente, sem os anteparos que conferem proteção às outras regiões da cidade.

Chama a atenção pela aguda desigualdade social e de acesso aos serviços públicos e como é característico em várias cidades da América Latina, as áreas mais pobres localizam-se na periferia. As áreas mais ricas, concentradas no centro da cidade, recebem mais serviços públicos de saúde e registram o maior número de internações hospitalares. As áreas mais pobres apresentam os menores índices de acesso à saúde.

Com área de 1.509 km², a cidade está dividida em cinco grandes regiões: Norte, Sul, Leste, Centro-oeste e Sudeste, com 31 Subprefeituras e 96 Distritos Municipais, contando atualmente com cerca de 11 milhões de habitantes, concentrando mais de 50% da população da Região Metropolitana de São Paulo e pouco mais de 6% da população do Brasil. (SÃO PAULO, 2008a)

A divisão para o setor saúde é estruturada em Supervisões Técnicas localizadas nas subprefeituras.

A cidade conta com uma legislação própria para a criação de Conselhos Gestores de Unidades de Saúde desde 2002, reeditada em 2004. Ao longo de 2000 a 2004, foram constituídos os Conselhos Locais de Saúde em cada Subprefeitura, assim como numerosos Conselhos Gestores localizados nas Unidades de Saúde. Em 2005 registrou-se que 75% das Unidades de Saúde tinham seus Conselhos Gestores em funcionamento, devendo a totalidade dos Serviços de Saúde constituir progressivamente os seus Conselhos Gestores. (SÃO PAULO, 2004)

Atualmente, todas as Unidades de Saúde, sejam da Prefeitura da cidade ou do Estado devem ter seus Conselhos Gestores constituídos e em funcionamento. (SÃO PAULO, 2007)

4.1.2 Saúde da Família na Cidade de São Paulo – contexto empírico da investigação

A cidade de São Paulo teve a experiência do PSF iniciada em 1996, de forma muito peculiar. Na ocasião, a opção política municipal para a saúde era representada pelo Plano de Atendimento à Saúde (PAS), como modelo assistencial. Assim, a não municipalização da gestão da saúde na capital levou a Secretaria de Estado da Saúde a assumir a implantação do PSF em articulação com o Ministério da Saúde e em parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina, organização social sem fins lucrativos tradicional da região leste da cidade.

Com a denominação de Qualidade Integral em Saúde (QUALIS), o PSF foi inicialmente implantado na Zona Leste da cidade, pois essa região já havia abrigado uma experiência alternativa do Projeto Médico de Família, bem como tinha um movimento popular articulado e organizado.

Conforme Silva e Dalmaso (2002), após um ano de funcionamento, foi realizada uma pesquisa de avaliação de resultados pela própria instituição, segundo a qual o QUALIS “apresentava resultados extremamente positivos e uma aceitação de mais de 90% da população da área abrangida”. Com base nesses resultados, em 1998, o Projeto QUALIS foi ampliado para áreas das regiões Sudeste e Norte da cidade, em parceria com a Fundação Zerbini, que iniciou a instalação das Unidades de Saúde da Família e de dois ambulatorios de especialidades. A gestão desses serviços continuava sob responsabilidade da Secretaria da Saúde do Estado.

Em resumo, desde o início, a implantação do PSF na cidade São Paulo teve as suas particularidades, tanto em relação à forma de gestão, operacionalizada pelo Estado, quanto ao seu contexto diferenciado, situado numa metrópole como São Paulo.

A gestão municipal, iniciada em 2001, assumiu progressivamente a implantação do SUS e a descentralização das ações em saúde e incorporou o PSF como prioridade na estratégia de reorganização da rede básica da cidade.

Nessa direção, as unidades QUALIS passam à esfera do governo municipal, perdem essa denominação, sendo chamadas apenas de PSF e passam a integrar a rede municipal. Sua implantação inicial priorizou as regiões identificadas pelo mapa da exclusão social da cidade, que compreendia os distritos de saúde de toda a periferia, caracterizando a focalização como estratégia para a universalização. (ELIAS, BOUSQUAT, NAKAMURA e COHN, 2004)

Nesse período, vários documentos foram elaborados pela Secretaria Municipal para orientar e normatizar a prática no PSF; protocolos assistenciais e documentos norteadores deram a tônica das atividades desenvolvidas.

A atual gestão Municipal iniciada em 2005, reeleita em 2009, manteve a Saúde da Família como estruturante da rede básica, por meio de Contratos de Gestão, instrumento jurídico-legal de parceria entre o poder público e o setor privado para a implementação e operacionalização de serviços de saúde oferecidos à população, com diferentes Organizações Sociais, consideradas entidades reconhecidas por lei como pessoas privadas de utilidade pública, mantendo a tendência de produzir documentos norteadores da prática, inclusive com determinação de metas de produtividade por categoria profissional.

Estruturado a partir dos pilares propostos pelo Ministério da Saúde, o PSF, em São Paulo, manteve as mesmas normatizações, adequando-se à estratégia nacional e às proposições que se sucederam, como a estruturação dos Núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF) iniciada em 2008 e também agregando, em algumas experiências, outros profissionais que não os da equipe mínima.

Atualmente o percentual de cobertura populacional de Saúde da Família na Cidade de São Paulo está em torno de 26,62%, totalizando um número de 850 equipes de Saúde da Família credenciadas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ao final de 2008. (BRASIL, 2008b)

4.1.3 Região Leste da Cidade de São Paulo: O recorte

A zona Leste da cidade de São Paulo representa um território marcado, de um lado por um perfil epidemiológico complexo e de vulnerabilidades sociais e de outro, por um histórico de lutas populares por melhores condições de vida e saúde.

Na segunda metade dos anos 70, em meio a um cenário de repressão política, cultural e de desigualdades sociais, intensificaram-se as lutas pela implantação de serviços de saúde na periferia do Município. Nesse contexto, a população começou a se organizar com apoio de médicos sanitaristas, estudantes, militantes de esquerda e pastoral da saúde e passaram a constituir na Zona Leste as primeiras comissões de saúde da cidade. As comissões reivindicavam a participação na gestão dos serviços de saúde, melhores condições de trabalho para os funcionários, melhor atendimento à população e mais serviços e equipamentos de saúde. (BÓGUS, 1999)

De maneira organizada, as comissões pressionavam diretamente as autoridades da saúde por meio de abaixo-assinados, passeatas e caravanas que chegaram a aglutinar milhares de pessoas. Dessas lutas populares resultou a construção de um pronto-socorro com maternidade, mais unidades de saúde e um ambulatório para a região. A comissão de saúde propôs a constituição de um conselho representativo da população que utilizava os serviços de saúde aproveitando-se de um decreto da Secretaria Estadual de Saúde (SES) que criava conselhos comunitários integrados por notáveis do bairro, como: delegados de polícia e diretores de escolas.

Assim, ao final de dez dias, 8.146 pessoas haviam votado e eleito doze donas de casa para constituírem o primeiro conselho de saúde, por um prazo de dois anos. O movimento de Saúde da Zona Leste (MSZL), como ficou conhecido pela sua força de organização e visibilidade, vivenciou a passagem de uma luta reivindicativa para uma ação política e influenciou fortemente a configuração da legislação do SUS. (SACARDO e CASTRO, 2002)

Apresenta um panorama típico de populações urbanas, em contexto de sociedades desiguais, ou seja, com perfis epidemiológicos característicos de sociedades desenvolvidas (doenças isquêmicas do coração e crônico-degenerativas) agravadas pelas condições inerentes ao subdesenvolvimento.

No tocante à saúde, a região compõe a Coordenadoria Regional de Saúde Leste, organizada em seis Supervisões Técnicas que abrangem as microrregiões de: Cidade Tiradentes, Guaianases, Itaim Paulista, Ermelino Matarazzo/ São Miguel, Itaquera e São Mateus, com uma população de 2.509.267 pessoas, o que corresponde a 23,16% da população total da cidade.

A Região Leste detém uma das maiores taxas de crescimento populacional (1,9%), sendo crianças e adolescentes os segmentos mais relevantes, neste aspecto, 19,7% e 17,1%, respectivamente. (SÃO PAULO, 2008a)

Apresenta a pior taxa média de desemprego entre jovens de 16 a 29 anos da cidade, 21,48% e a segunda pior taxa de desemprego geral, 17,89% ficando à frente da Zona Sul, com 18,90%. A renda média também é a segunda pior da cidade, correspondendo ao valor de 864 reais, aproximadamente 2/3 da renda média do Município. A região apresenta cerca de 27,1% dos seus domicílios em área de favela, sendo a média municipal 12,67%.

Apresentou ao longo de 2007, em relação aos homicídios de jovens do sexo masculino, entre 15 e 29 anos, uma variação de 31,93/100mil hab. Entre as Supervisões Técnicas de Ermelino Matarazzo e 53,81/100 mil hab. na de Itaim Paulista, situando-se abaixo da média municipal. (SÃO PAULO, 2008b)

Dados de mortalidade de 2005 revelam que a região apresentou como as três primeiras causas de mortalidade geral, as doenças isquêmicas do coração, doenças cérebro vasculares e pneumonias, respectivamente, correspondendo ao panorama municipal.

A Zona Leste, como um todo, tem 222 equipes de Saúde da Família distribuídas nas seis Supervisões Técnicas que a compõem, representando uma cobertura populacional aproximada de 28,3%. Apesar de ainda não muito expressiva no cenário municipal, representa em valores absolutos a segunda maior população assistida entre as capitais brasileiras, o que revela a magnitude e reforça a relevância de estudos que enfoquem essa realidade.

4.2 ANÁLISE DOS DADOS

4.2.1 Apresentação dos resultados e discussão

Em relação ao Controle Social, foram elaborados cinco eixos temáticos: a) Representações sobre Controle Social; b) Percepções sobre o potencial e papel dos Conselhos Gestores; c) Conhecimentos sobre composição e funcionamento dos Conselhos Gestores; d) Representações sobre as facilidades e dificuldades da atuação dos Conselhos Gestores; e) Postura e atitudes frente à prática de participação; e dois eixos temáticos em relação à família como unidade do cuidado: a) Representações sobre família e b) Postura, atitudes e concepções sobre cuidado familiar.

Os depoimentos foram analisados por categoria profissional, segundo os objetivos propostos: Controle social e Família como Unidade do Cuidado e em seguida analisados em conjunto por eixo temático. A Análise das Representações Sociais da Família como Unidade do Cuidado apresenta-se descrita diretamente em relação ao conjunto dos trabalhadores, tendo em vista o pequeno número de categorias/ eixos temáticos elaborados.

4.2.1.1 Análise Temática das Representações sobre Família como unidade do Cuidado

Eixo temático 1- Representações sobre família

O conjunto dos trabalhadores entrevistados revelou representações de família em termos de sua estrutura, composição e atribuições, variando do modelo nuclear até a percepção de que família não se define, se mostra, admitindo qualquer formato no qual ela se apresente e a diversidade da realidade. Alguns afirmaram ter aprendido na prática, por meio da vivência na Saúde da Família, o que pode ser uma família. Assim, o reconhecimento

dessa pluralidade decorre da aproximação com a realidade das famílias e da observação de uma perspectiva ampla e não universalista do conceito.

Foram unânimes em relacionar a família com o espaço de moradia, o viver junto, certamente influenciados pelo caráter do trabalho na Saúde da Família, cujos critérios de classificação privilegiam essa caracterização. Expressaram a importância fundamental da família, identificando-a como a base do desenvolvimento dos indivíduos e da aquisição de valores, enaltecendo-a em termos de a sua função ser o lastro para o desenvolvimento dos seus componentes. Assim, para o grupo, a família é uma instituição essencial, não demonstrando nenhuma crise ou dilema que se reporte ao fim da família, ou de ruptura dos vínculos familiares enunciada por alguns autores (PETRINI, 2005; COOPER, 1994). Alguns depoentes relataram entender a família sob a ótica da composição nuclear, não aceitando como válidas as “outras” formas, o que pode revelar um conflito pessoal, ético e um entrave para o trabalho com famílias, visto que, nesses casos, não se abre espaço para a alteridade, tão necessária nas relações em que se constrói o cuidado.

Prevalece a ideia da família como grupo social expressivo de afetos, sentimento e emoções. Referem-se minimamente a percepção da importância das dinâmicas internas e às peculiaridades de cada família, citando-as, sobretudo quando as relacionam às causas do adoecimento dos seus componentes. Não houve diferenças significativas entre as categorias, sinalizando que o grupo compartilha representações similares.

...família é isso para mim, não precisa ser necessariamente a figura do pai a mãe, você pode morar sozinho e ter um filho, ou morar com alguém e ter uma família, para mim família é ter pessoas envolta da mesa ou que não seja necessariamente a figura do pai e da mãe, ou tenha sempre alguém próximo, sendo uma pessoa sozinha... ACS 1

...Então, assim, a família se estendeu muito, há muita diferença. Mas a concepção de família eu entendo

da noção, mencionando-se de maneira limitada alguma referência teórica que desse sustentação a essa prática. Referiram-se ao ato de cuidar, materialmente expresso na ação, associando-o predominantemente ao de orientar, informar, esclarecer, envolver para: favorecer o cuidado do paciente inserido na família, melhorar o autocuidado e estimular a aquisição de hábitos de vida saudáveis para prevenção de doenças. Consideram o ato de cuidar em termos de envolver a família para que ela se adeque às necessidades do seu paciente, dando continuidade às recomendações dos profissionais, aí incluídos os ACS, que passam a gozar de um prestígio social frente aos demais moradores em função do conhecimento que acumulam e do acesso privilegiado ao serviço de saúde. Assim, as famílias são tomadas como receptoras passivas dos cuidados e orientações prescritas

Os enfermeiros e médicos apontaram a sobrecarga de trabalho, como um fator limitador do “cuidado às famílias” que conduz ao atendimento clínico e impessoal. Apontam a visita domiciliar como um momento em que se realiza a abordagem familiar, no entanto, o que se observa por meio dos exemplos formulados, é que se trata predominantemente de atendimento clínico, individual no contexto domiciliar.

Em meio aos discursos, percebem-se postura e atitudes que extrapolam o caráter individualizado das práticas identificadas como: sensibilidade, respeito aos hábitos e cultura local, promoção de autonomia e empatia. Contudo, não se pode denominar de cuidado familiar as impressões elaboradas pelos diferentes atores, apesar de se observar uma tentativa de movimento nessa direção. Ou seja, o cenário da Saúde da Família parece ser palco constante de embate entre o real e o possível, carecendo de instrumentos e condições que deem conta da complexidade de uma Instituição que tem a missão de ao mesmo tempo atender indivíduos e famílias em todos os ciclos da vida individual e familiar, trabalhar a promoção da saúde, a proteção específica, o diagnóstico precoce e o tratamento.

assim, que é o esposo a mulher e os filhos. É a base de tudo, é onde você vai se guiar, um espelho para você, um norte para você viver, fazer parte da vida. ACS11

...as vezes é pai, mãe e filho, às vezes é padrasto, então assim, a família é aquela que mora, são as pessoas que moram naquela residência. A gente considera uma família. ACS 9

Família é um núcleo onde as pessoas vivem com sentimento, com paixão, amor e carinho. Med. 3

...nesse todo engloba toda a família também é... não só ele todo... a família também, quem está junto, quem ocupa o mesmo espaço, os problemas que eles têm, as dificuldades. Enf 1

Acho que é um pouco complicado assim o termo, porque quando eu entrei aqui família representava uma coisa, laços sanguíneos né... uma coisa mais específica, depois quando você começa a trabalhar aqui com família acho que expande um pouco o que você conhece como família, porque família geralmente nem sempre é quem tem laços consanguíneos, considera muito que família são amigos, comunidades, pessoas que convivam por algum motivo juntas né. Enf 6

Abordagem familiar... olha isso é uma coisa muito complicada, você tem que ter uma sensibilidade porque cada família tem uma dinâmica, então você primeiro chega, tipo mineirinho né... quietinho, com calma e observa como é a dinâmica dessa família, quais as necessidades [...]Então você chega, observa o ambiente como eu já fiz algumas vezes e vejo como é a questão da higiene, por exemplo, aí eu abordo... "a senhora já deu remédio de verme pra criança nesses últimos seis meses", não, então "a senhora precisa ir na unidade, vê se traz", "olha, mas não adianta só tomar a medicação, tem que mudar alguns hábitos... tem cachorro na casa? Aux. Enf 1

Eixo temático 2 - Percepções, atitudes e postura sobre cuidado familiar

A análise dos discursos permitiu evidenciar que o entendimento de cuidado familiar aproximou-se pontualmente de uma elaboração conceitual

Muito mais. As visitas, elas permitem hoje muito mais que nas consultas essa abordagem mais familiar, as vezes quando tem uma questão recorrente de parasitose na consulta, trata-se da verminose da pessoa, esquecendo o contexto familiar...enf 4

...vou, visito as casas, e assim a atenção é a família é em tudo, é em tudo, tanto na casa se tem doença em casa, o tocante é a vacina, com as crianças, como está a consulta, como está a higiene na casa, tudo isso deve ser observado por nós e pelo agente comunitário.Aux Enf.4

Eu abordo a família assim, passando informações, eu gosto de ir um pouco mais a fundo, eu não pergunto só se fez papanicolau, porque existem outros tipos de doença também.ACS 5

Abordagem familiar é isso, você vai entrar no ambiente deles na maioria das vezes e quando estiver nesse ambiente faz um levantamento, ver o que pode estar errado ou não e procura conversar. Med. 3

...primeiro a gente cumprimenta, a gente tem que respeitar a cultura, a religião, a gente não pode assim... a gente não pode, eu não posso interferir. ACS10

Não dá para fazer tudo, ou eu atendo, ou eu faço visita, tem muito atendimento eventual e os problemas da população são muitos. Med 6

É ouvir o outro e ficar no lugar dele, se projetar naquela situação, sem julgar. Enf 6

4.2.1.2 Análise temática das Representações Sociais sobre Controle Social

4.2.1.2.1 Análise por categoria profissional e eixo temático

Grupo A - Auxiliar de Enfermagem

O grupo dos Auxiliares de Enfermagem é composto por seis mulheres, todas com mais de 03 anos de trabalho na ESF, sendo que três delas com experiência anterior de Agente Comunitária de Saúde e uma de auxiliar de serviços gerais em uma Unidade de Saúde da Família.

Eixo temático 1 - Representações sobre controle social

Para esse grupo, as Representações Sociais (RS) sobre Controle Social mostraram-se ambíguas e de certo modo incoerentes. Os entrevistados apresentaram dificuldade para formular abstratamente o conceito de Controle Social, expressando-se por meio de exemplos da vida cotidiana. Em algumas falas, aparece a perspectiva do Controle Social conforme é discutido pela teoria sociológica, em que o Controle Social refere-se ao controle externo, no qual as Instituições, por meio de suas regras e normas, impõem e direcionam as condutas e atitudes dos indivíduos. Ao passo que, indistintamente, também podem ser identificadas RS de controle segundo a perspectiva Constitucional, ou seja, o sentido inverso dado à participação, em que a sociedade civil assume o controle por meio da presença e da ação organizada de seus diversos segmentos. No entanto, predomina a perspectiva da chamada participação comunitária, originária da ideologia e prática dos centros comunitários americanos do começo do Século XX, cuja proposta contempla, entre outras orientações, a transmissão de conhecimentos para o autocuidado, a conscientização sobre a sua condição de subalternidade e necessidade de integração para o estímulo à solidariedade e ao voluntariado. (SOUZA, 2006)

“É quando nós participamos dos problemas da comunidade, junto com eles, dos problemas deles, assim, para eles resolver, você querendo ou não, se você faz o Programa de Saúde da Família você se envolve nos problemas deles, e aí ensina que eles têm que fazer juntos e um ajudar o outro, eu acho que é isso”. Aux. 3

“Eu acho que é quando o cidadão exerce aquilo que ele tem....quanto ele exerce os direitos que ele tem na comunidade, eu acho que é isso. Participação é isso, é você saber dos seus direitos e você procurar exercê-los.” Aux. 2

“Eu acho, vou dar um exemplo, é quando a gente do posto vai até as casas dos cadastrados saber se tomou vacina, se tomou o remédio direitinho, eu acho que é assim o pessoal do posto, enfermeiro, tudo, saber de tudo que acontece para controlar e resolver rápido”. Aux. 5

Eixo temático 2 - Percepções sobre o potencial e papel dos Conselhos Gestores e conselheiros:

As percepções sobre potencial e papel dos CG guardam coerências com as representações sobre Controle Social desse grupo, mas também reforçam as ambiguidades. Quando as falas demonstram um papel potencialmente “emancipatório e transformador” e de “exercício de cidadania”, elas se mostram incoerentes com a limitação das concepções identificadas como possíveis disparadoras desses processos. Por outro lado, a ideia da união de forças, do “trabalho coletivo para o bem comum”, remete ao conteúdo formulado, relacionado ao sentido da participação comunitária, que pressupõe a solidariedade e coletivismo no caminho da libertação e do progresso. Apesar de minoritariamente identificada, a concepção de Controle Social no sentido Constitucional, identificado como participação social cujos objetivos aludem à percepção e ampliação do conceito de cidadania e da interferência da sociedade no aparelho estatal, também se fez presente.

“A participação envolve isso, você saber dos seus direitos e você procurar exercê-los e fazer, e assim, cobrar de quem deve te ajudar, proporcionar, essas coisas. Eu acho que isso faz parte, eu acho que é isso. Exercer sua cidadania”Aux 3

...“como eu diria assim, uma experiência muito boa, porque eu passei a entender muita coisa que não tinha entendimento, não era só sair da minha casa, vir aqui no trabalho, atender algumas pessoas, ir embora e receber meu salário, ampliou, fez eu entender que é uma coisa

muito maior, eu passei a entender que saúde não é só dar remedinho e fazer curativo, entendeu? ”... Aux 6

“porque muitas vezes para quem está lá de cima, imagina que a prioridade é uma coisa, mas quem está aqui na comunidade ou quem está no dia-a-dia da comunidade percebe que essa necessidade é uma outra, mas se a gente não tem essa participação a gente não tem um espaço para falar e no conselho gestor a gente tem esse espaço”. Aux 5

“Acho que o papel seria somar, porque como eu acabei de falar, a comunidade tem a necessidade e nós temos o serviço a oferecer e a gente tem que somar para ver onde está a necessidade também e trabalhar junto nisso para poder somar. Aux 1

“só assim, para lembrar rapidinho, na década de 60 como era a saúde, olha hoje, nós já demos um salto, mesmo quem falar que ainda está ruim, não chegamos onde a gente quer, mas melhorou bastante.” Aux 6

Eixo temático 3 - Conhecimentos sobre composição e funcionamento dos conselhos gestores

Ao que parece, os Auxiliares de Enfermagem têm razoável conhecimento sobre a composição e funcionamento dos Conselhos, no entanto, parece não haver apreensão dessas informações no sentido elaborado por eles, quanto a concepções e papel dos Conselhos. Representam informações técnicas que não expressam significados quanto àquilo com que se relacionam. Apresentam informações aparentemente dissociadas entre si e com baixa capacidade de se traduzirem em ações efetivas.

“O conselho gestor, é... ele atua por parte dos funcionários né... uma parte acho que é 25% é funcionário e 50% é a comunidade, seria é... decidir o que vai ser melhor... Aux. 2

“Eu acho que funciona uma vez por mês, ou é uma vez por semana e as coisas que vão, que são discutidas vão para votação” Aux. 5

“...eu sei que tem que acontecer sempre” Aux. 3

Eixo temático 4 - Representações sobre as facilidades e dificuldades da atuação dos Conselhos Gestores

As percepções sobre as dificuldades da atuação dos Conselhos Gestores situam-nas, de modo geral, externamente aos indivíduos, ou seja, os problemas são dos outros, como da população que não tem informação e do comodismo dos indivíduos frente à realidade de vida; ou da estrutura do serviço que não propicia o tempo disponível para o exercício da participação e favorece práticas clientelistas e até mesmo da resistência da população, considerada difícil por não ouvir o que o serviço tem a dizer e por utilizar politicamente o fórum.

Considerando o peso das reais condições institucionais ofertadas para o exercício do CG, cultura política local e poderes locais instituídos, sem subestimar o papel dos sujeitos em confrontar situações desfavoráveis, o cenário parece complexo e multideterminado e pouco favorecedor para o exercício efetivo do Controle Social e práticas dialógicas.

“Olha! Vontade a gente até tem, mas é tempo mesmo. O tempo é muito curto, então não tem como.” Aux 1

“Acho que assim, a própria população, o ser humano se acomoda, então enquanto você não vai e não dá um cutucão ou conversa, fala alguma coisa, ele se acomoda, [...] perdem um pouco aquela sensibilidade. É tanto sofrimento, tanta violência que eles ficam... eles se entregam, não querem saber de nada”... Aux 4

“se as pessoas fossem mais unidas as ideias que saíssem dali elas iam... Só que assim, eu acho que eles são muito egoístas, porque a minha ideia é melhor do que a do outro, a ideia do outro não é tão boa quanto a minha, então quando se reúnem ao invés de se tratar de assuntos tão importantes para todo mundo, às vezes pegam uma pecuinha, coisinha pequena e aí fica em cima daquilo” Aux. 2

...“porque você percebe que um nucleozinho que cresce mais do que os outros, por exemplo, eu acho que ali, aqui o Vitória, Vila Iolanda, o Dom Angélico, ali o Jardim Vitória lá pra cima, o bairro do Pereiras você vê que lá já é mais difícil as coisas, vai dizer que uns precisa mais que os outros? Não! todo mundo precisa igual”. Aux. 3

Chama a atenção a menção às condições de violência às quais estão submetidos diretamente ou não os trabalhadores dos serviços de saúde e também pela percepção de sua condição de subalternidade diante da população. Ao relacionar esses achados ao papel desses profissionais, Auxiliares de Enfermagem, frequentemente executores de ações determinadas e muitas vezes responsáveis por possibilitar ou não o acesso à atenção médica ou do enfermeiro, configuram-lhes como um limite real ao que a população busca/necessita. Desse modo, instituem-se espaços em que conflitos precisam ser mediados, por outro lado, a condição de subalternidade expressa certamente não favorece a formação de vínculo entre essa categoria e a população, dificultando a relativização dos confrontos e sua resolução, alimentando a permanência da tensão e comportamentos defensivos ou reativos.

“...eles fazem muitas cobranças, muitas queixas da Unidade e não ouvem muito o que a gente tem para falar, eles ouvem pouco. A reunião tem acho que 80% eles fazem queixas, falam, falam, falam, e não ouvem as coisas que a gente tem para falar, aí assim, a gente até fala, mas quando vai falar não tem o devido tempo para falar tudo aquilo que precisava, aí dá vontade de deixar tudo como está.” Aux 3

“...então está fazendo aquela fila quilométrica que está chegando ali no portão, as pessoas não entendem, você vai explicar eles começam a xingar, falam que é uma porcaria, e aí depois começa: “é por isso que o pessoal vem aqui e faz”, aí depois começa aquelas sub-ameaças assim”...Aux 2

“mas se for para fazer uma pirâmide, a comunidade é a que tem maior poder nas mãos, porque nós somos empregados aqui, então assim, empregados que eu digo, assim, a gente está trabalhando inclusive a serviço deles, então eu acho que neste caso, eu acho que a maior parte da pirâmide é deles, a gente fica com uma pontinha.” Aux 1

Eixo Temático 5 - Postura e atitudes frente à prática de participação.

Novamente, as falas chamam a atenção pela sua incoerência com os pressupostos já explicitados e agora com um novo elemento, que se traduz pela preocupação de retaliações do empregador. A participação em movimentos associativos de bairro e em organizações não governamentais, em contraposição à baixa participação nos Conselhos Gestores e às concepções de participação predominantes, reflete pouco interesse no que diz respeito ao serviço de saúde, mas não a questões de outra natureza e intencionalidade. Assim, pode também refletir não só o receio das repercussões de uma prática contrária aos interesses institucionais, como também a baixa vinculação dessa categoria com a população atendida.

“A gente fica um pouco limitado porque como funcionário você tem que estar fazendo dentro das regras da empresa que te contratou e da sub prefeitura... então você tem que saber o que pode ser feito e o que não pode ser feito.” Aux 4

“Eu já estive, eu já fui do Conselho Gestor quando eu estava na outra unidade, depois que eu vim para cá eu não estou no Conselho Gestor, é, mas eu tenho outras participações que não são aqui, porque eu tenho, sou de outra comunidade”... Aux 2

Grupo B – Agente Comunitário de Saúde

O grupo dos Agentes Comunitários de Saúde é composto por doze participantes, todos com mais de um ano de trabalho na ESF. São majoritariamente do sexo feminino, casados ou vivendo uniões consensuais e com idades que variam entre 25 e 46 anos.

Eixo temático 1 - Representações sobre controle social

Os Agentes Comunitários representaram predominantemente em suas falas, de maneira concreta, a perspectiva da participação comunitária e, secundariamente, a noção de participação como um direito conquistado; no entanto, formularam também a perspectiva da teoria sociológica. Apresentaram certa dificuldade em relacionar Controle Social e Conselho Gestor, demonstrando o seu entendimento do conceito após associação intencional pelo pesquisador ao termo participação popular. Apresentam uma ambiguidade de discurso e dificuldade em formular de maneira mais abstrata possível os conceitos. Há também falas que remetem a uma valorização do saber técnico e do conhecimento formal. Há que se pensar, o quanto, para o conjunto desses profissionais, o acúmulo de conhecimentos decorrente da sua prática os distingue do coletivo de que representam, não somente no Conselho Gestor, mas em função do seu papel como agente comunitário, cujo cerne é a identidade com a população local. Identificou-se a utilização do serviço de saúde e atividades propostas como expressão da participação. Segundo Vasquéz citado por Vásquez et al (2003) a noção de participação como utilização de serviços é considerada como o nível mínimo de expressão da participação em saúde. A perspectiva constitucional, atributo fundamental dos Conselhos, aparentemente pouco avançou para esse grupo, tendo em vista a predominância da concepção da participação comunitária, historicamente relevante no cenário brasileiro, supostamente superada a partir do contexto legal de 1988.

“É assim, por exemplo, temos um grupo de caminhada onde as pessoas acabam vindo para a Unidade participando de atividade, e com isso se desenvolve bastante a mente das pessoas, e assim elas participam, entendeu?” ACS 2

“ O conselho gestor busca opiniões da comunidade porque a Unidade de saúde não é algo independente mas que depende da comunidade. Então essa reunião do Conselho Gestor é para que as pessoas venham expor a sua opinião, como eu acabei de falar, para que as pessoas venham trazer novas ideias para quê? Para que faça com que venha melhorar o Programa de Saúde da Família”..., ACS 1

“Eu não sei ... me expressar na sua pergunta... porque né... controle social acho que é esse trabalho nosso que nós

fazemos... penso eu, não tenho certeza se é essa reposta. É esse que nós já fazemos da prevenção, controlar as doenças. É controlar a higiene, o saneamento básico, as orientações, a família. Eu acho que isso é o controle social".ACS 7

Sim, eu por exemplo, além de participar do Conselho da Escola, oriento muito os pais porque eles reclamam de muitas coisas, eles reclamam da escola, reclamam do posto de saúde, então eu oriento, eu incentivo as pessoas a estarem participando do Conselho ou se não diretamente, até indiretamente é, participar da reunião, vem ver como é que é, da votação. ACS 10

"as pessoas são muito leigas de informação, muito leigas ainda, a gente busca a informação, leva até elas, mas elas não dão continuidade necessária para que as coisas aconteçam conforme" ACS 1

Eixo temático 2 - Percepções sobre o potencial e papel dos Conselhos Gestores:

As concepções acerca do potencial dos conselhos remetem ao caráter ambíguo e restrito da noção de participação partilhada pela maioria. Concomitantemente, percebem-se embriões de uma consciência de cidadania que podem engendrar práticas pedagógicas que extrapolem o caráter de transmissão de informação e que favorecem a construção de espaços democratizantes. Por outro lado, a cristalização da perspectiva instrumental-utilitária, por meio da expressão recorrente da necessidade de colaboração da população com a unidade parece unânime, sobretudo em função dos atores sociais que a representam, intrinsecamente identificados com as causas e realidade local, tendo em vista sua condição de moradores desses espaços, historicamente comprometidos com as lutas sociais. O que se observa é principalmente a expectativa do uso do controle social, como apaziguador das tensões entre serviços e usuários, por meio da demonstração dos limites do serviço.

Assim, é importante refletir sobre a aparente perda do potencial de mobilização dos movimentos populares da região, reforçando os argumentos de Gerschman (2004) de que no novo século, “o movimento popular em saúde quase desapareceu da cena política”, tomando caminhos aparentemente antagônicos ao projeto participatório construído nos anos 70 e 80 .

“só sabem pegar no pé, mas não sabem dar a resolução para os problemas daquela comunidade, tem muita coisa para ser feito e eles pouco fazem”. ACS 1

“É fiscalizar mesmo, o conselho gestor é fiscalizar, é fiscalizar... vou dar um exemplo da unidade, não... isso não necessariamente a unidade, mas a comunidade. É ver o que está faltando e estar cobrando mesmo do governo, estar reivindicando os direitos né, que é direito, é fiscalizar mesmo ou dar até ideias”... ACS 3

“Tem que ser pessoas que se preocupem com o bem comum e não somente para ela, não dizer “isso não é problema meu”, isso é um problema nosso.[...] com certeza, porque se todo mundo participasse, se cada um participasse um pouquinho, ia melhorar muito, até para saber o que nós precisamos.” ACS 5,6

“Na verdade, assim, eu sei que o conselho gestor ele é, ele é...ele é um órgão criado para ajudar a população, ajudar tanto a população a reconhecer seus direitos legais, quanto a melhorar o seu espaço público, seja hospital, unidade de saúde,[...] esse conselho existe como uma porta de acesso à população e a finalidade dele é exatamente de ajudar ”. 8

É bem legal e a população, se você souber trabalhar ela, ela tem um retorno, ela te dá o retorno sim, ela te dá informação e ela quer informação sim, então a gente tem que dar as ferramentas e mostrar que ela tem que se cuidar para não chegar a ficar doente. 9

Assim, geralmente fica só em conversas. Serve para que eles fiquem entendendo nosso papel. É para o que serve, esclarecimentos. 12

Eixo temático 3 - Conhecimentos sobre composição e funcionamento dos Conselhos Gestores

O padrão de respostas associa a ideia de que a representação no CG deve ser estruturada tendo como objetivo o bem comum, independente de quem a componha. Por outro lado, valoriza-se a aptidão e capacitação para entender as questões envolvidas em termos legais e burocráticos observadas nos gestores e técnicos, salientando-se a percepção de que a informação e o conhecimento diferenciam os atores sociais, conferindo-lhes poderes desiguais. Percebe-se um razoável conhecimento sobre rotina e funcionamento do Fórum, que pode revelar indícios de identificação com a proposta e apropriação da sua dinâmica.

“Aqui na nossa unidade tem o Conselho Gestor que é formado por 50% de população e 50% de funcionário, não é isso?? Eu acho que tem que existir sim, ele tem um papel fundamental dentro dos postos, ...” ACS 7

“São membros da comunidade, moradores, são moradores da área, comunidade mais funcionários do posto. São propostas, existem discussões para buscar melhorias.” ACS 12

“É assim, tem que ter conhecimento, saber falar direito para conseguir mais.” ACS 7

Eixo temático 4 - Representações sobre as facilidades e dificuldades da atuação dos Conselhos Gestores

Surpreendentemente, os entrevistados não identificaram facilidades para a atuação dos conselheiros; ao contrário, salientaram somente aspectos negativos. A institucionalização da participação por meio dos Conselhos Gestores não foi identificada como um aspecto facilitador e sim como uma mera exigência legal, que, na percepção de alguns, mais atrapalha do que ajuda. Em relação às dificuldades como um todo, novamente o padrão de respostas refere-se às condições externas a esses indivíduos. Não se fez nenhuma observação sobre o quanto desse panorama se deve à sua postura frente à proposta de participação, possivelmente identificando uma baixa autocrítica. Por outro lado, as condições efetivamente ofertadas para

viabilizar a participação não têm sido muito favoráveis, dada a frequência desse argumento, além de que a percepção da baixa efetividade desses fóruns, o uso clientelístico dessas instâncias e o contexto de violência local representaram significativas implicações.

“você tem que fazer uma abordagem na qual você não se arrisque também, fazer uma abordagem em cima da saúde e não se envolver com problemas, com outros problemas que não sejam a sua área, tanto que você fica pouco visada nesse sentido também,” ACS 1

“Para ser sincera, eu acho que principalmente aqui, as pessoas lutam muito por si próprias, são muito egoístas, entendeu? É difícil uma organização da comunidade aqui lutar pelo benefício do povo, dos mais necessitados” ACS 1

“Eu tinha, mas não tenho mais por falta de tempo. Eu não vou mais não, tem a produção...” ACS 5

“...porque assim, tem uns tipos de conselhos, Conselho Gestor, tem alguns que invés de ajudar às vezes atrapalha, que as vezes se mete demais onde não deve Assim eu to vendo assim”. ACS 7

Não teve garra. Assim... palavras perdidas, se discutiu e não pôs em prática. Eu acredito nisso. Porque você tem que pôr em prática, tem que atuar, não é só discutir, discutir, dá ideias e não pôr em prática. ACS 12

Falta de união, falta de união e interesse da comunidade, porque se todos se unissem haveria muitas mudanças aqui, muitas melhorias para o bairro. Falta de união. ACS 1

Eixo Temático 5 - Postura e atitudes frente à prática de participação.

Ao recuperar o contexto das falas, a postura atual dos depoentes de baixa participação nos Conselhos Gestores ante uma participação anterior mais efetiva parece ser um reflexo da percepção da baixa efetividade desse fórum. O envolvimento em outros movimentos associativos pode revelar, por um lado, a busca por outros canais de expressão das lutas populares que não encontram lugar nos Conselhos Gestores, por outro lado, pode revelar a

capilaridade desencadeada pelo conhecimento e vivências de participação desenvolvidas no interior e por referência ao Conselho Gestor local.

“Não, no momento não! Nada. Já estive em uma certa época, mas no momento eu não tenho participado de nada.” ACS 9

Surgem nessas falas uma expressiva percepção de uma condição de vida subalterna e de carecimentos locais para si mesmos e para a população que ali vive e uma consciência de marginalidade frente à hegemonia dos valores capitalistas, cuja visibilidade das necessidades e conquistas só pode ser alcançada via pressão coletiva organizada. Valorizam a participação como caminho para as mudanças; por outro lado, parece que também não identificam essa potencialidade no exercício dos Conselhos Gestores. Apontam para uma baixa valorização do papel de Agente Comunitário e para o direcionamento normativo da sua prática pelo profissional enfermeiro, o que pode vir roubando-lhes a potência das suas ações e revelando que a horizontalidade das práticas na ESF pode não ser uma realidade vivida. Além do quê, o caráter “híbrido” de sua função, ora incorporando a racionalidade do serviço, ora sensibilizado pelas carências da sua população, mediatizada pela correlação de forças locais, parece interferir nas suas representações e conformação das práticas.

“...na medida do possível, eu vou nessas reuniões para estar participando também... eu sou moradora... eu não sou só Agente Comunitário, também faço parte dessa população, então é interesse meu também”... ACS 4

“...E houve o envolvimento do posto de saúde com a comunidade, aí eu fiz uma movimentação, alguns não acreditaram que vinham... que... pessoas que moravam há quinze anos lá, trinta anos, não acreditou, na hora em que eles viram as máquinas, aí, pensa em fazer uma festa, aquele rebu sabe, e houve até comemoração na nossa rua, ali na paróquia, fez uma missa em agradecimento”. ACS 7

“...mas não há muito reconhecimento, principalmente do Agente Comunitário ... o Agente Comunitário fica meio que escondido ali,[...] mas é que eu vejo que não é reconhecido

o trabalho, entendeu?... assim como cidadão que... ele só faz... o que o enfermeiro determina e muitas vezes não é isso não que precisa.” ACS 8

“a gente tem toda uma história de que aqui não tinha água, não tinha asfalto. Tudo nós conseguimos, água, luz, asfalto, tudo, mas hoje a gente sente falta. Olha, não tem praça aqui para as crianças, não tem alguma coisa de atividades, não tem! Resume em igreja? Mas a igreja... cada um vai naquela que frequenta, não é uma coisa pra comunidade, livre. Claro! Hoje nós temos EMEI que é ... tudo foi uma batalha das pessoas. Eu acho que eles deveriam agir mais... assim em prol da comunidade e a comunidade, envolver a comunidade junto, fazer um envolvimento.” ACS 9

“Eu acho que periferia é isso mesmo, onde eu moro é isso mesmo, a gente tem que mostrar a cara, a gente tem de fazer valer, ainda mais também é ano eleitoral, nós estamos no ano eleitoral. Então assim, nós temos que ter conhecimento, temos que buscar saber qual é o nosso direito, também aos deveres, brigar, lutar pelos nossos direitos.” ACS 11

“Assim.... particularmente, eu tenho medo, acontecem muitas confusões, já vi moradores que foram obrigados a mudar”. ACS 12

Grupo C - Médico

O grupo de médicos é composto de duas mulheres e quatro homens, com idades que variam de 27 a 52 anos. Todos trabalham no mínimo há dois anos e meio na ESF.

Eixo temático 1 - Representações sobre Controle Social:

O grupo dos médicos formula por meio de exemplos a concepção de Controle Social na perspectiva da sociologia clássica, como controle do serviço de saúde por via da conduta e orientação médica sobre os hábitos e costumes relativos à saúde individual e coletiva de maneira impositiva, dissociada do contexto e realidades de vida. Designa, nessa acepção, a

interferência das instituições por intermédio de uma categoria profissional, no cotidiano da vida dos indivíduos, por meio da internalização de normas e comportamentos, sobretudo pela percepção de hábitos inadequados que necessitam ser corrigidos. (IAMAMOTO e CARVALHO, 1988) Formula também a perspectiva da participação comunitária, cujo cerne é a transmissão de conhecimento para a promoção do autocuidado e a percepção da condição de subalternidade para fazer emergir a solidariedade e o voluntariado. (SOUZA, 2006)

Verifica-se desse modo a despolitização dos âmbitos do exercício de cidadania para esse grupo, considerando-se que os médicos tenham tido, em outros momentos, um expressivo papel no movimento pela reforma sanitária, cujo empenho resultou na inscrição constitucional da participação da comunidade.

“É mostrar para eles os caminhos, andar atrás orientando as famílias, é tentar colocar para eles o que é certo e o que é errado, o que pode ser melhor ou pior, controlar os hábitos, porque se você deixar, eles se descaminham, eles se tratam errado...” Med 3

“É a população se unir para conseguir melhorias, é trabalhar pela comunidade, é discutir os problemas é brigar a favor deles.” Med 6

Eixo temático 2 - Percepções sobre o potencial e o papel dos Conselhos Gestores:

Esse grupo, coerentemente com as formulações elaboradas sobre Controle Social, desenhou um potencial restrito e restritivo, limitado à identificação de necessidades da população, de fiscalização do trabalho dos funcionários do serviço e como espaço de interlocução entre a população e o serviço. Restritivo porque circunscreve a interlocução com a comunidade, ao intuito de reconhecer os limites do serviço no sentido do redirecionamento das críticas e cobranças para outras instâncias. Ademais,

referem-se ao CG como irrelevante e sem sentido, desconsiderando o histórico de lutas e conquistas que constituíram esses espaços, que a despeito das evidências de uma realidade prática ainda pouco efetiva, são tidos como potenciais cenários para o exercício da cidadania.

“Essa participação, então quer dizer, eu não vejo sentido, eu acho isso uma bobagem”. Med 5

“Eu acho que é trabalhar em prol da comunidade, detectar um problema da comunidade, ver a necessidade e tentar resolver esse problema e também pra gente saber quais são os problemas da comunidade e os nossos”. Med 4

É importante para eles saberem das nossas dificuldade e reclamarem em outras instâncias. Med 6

“Eu acho que os conselhos gestores devem estar fazendo uma mediação entre a população e a unidade, ouvindo o que a população espera da saúde e vir a somar com a gente.” Med 6

Bom, é, as reuniões do conselho eu nunca participei, também nunca me interessei, não tenho nem um pingão de interesse, não quero nem saber o que eles fazem não tenho interesse. Med 4

Eixo temático 3 - Conhecimentos sobre composição e funcionamento dos conselhos gestores

O grupo, de modo geral, desconhece a composição e o funcionamento do CG, mencionando informações superficiais e vagas. Mencionam a necessidade de escolaridade e discernimento para participação nos conselhos, em uma perspectiva que atrela a participação a condições restritivas, tendo em vista a baixa escolaridade da população das áreas de abrangência da Saúde da Família, cuja implantação priorizou as regiões de maior exclusão social da cidade segundo dados oficiais. Ou seja, o foco não parece ser a representatividade e a legitimidade dos participantes e sim a relevância do conhecimento formal, como também não se faz a leitura desse fórum como espaço para aquisição de conhecimento e crescimento coletivo.

“Eu acho que primeiro a comunidade deve fazer parte, um representante do posto, da UBS, do distrito, sabe? Alguém que possa interferir, uma pessoa que tenha... tipo padre, sabe? Pessoal da área que tenha um poder... não é poder, mas é tipo uma influência maior, isso eu acho que é legal fazer, mas é legal tipo um representante do posto sim”..., Med. 2

“Uma pessoa que quer entrar no CG tem que ter o mínimo de discernimento, o mínimo de conhecimento, a pessoa tem que ter escolaridade..”. Med 3

“Sinceramente eu não tenho nem noção, eu só sei o que eles fazem, qual o papel eu não tenho nem noção.” Med 4

Eixo temático 4 - Representações sobre as facilidades e dificuldades da atuação dos Conselhos Gestores

O grupo não identifica facilidades e como para os outros atores, Auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de saúde, as questões se repetem, como a falta de união da população e o jogo clientelista evidenciado. Apontam, diferentemente dos outros, a percepção de falta de transparência na eleição, indicação dos representantes, o que reforça para esse grupo a irrelevância do CG e sua consequente impossibilidade de realizar o que lhe é proposto, ser um espaço para a democratização das relações entre os serviços de saúde, discussão e definições coletivas. Tal percepção pode indicar que a escolha dos representantes não tenha sido precedida da elegibilidade de critérios condizentes com a prática democrática, como: tradição política, base de sustentação e interesses representados (SOUZA, 2006), o que abre a possibilidade do uso clientelístico e arbitrário desse espaço.

“O que eu mostro para você é que está tudo muito distorcido, tá [...] eu não vejo essas votações assim muito livres não, eu acho... o que eu percebo é que tem uma pressão de algumas pessoas de dentro da comunidade, que tem o poder de algumas coisas, [...] não vejo as reuniões, não sei onde são feitas...” Med 3

“Olha, participação popular aqui nessa região é um pouco complicado também, porque a população, ela não vê, é um conjunto, ela vê individual... então aqui, ainda não existe isso... ninguém luta pelo, por um grupo, todo mundo luta pelo que lhe interessa, então na verdade assim, ainda falta muito é... disso, a liderança aqui não tem esse espírito de lutar pela comunidade não...infelizmente”. Med 4

“um ou dois conselheiros que eu sei, tá... eu to quase generalizando 100%, mas tem um ou dois que eu sei, que realmente uma ou outra coisa tenta fazer pelos outros, mas o resto, dos que eu conheço pelo menos, é simplesmente tráfico de influências, interesse próprio e assim vai, são encaminhamentos, receitas, etc, etc..” Med 6

Eixo Temático 5 – Postura e atitudes frente à prática de participação:.

Consideram a prática participativa importante, diante de algumas condições como escolaridade dos seus membros e para reconhecimento dos limites do serviço, no sentido do apaziguamento dos conflitos. Em sua maioria, demonstram falta de participação e interesse, cabendo-lhes estimular os outros a participarem. Uma fala refere que o profissional médico tem outras prioridades, como “cuidar da saúde das pessoas” e que não deve ocupar-se com as funções relacionadas ao exercício do CG, reafirmando a despolitização da categoria representada nesse grupo e sinalizando para uma concepção limitada de saúde, aquém do texto legal e consequentemente para uma percepção restrita da sua prática.

“mas eu não sei se médico faria parte, entendeu? Porque eu acho que médico é outra questão, mas na parte de saúde focalizada, não nessa coisa da comunidade em si, então representante sim, por exemplo, tipo um gerente participasse, mas médico, enfermeiro, eu acho que não teria necessidade, há outras prioridades.” Med 2

Demonstraram significativo distanciamento e indiferença em relação ao exercício do CG, revelando pouca identificação com a dinâmica de participação instituída e nem mesmo interesse em participar para colaborar

com a mudança das práticas, diante da visão negativa observada. Manifestaram uma postura defensiva diante das cobranças e críticas que eventualmente têm sido alvo por meio do CG, interpretando-as como distorções da realidade ou falta de clareza da população quanto aos objetivos do trabalho na Saúde da Família.

“É que nem eu to te falando, me irrita entendeu, se a pessoa quer ficar irritada é ver aquilo que eles fazem, quando eu passo assim do lado o pessoal tá fazendo alguma coisa do interesse próprio, então quer dizer, eu não vejo sentido, eu acho isso uma bobagem, acha que porque é do conselho é diferente dos outros e não é, é que nem eu falei..” Med 5

Bom, é, as reuniões do conselho eu nunca participei, também nunca me interessei, não tenho nem um pinga de interesse, não quero nem saber o que eles fazem não tenho interesse. Med 4

Eles podem somar sim a nós, trazer para somar à saúde, como também nos apedrejar, [...] muitas já chegam nos criticando sem saber o outro lado da moeda, eu fico sempre com um pé atrás”. Med 5

Grupo D - Enfermeiro

O grupo dos enfermeiros é composto por dois homens e quatro mulheres, com idades que variam de 26 anos a 46 anos. Todos trabalham na ESF no mínimo há dois anos e máximo de 09 anos.

Eixo temático 1 - Representações sobre controle social

O grupo dos enfermeiros apresentou maior clareza em suas formulações, para o qual a participação social na perspectiva constitucional foi elaborada de maneira mais consistente e conceitual do que entre os outros atores, ainda que de forma um tanto limitada, tendo em vista que a noção de fiscalização atrelada ao Conselho Gestor permeou ou preponderou nos discursos da maioria. Tal achado é coerente com outros estudos que têm

demonstrado que o caráter de fiscalização atribuído ao CG, em diferentes segmentos representados, têm se mostrado presente nos discursos. (GERSCHMAN, 2004)

“Ah!, é tentar dar uma melhor qualidade de vida pro, pra comunidade mesmo né, trabalhar em conjunto, tanto os conselheiros, como os funcionários, os moradores, os funcionários, a supervisão, tudo junto né? Tudo pra um bem comum”.Enf.1

“Controle social é controlar os bens que são da comunidade, é monitorar as questões que viabilizam a qualidade do serviço, desde questões financeiras ou de geração de recursos até trazer para unidade reclamações e sugestões dos moradores” Enf.4

Eixo temático 2 - Percepções sobre o potencial e papel dos Conselhos Gestores

Quanto ao potencial dos Conselhos, parte do grupo formulou a noção de que o CG a partir da identificação das necessidades da população, pode, por meio do diálogo, compatibilizar o serviço ou pelo menos aproximá-lo dessas necessidades. Os depoimentos dos participantes da pesquisa evidenciam uma crítica à baixa efetividade dos Conselhos, e ao jogo clientelístico e à superação dessa limitação pela construção de relações dialógicas, melhor qualificadas, possibilitando o exercício de cidadania. Sinalizam também, como outros sujeitos da pesquisa, que os CG constituem-se em instâncias de participação e conhecimento dos limites do serviço, contudo, parecem não estabelecer um propósito de cooptação desses espaços, mas de apropriação da informação.

“A gente procura levar os problemas da unidade e quando é aqui dentro, eles trazem os problemas deles pra gente, a gente vê se tem como resolver né, se envolver com a supervisão, com outras unidades mesmo e a gente passa pra eles também os nossos problemas, pra eles saberem também o que agente passa aqui, pra eles verem como é o nosso dia-a-dia. Porque não é só reclamar... “não tem esse

remédio, não tem isso, não tem aquilo”, então a gente mostra pra eles o porquê eu não tem, se foi feito alguma coisa pra conseguir entendeu.. *é assim...*” Enf.1

“Porque assim, às vezes a necessidade da comunidade, às vezes, não é a nossa necessidade. Tem coisa que a gente tem que organizar, que a gente te que ver melhor. Às vezes eles veem as coisas melhor que a gente porque eles estão de fora e a gente está de dentro e não está vendo melhor. Ou então a gente que está de dentro está vendo as coisas de um jeito e eles estão vendo de outro.” Enf.2

“muitas pessoas que você vê aqui de algum tipo de movimento levando vantagem financeira, usando de pessoas que entram no movimento com o intuito de melhorar alguma coisa, depois vem se aproveitando disso pra conseguir interesse próprio. Pelo menos todas, não pode falar... que nenhum dos movimentos que tem aqui na área não sejam assim, são todos..”. Enf.6

“É importante que a população participe, seja mais ativa, é preciso estimular, dizer que tem que se envolver que é para o bem delas e de todos os outros, que é um trabalho e dá trabalho, sim, mas que é para o bem comum.” Enf. 6

Eixo temático 3 - Conhecimentos sobre composição e funcionamento dos conselhos gestores:

Revelam um baixo entendimento sobre a composição e funcionamento do CG como entre os outros atores, contudo, aparentemente articulado ao sentido de participação formulado pelo grupo, mais coerente com a orientação constitucional.

“Ah, o Conselho Gestor, eu não conheço muito o Conselho Gestor, eu sei meio por cima, assim, na verdade tem que ter um representante da população, tem que ter um representante da unidade, não é isso?” Enf.5

“Deve fazer parte pessoal da comunidade sempre e tem que ter alguém pelo menos do serviço.” Enf 6

Eixo temático 4 - Representações sobre as facilidades e dificuldades da atuação dos Conselhos Gestores

Referem como facilidade do CG a possibilidade de conhecer melhor as necessidades reais da população, aquelas que “fogem das estatísticas e dos dados oficiais” habitualmente orientadoras do planejamento e organização dos serviços. Essas falas parecem revelar uma necessidade de entender melhor as reais condições de vida da população, como também a subjetividade presente nessas realidades, ensaiando um movimento de alteridade. Por outro lado, expressam como positivo que a população se inteire das limitações da capacidade dos profissionais em resolver todos os problemas que se apresentam. Aparentemente enfatizam o conhecimento da realidade propiciado pelo CG como forma de adequar e priorizá-las em sua prática, na organização dos serviços prestados.

“...então eu acho que essa é uma maior dificuldade nossa, nosso maior problema é esse, que nem tudo depende da gente infelizmente, situação deles de vida, você fala, a mãe vem com a criança com a ronqueirinha no nariz e você fala “como é que é a sua casa, tem janela no quarto?” ... “não tem”... não tem janela no quarto, a casa é baixa, então você entra lá e não consegue ficar lá, imagina um nenenzinho recém-nascido. E o que você vai fazer?” Enf1

“Que nem eu falei, é de cobrar coisas, vê o que está acontecendo lá fora, o que a Unidade não está conseguindo suprir, para a gente poder conseguir suprir. De coisas assim ou então de uma ação, alguma coisa que eles estão precisando, trazer para a gente para poder melhorar.”Enf 2

Um ou dois ou três ou quatro gatos pingados que participam do conselho gestor que colocam na lista o ponto de vista deles. Enf.3

“É muito blá, blá, blá, muito papo furado e pouca resolutividade”,Enf 5

“Então, isso até a gente discute bastante porque o papel do conselho seria de interlocutor, de, de conversa, de passar informações, de discutir o funcionamento, não como a gente geralmente vê que é utilizado, que é assim de reivindicar casos específicos que os conselhos gestores acabam falando né... vou marcar uma consulta pra tal pessoa, não né, tem que ser uma coisa mais ampla né, desde, vou

marcar uma consulta pra uma pessoa, mas vamos pensar quantas pessoas estão precisando, então vamos atrás de mais consultas para tantas pessoas, assim, vamos melhorar a unidade nisso, a gente está precisando disso, então tem que ser um papel um pouco maior de falar..., é um falando na voz de várias outras pessoas”. Enf 6

Novamente, duas observações críticas podem ser tecidas, uma que diz respeito ao temor da violência e ameaças locais e a outra que se refere a uma suposta retaliação do empregador, diante de manifestações contrárias aos interesses do gestor e dos serviços. Assim, considerando que a representação pressupõe a existência de um complexo de direitos políticos que permitam a livre formação e manifestação da vontade política dos representantes (BOBBIO, MATTEUCCI e PASQUINO, 1995), o cenário pesquisado não proporciona as condições necessárias ao exercício pleno da representação.

“a gente pode esclarecer a população dos direitos dela como qualquer cidadão, agora se posicionar de um modo contrário daquilo que está sendo posto é difícil pro profissional, então a gente acaba não se posicionando como profissional através de serviços...assim que está tendo estrutura para o seu trabalho”. Enf 3

“eu penso que eu estou defendendo o meu empregador, enquanto eu tiver emprego eu defendo o meu empregador, entendeu? Mas assim, algumas coisas a gente tem que falar, a gente tem que falar para as coisas melhorarem, entendeu?” Enf 5

“ah, o outro eu não posso falar porque sabe como é que é, sabe eu tenho uma certa problema com a população, daqui a pouco eles vão querer pegar os meus filhos”, Enf 5

“Nós temos que falar, para você ter uma ideia nós não temos sonar, nós temos – é brincadeira – nós temos um sonar só, mesmo assim você entra em contato até com Plutão que já foi rebaixado, podemos dizer assim, nós entramos em contato com eles, menos com os batimentos cardíacos, cardíofetais”. Enf 5

Eixo Temático 5 - Postura e atitudes frente à prática de participação

Apesar de as representações sobre as concepções de participação dos fóruns instituídos serem mais coerentes com os preceitos constitucionais do SUS, contraditoriamente, o grupo revela pouco interesse em participar ou participa esporadicamente desse canal de expressão. Parece constituir um conflito para essa categoria. Formulam de modo geral que a prática no CG demanda compromisso e a realização de uma série de atividades que exigem tempo e disponibilidade, demonstrando que talvez não haja condições adequadas ou estímulo institucional para o envolvimento desses profissionais e para a promoção da participação.

“Sim, eu participo quando dá, não é sempre não, é difícil, mas quando tem alguma reunião aqui eu dou uma escapadinha, às vezes eu vou, às vezes eu represento a gerente, quando ela não pode e pede para eu ir, eu vou..”Enf 4

Acontece na Unidade, tem essas reuniões que eles fazem aí semanal, mensalmente parece, eu não tenho muito assim, eu não sou muito afinado a isso, entendeu? Porque isso aí já é muita política e tal, eu sou apolítico. Enf 5

4.2.1.2.2 Análise temática por eixo:

Eixo temático 1 - Representações sobre controle social

Quanto às RS sobre Controle social, para o conjunto dos trabalhadores pesquisados, componentes de equipes de Saúde da Família da Zona Leste da Cidade de São Paulo: Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares de enfermagem, Enfermeiros e Médicos, as representações sobre o Controle Social por meio dos Conselhos gestores revelaram um caráter essencialmente ambíguo. Alguns articularam indistintamente concepções de Controle Social conforme são discutidas pela teoria sociológica, em que o

Controle Social refere-se ao controle externo, no qual as Instituições - por meio de suas regras e normas - impõem e direcionam as condutas e atitudes dos indivíduos; como também, concepções que sugerem um entendimento aproximado do referido pela Constituição e Lei orgânica 8.142 de 1990, em que está prevista a participação da população em instâncias deliberativas, que incluem a participação efetiva nos processos decisórios da política pública nas três instâncias de poder. (BRASIL, 2006a) Todas as quatro categorias profissionais revelaram o entendimento predominante de participação no sentido atribuído à participação comunitária em que se advoga a participação como incorporação dos indivíduos em ações previamente elaboradas, em que o foco é a captação da clientela como participante desses programas e ações para os quais é imprescindível o consentimento e a presença voluntária das pessoas e comunidade, entendida como um agrupamento homogêneo, com identidade própria e predisposição ao trabalho voluntário. (GONH, 2003)

As quatro categorias apresentaram dificuldade de formular abstratamente o conceito de participação, definindo-a pela descrição de atividades de natureza diversa e com diferentes níveis de comprometimento, desde a utilização dos serviços como expressão de participação, passando pela colaboração com os serviços até a manifestação das insatisfações e reivindicações coletivas nas reuniões do conselho gestor do serviço. A expressão mais concreta e menos conceitual da participação pode revelar que o aprendizado da participação tem se dado com base nas próprias vivências do indivíduo e experiências diretas, por meio da interpretação e representação da sua prática e do que o cerca. Em que pese que de certo modo esperava-se que os sujeitos da pesquisa se expressassem por meio de exemplos e que a vivência desse processo possa ser tomada com uma prática pedagógica, parece que não tem havido um esforço pedagógico por parte dos gestores em Saúde da Família no sentido de tornar substancial a prática do Controle Social por meio dos Conselhos Gestores.

Em relação ao Potencial e papel dos Conselhos Gestores, os sujeitos pesquisados definiram-nos em termos do que pode ser ou para que serve o CG e o quem tem sido de fato a prática desses Conselhos. As falas que expressam o potencial dos Conselhos Gestores remetem a um caráter aberto, emancipatório e democratizante e ao mesmo tempo disciplinador, normativo e contensivo. Representam consensualmente que o espaço deve servir para o reconhecimento das dificuldades e precariedades do serviço, no sentido da compreensão dos seus limites e redirecionamento das críticas. Nesse sentido, elaboram um potencial voltado prioritariamente para amenização de conflitos e tensões que afetam o cotidiano do trabalho. Positivamente, compartilharam a ideia do CG como um espaço de escuta e que possibilita conhecer as reais necessidades da população para tentar redefinir as ações do serviço e aproximá-las dessas necessidades. Não houve diferenças significativas de percepções entre as categorias, exceto pela visão essencialmente crítica dos médicos, revelando uma despolitização desses profissionais frente à proposta de participação; e entre alguns enfermeiros que expressaram a noção de diálogo, não somente de escuta, como canal de entendimentos, a partir do acesso à informação e aos conhecimentos necessários à atuação no CG.

Eixo temático 2 - Percepções sobre o potencial e papel dos Conselhos Gestores

Quanto às representações sobre o que efetivamente tem sido o CG, as falas demonstram que, para o conjunto dos trabalhadores pesquisados, esse Conselho constitui-se basicamente nas funções críticas, fiscalizatórias e consultivas, nessa ordem, mencionando-se de maneira incipiente a função deliberativa, frequentemente associada a decisões já tomadas em outras instâncias. A frequente utilização clientelista do fórum é vista como uma distorção do seu papel e um dos motivos do esvaziamento do segmento dos trabalhadores. Assim, coloca-se uma questão: por que participar de um

processo marcado por contradições, pouco efetivo, direcionado à crítica e cobranças, cujo foco tem sido repartir o ônus da realidade do serviço, podendo até os seus participantes serem vistos como cúmplices do clientelismo? Eis uma realidade.

Eixo temático 3 - Conhecimentos sobre composição e funcionamento dos conselhos gestores

Quanto ao conhecimento sobre a composição e funcionamento do CG, todos os sujeitos demonstraram um conhecimento parcial e de certo modo insuficiente sobre esses aspectos. Formularam respostas por aproximação, denotando uma apreensão limitada dessas informações, o que certamente se reflete, entre outros aspectos mais relevantes, na sua fragilidade para promover a mobilização e a participação da população no controle social, assim como propõe a Política Nacional de Atenção Básica de 2006. (BRASIL, 2006b)

Eixo temático 4 - Representações sobre as facilidades e dificuldades da atuação dos Conselhos Gestores

Quanto às Representações sobre facilidades e dificuldades para a atuação do CG, as falas também não foram muito distintas. As percepções sobre as dificuldades da atuação dos Conselhos gestores situam-nas, de modo geral, externamente aos indivíduos entrevistados, ou seja, os problemas são dos outros, como da população que não tem informação e do comodismo dos populares frente à realidade de vida; ou da estrutura do serviço que não propicia o tempo disponível para o exercício da participação e favorece práticas clientelistas e até mesmo da resistência da população, pela sua indolência, ou mesmo pela sua passividade.

Quanto às expressões subjetivas significativas, algumas impressões parecem preocupantes, duas observações críticas podem ser tecidas, uma que diz respeito ao temor da violência e ameaças locais e a outra que se refere a uma suposta retaliação do empregador, diante de manifestações contrárias aos interesses do gestor e dos serviços, indicando que parece não haver condições necessárias que possibilitem a livre expressão inerente a qualquer processo democrático.

Considerando o peso das reais condições institucionais ofertadas para o exercício do CG, cultura política local e poderes locais instituídos, sem subestimar o papel dos sujeitos em confrontar situações desfavoráveis, o cenário parece complexo e multideterminado e pouco favorecedor para o exercício efetivo do controle social e práticas dialógicas.

As facilidades tiveram um lugar residual nas falas, apresentaram-se inexpressivas diante do cenário de dificuldades apresentadas. Há que se salientar que um grupo minoritário referiu como facilidade do CG a possibilidade de conhecer melhor as necessidades reais da população, aquelas que “fogem das estatísticas e dos dados oficiais” habitualmente orientadoras do planejamento e organização dos serviços. Essas falas parecem revelar uma necessidade de os profissionais entenderem melhor as reais condições de vida da população, como também a subjetividade presente nessas realidades.

Há também uma percepção significativa de uma condição de vida subalterna entre os ACS e a representação dos dilemas do seu papel, e identidade híbrida e polifônica (NUNES, TRAD ET AL, 2002) interferindo em seu cotidiano de trabalho. A sua identidade como população o aproxima e corrobora a sua importância na construção do vínculo e na militância pelas causas que afligem seu “pedaço”, mas também produz conflitos internos, quando confrontados com a racionalidade técnica incorporada que diferencia

os ACS da população que representam. Ademais, os ACS apontam para uma baixa valorização do seu papel e para o direcionamento normativo da sua prática pelo profissional enfermeiro, o que pode vir roubando-lhes a potência das suas ações, revelando que a horizontalidade das práticas na ESF pode não ser uma realidade vivida.

Eixo temático 5 - Postura e atitudes frente à prática de participação

Quanto à postura e práticas em relação ao Controle Social, a maioria dos atores não participa atualmente dos CG, pelas dificuldades já citadas anteriormente, no entanto um expressivo grupo tem envolvimento em movimentos associativos de bairro e Organizações Não Governamentais (ONG) ou já participou anteriormente do CG. Pode-se inferir que a postura atual de baixa participação nos Conselhos Gestores ante uma participação anterior mais efetiva, parece ser um reflexo da percepção da baixa efetividade desse fórum. O envolvimento em outros movimentos associativos pode revelar, por um lado, a busca por outros canais de expressão das lutas populares que não encontram lugar nos Conselhos Gestores e, por outro lado, pode sinalizar a capilaridade desencadeada pelo conhecimento e vivências de participação desenvolvidos no interior e por referência ao Conselho Gestor local.

Outro aspecto significativo diz respeito à indiferença demonstrada pelo grupo médico em relação ao exercício do CG, revelando pouca identificação com a dinâmica de participação instituída e nem mesmo interesse em participar para colaborar com a mudança das práticas, diante da visão negativa observada. Isso confronta-se com o expressivo papel desempenhado pela categoria, sobretudo os médicos sanitaristas, ao longo do movimento pela reforma sanitária e sua relevância no cenário da saúde coletiva até os dias atuais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa reflexão sobre as Representações Sociais de trabalhadores da Saúde da Família que compõem a equipe nuclear, em unidades de Saúde da Família da Zona Leste da cidade de São Paulo sobre Controle Social e família como unidade do cuidado, não se propõe tecer conclusões, mas diante da complexidade do material levantado, preferimos apontar alguns desafios relacionados com as questões constatadas ao longo do trabalho.

Várias nuances observadas foram significativas e interessantes e acrescentaram mais elementos para o cenário da Saúde da Família no contexto pesquisado; no entanto, em função do objeto de estudo: representações sociais de trabalhadores da Saúde da Família na Zona Leste da cidade de São Paulo, direcionamos os achados forçosamente ao que nos propusemos, assim parece que o grupo pesquisado, com algumas exceções, compartilha representações similares no tocante à família como unidade do cuidado e a participação por meio dos Conselhos Gestores.

Em princípio, essas representações revelaram não somente o que pensam e fazem individual e coletivamente os profissionais frente à temática da participação, mas que a reforma setorial da saúde e a inserção na Saúde da Família têm provocado uma influência limitada nas representações desses diferentes atores sobre o Controle Social, como também da população e da organização dos serviços.

Considerando que o processo evidenciado configurou-se essencialmente dialético, construído no jogo de teses e antíteses, pleno de subjetividades e de aspectos da realidade, ao que parece, os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, pela sua capilaridade, proximidade com a realidade de vida do cidadão usuário e interface direta com os trabalhadores

dos serviços, necessitam realmente ser tomados como um importante caminho para o exercício da participação social em nível local.

Assim o alcance da prática do Controle Social, conforme os pressupostos do Sistema Único de Saúde, operacionalizada no cotidiano das Unidades de Saúde, depende da incorporação progressiva e simultânea de uma cultura de participação e da efetivação de uma prática cidadã, rompendo tendências cristalizadas e superando o caráter eminentemente regulatório, o que não se dará “naturalmente”, mas pelo investimento na formação de trabalhadores sob a ótica da concepção de saúde como um direito.

Quanto às RS sobre a família como unidade de cuidado, o grupo revelou que o cuidado individual ainda prevalece na prática da Saúde da Família, enfatizando o tratamento dos processos saúde-doença, priorizando-se a dimensão biológica, focada na patologia e com caráter disciplinador, em detrimento da social, apesar de esta ser identificada como relevante, constituindo-se em uma tensão permanente.

As concepções do cuidar para esse grupo estão assentadas no modelo biomédico e ao adentrar o mundo social das famílias, envereda-se por um terreno que escapa da objetividade do cuidado individual inerente ao modelo, reconfigurando o cenário desse encontro, expondo as dificuldades desses trabalhadores em lidar com o sofrimento difuso decorrente dessa realidade, conduzindo-os de volta à segurança da competência técnico-científica.

Esse movimento poderia desencadear outras formas de cuidado, superando a visão orientada à doença e ao indivíduo, no entanto, conjugasse um arraigamento do modelo biomédico e às características da Saúde da Família (PSF), simples do ponto de vista do uso dos recursos tecnológicos e

complexa em relação ao ser humano, pela grande competência técnica, teórica e relacional necessárias.

Tendo em vista esse panorama, aliado à pouca clareza em como conduzir essa prática do ponto de vista conceitual e instrumental, evidencia-se a necessidade de reconstruir o discurso do cuidado familiar em Saúde da Família, efetivamente (re)conduzindo-o ao que se propõe, construindo uma práxis criadora, para assim, investigar-lhe a viabilidade, alcance e o potencial, tirando-o do campo das ideias/propostas, trazendo-o para o campo da vida cotidiana.

Consideramos, que para os sujeitos do estudo, as dimensões pesquisadas ainda não foram incorporadas como elementos fundamentais nas suas práticas. As Representações Sociais elaboradas expressam uma relação entre a institucionalização, saberes e fazeres de um campo em construção – a Saúde da Família - ainda fortemente estruturado no modelo curativista médico-centrado. O cuidado às famílias e o controle social constituem-se em desafios permeados por aspectos críticos e potencialidades e indicam a necessidade de estratégias, não apenas no âmbito local, que mobilizem políticas de ensino, pesquisa, e de assistência à saúde que ancorem a construção de novos modos de fazer em saúde.

6 REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (org). Trad. de Lillian Ulup. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

ADORNO, T.; HORKHEIMER, M. **Família**: em temas básicos da sociologia. São Paulo: Cultrix, 1973.

ALMEIDA, A. M. Notas sobre a família no Brasil. In: ALMEIDA A.M. et al (orgs). **Pensando a família no Brasil**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/UFRJ, 1987. p.53-66.

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. **A enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Programa de Saúde da Família. Manual de Enfermagem. Brasília: MS/IDS/Fundação Telefônica, 2001.

ARIÈS, F. **A História social da criança e da Família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 63-72. 2001.

AYRES, J. R. C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-91, set.2003/fev.2004.

BACKES, D. S. et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.15, n. esp., p.71-78. 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa/ Portugal: Edições 70, 1977.

BERQUÓ, E. Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica. In: NOVAIS, F. A., SCHWARCZ, L. M. (org). **História da vida privada no Brasil**: contrastes da intimidade contemporânea. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. 4 v. p.411-438.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 8.ed. Brasília (DF): Editora Universidade de Brasília, 1995.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 11 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BÓGUS, C. M. **Participação popular em saúde: formação e desenvolvimento**. 1.ed. São Paulo: ANNABLUME, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 18 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília, 1986. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **9ª Conferência Nacional de Saúde: relatório Final**. Brasília, 1992. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2.ed. Brasília: MS, 2006a. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília (DF), 1994.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família**. 2008a. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro_ret.php. Acesso em: 26 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Números da Saúde da Família**. 2008b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_esf_percent_cobertura.jpg>. Acesso em: 26 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família: Caderno2: treinamento introdutório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.11-21, jan./jun. 2002.

CAMPOS, C. E. A.; GARCIA, J. Contribuições para a supervisão dos programas sociais com foco na família. **Rev. Katálisis**, Florianópolis, v.10, n.1, p.95-104, jun. 2007.

CARVALHO, E. A. (col). **Grandes cientistas sociais**. São Paulo: Ática, 1981.

CARVALHO, M. C. B. et al. O lugar da Família na Política Social. In: CARVALHO, M. C. B. (org). **A família contemporânea em debate**. 4. ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002.

CARVALHO, M. C. B. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, A. R., VITALE, M. A., (org). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez - Instituto de Estudos Especiais - PUC/SP, 2005.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integridade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, mar. 2004.

CECÍLIO, L. C. O. Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para melhoria dos serviços públicos de saúde. **Rev. Saúde em Debate**. v.23, n. 53, p.30-36, set./dez. 1999.

CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

COOPER, D. **A morte da família**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

CORREIA, M. Repensando a família patriarcal brasileira. In: Corrêa, M. (org). **Colcha de retalhos**. São Paulo: Brasiliense, 1982. p.13-31.

CORREIA, M. V. C. **Que é Controle Social?**: os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

DA MATTA, R. A família como valor: considerações não-familiares sobre a família à brasileira. In: ALMEIDA A.M. (org). **Pensando a família no Brasil da Colônia à modernidade**. Rio de Janeiro: Espaço e tempo/Editora UFRJ, 1987. p.115-136

ELIAS, P.; BOUSQUAT, A.; NAKAMURA, E.; COHN, A. A implantação do Programa Saúde da Família na metrópole paulista 2001 – 2003. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. v.5, n.7, p.62-71. 2004. Ed. especial.

ELIAS, P.; BOUSQUAT, A.; NAKAMURA, E.; COHN, A.. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M.; IBANÑEZ, N., (org.). **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

ELSEN, I. Desafios de enfermagem no cuidado às famílias. In: BUB, L.I.R. (coord). **Marcos para prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. São Paulo: Escala, 1984.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo**. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2007.

FUCKS, M.; PERISSINOTO, R. M.; SOUZA, N. R. **Democracia e participação**: os conselhos gestores do Paraná. Curitiba: UFPR, 2004

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1670-1681, nov./dez. 2004.

GOHN, M. G. **Conselhos Gestores e participação sóciopolítica**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2003. (Coleção questões da nossa época, 84).

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **PHYSIS- Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p.23-36, 1991. Suplemento.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. **Relações e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1988.

JODELET, D. (org). Trad. de Lílian Ulup. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

LÈVI-STRAUSS, C. **A família**: em um olhar distanciado. Lisboa: Edições 70, 1986.

LOPES, J. B.; GOTTSCHALK, A. Recessão, pobreza e família: a década mais que perdida. **São Paulo em perspectiva**. v.4, n.1, p.100-109, jan./mar.1990.

MACHADO, L. Z. Famílias e individualismo: tendências contemporâneas no Brasil. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v.4, n.8, p.11-26. 2001.

MARCON S. S., et al. Produzindo conhecimento sobre família: a contribuição da enfermagem do Sul do Brasil. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, v.19, n.1, p.21-27. 2006.

MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o Programa de Saúde da Família (PSF). In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A., (org). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 4. ed. São Paulo: Cortez - Instituto de Estudos Especiais- PUC/SP, 2005.

MARTIN, C. Os limites da proteção social da Família. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n.42, mai.1995.

MATTOSO, K. Q. **Família e sociedade na Bahia do século XIX**. Salvador: Corrupio/CNPq, 1988.

MCGOLDRICK, M., CARTER, B. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MELLO, S. L. Família: perspectiva teórica e observação factual. In: CARVALHO, M. C. B. (org). **A família contemporânea em debate**. 4 ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002. p. 51-60.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (org). Trad. de Lílian Ulup. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MURICY, K. O indivíduo e a sociedade em Machado de Assis. In: ALMEIDA, A. M. (org.). **Pensando a família no Brasil da Colônia à modernidade**. Rio de Janeiro: Espaço e tempo/Editora UFRJ, 1987.

NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M. (org). **Família brasileira, a base de tudo**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 26-46.

NEVES, M. F. R. A família escrava brasileira no século XIX. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.** v.4, n.1, p.59-70. 1994.

NUNES, M. O.; TRAD, L. A. B. et al. O agente comunitário de saúde: conquistas e conflitos desse personagem líbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.6, p. 1639-1646. 2002.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v.15, n.3, p.431-438, mai./jun. 2007.

OSÓRIO, L. C. A família como sistema. In: MELLO, F.J., BURD, M. (org). **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.29-42.

PASCALI, J. Formas de organização da participação social. 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PELLIANO, A. M. T. M. (coord). **O mapa da fome II: informações sobre a indigência por município da Federação**. Brasília: IPEA, 1993.

PETRINI, J. C. Mudanças sociais e mudanças familiares. In: PETRINI J.C.; CAVALCANTI, V. R. S. (org). **Família sociedade e subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2005.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. et al. (org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003.

POSTER, M. **Teoria crítica de Família**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDOUT, L. V. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa/Portugal: Gradiva, 1999.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF). **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v. 12, n.4, p.658-664, jul./ago. 2004.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

SACARDO, G. A.; CASTRO, I. E. N. **Observatório dos direitos do cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo: 8 -Conselhos de Saúde**. 2.ed. São Paulo: Instituto Polis/PUC, 2002.

SAMARA, E. M. Casamento e papéis familiares em São Paulo no Século XIX. **Cadernos de Pesquisa**. v.37, p.17-25, mai. 1981.

SAMARA, E. M. O que mudou na família brasileira?: da colônia à atualidade. **Revista Psicologia USP**, São Paulo, v.13, n.2, p. 27-48. 2002.

SAMARA, E. M. Tendências atuais da história da família no Brasil. In: ALMEIDA, A. M. et al. (orgs). **Pensando a família no Brasil**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/UFRJ, 1987. p.25-36.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. v.1 São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, R. L. A.; ADORNO, R.C.F. Um ensaio sobre família(s) e sua intersecções. In: SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SÃO PAULO. Governo Estadual. Secretaria Estadual de Saúde. **Legislação Estadual**. 2007 Disponível em: <http://www.conselho.saude.sp.gov.br/resources/ces/lei_12.516.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2009

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. **Observatório Cidadão Nossa São Paulo**. 2008b. Disponível em: <<http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/analises.php?tema=7&indicador=44ano=2008>>. Acesso em: 26 jan. 2009.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Legislação Municipal**. 2004. Disponível em: <http://www6.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/legislacao/0148>. Acesso em: 26 jan. 2009

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde/Ceinfo. **Boletim CEInfo em dados**. 2008a. Disponível em: <<http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/publicacoes/0004/boletimdados>>. Acesso em: 26 jan. 2009.

SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SENNA, M. C. A estratégia Saúde da família no DLIS Manguinhos. In: **Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local**. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ; 2002a.

SENNA, M. C. M.; COHEN, M. M. Modelo Assistencial e a estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 523-535. 2002b.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p. 243-253, set./dez. 2005. Suplemento 0.

SHORTER, E. **A formação da família moderna**. Rio Grande do Sul: Terramar, 1995.

SILVA, J. S.; DALMASO, S. **Agente comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

SINGLY, F. O nascimento do indivíduo individualizado e seus efeitos na vida conjugal e familiar. In: PEIXOTO, C. E. et al. **Família e individualização**. Rio de Janeiro: FGV, 2000. p.13-19.

SOUZA, N. R.; DALLALANA, T. M. Enfoque sistêmico: uma discussão sobre mudanças de modelo no PSF. **Revista Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.6, n.2, p.154-165, mai./ago. 2004.

SOUZA, R. O. Participação e controle social. In: SALES, M. O. et al. (org). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 2.ed. São Paulo: Cortez; 2006.

SPOSATI, A. LOBO, E. Controle Social e Políticas de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.8, p.366-378, out./dez. 1992.

STOTZ, E.N. Trajetórias, limites e desafios do controle social do SUS. **Revista Saúde em Debate**, v.30, n.73/74, p.149-160. 2006

SZYMANSKI, H. Teorias e “teorias” de famílias. In: CARVALHO, M. C. B. (org.) **A família contemporânea em debate**. 4.ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002. p. 23-27.

TEIXEIRA, C. E. Conselhos de Políticas Públicas: efetivamente uma nova institucionalidade participativa? In: CARVALHO, M.C.; TEIXEIRA, A. C. C. **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Poli, 2000.

VALLA, V. V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, p.147-218. 1998. Suplemento 2.

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.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da Família**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC (Sobral/Uva), 2001.

VÁSQUEZ, M. L., et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções de usuários e líderes comunitários em dois Municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.19, p.579-591, mar./abr. 2003.

VIANA A. L; DAL POZ M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 225-264. 2005. Suplemento.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca, 2002.

ZIONI, F., **Mulheres e crianças primeiro: O caráter da intervenção do estado no grupo materno-infantil: da colônia ao milagre brasileiro**. 1988. 164p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de São Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ZIONI, F.; PIMENTEL, C. **Participação Política e saúde em um município do interior de São Paulo**. São Paulo [2008]. Não publicado.

ANEXOS

Anexo 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Carla Roberta Ferraz Rodrigues, RG nº 3068638 SSP-PE, enfermeira, regularmente matriculada no Programa de Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da USP, no Departamento de Práticas de Serviços de Saúde, situada na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, São Paulo-SP, sob a orientação da Profa Dra. Cleide Lavieri Martins; venho por meio deste informar que a pesquisa de Doutorado que realizo denomina-se: **As Representações Sociais de profissionais do PSF sobre Controle Social e família como unidade do cuidado: Regulação ou Emancipação?** Tal pesquisa tem como objetivo conhecer as representações de profissionais sobre os temas citados para analisá-los por meio dos conceitos de conhecimento-regulação e conhecimento-emancipação de Boaventura Souza Santos. As informações serão obtidas através de entrevistas e da observação das atividades dos profissionais, para tanto será necessário o uso de gravador (entrevista) e eventualmente de máquina fotográfica. Tanto as entrevistas, quanto à observação serão realizadas pela própria pesquisadora ou com a sua supervisão direta e todo material coletado servirá unicamente para a construção da pesquisa.

Sendo assim, asseguramos que:

- Esclarecimentos ou dúvidas sobre a pesquisa poderão ser obtidos a qualquer momento;
- O Relatório final da pesquisa será apresentado a toda comunidade pesquisada após sua conclusão, em data e local conveniente para todos;
- O anonimato dos informantes será preservado em todas as fases da pesquisa;
- O consentimento para participação pode ser recusado ou retirado a qualquer momento da realização da pesquisa;
- A sua participação não lhe trará nenhum prejuízo;
- A sua participação não lhe trará nenhuma despesa;
- As informações sobre o resultado da pesquisa estarão disponíveis e serão enviadas mediante solicitação a qualquer momento da pesquisa;
- As entrevistas serão agendadas em local e horário conforme a disponibilidade do entrevistado; Os períodos de observação também serão previamente acertados.

Considero-me suficientemente esclarecido(a) e concordo em participar voluntariamente da referida pesquisa em conformidade com as orientações detalhadas acima.

Assinatura do entrevistado

Data: ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento livre e esclarecido do participante citado acima.

Data: __/__/__

Assinatura do pesquisador

RG: 3068638 SSP - PE

A pesquisadora e a orientadora do estudo poderão ser encontradas nos seguintes endereços:

Carla Roberta Ferraz Rodrigues

Faculdade de Saúde Pública

Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César

São Paulo – SP E-mail: caferraz@usp.br

Fone: 30667757

99308641

Profa Dra. Cleide Lavieri Martins

Faculdade de Saúde Pública

Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César

São Paulo – SP

Fone: 30667719

Anexo 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 Roteiro de perguntas para entrevista:

1.1 Identificação

Idade

Sexo

Estado civil

Profissão

Tempo de formado

Tempo de trabalho no PSF

1.2 Questões- guia

Família:

- 1- O que é família para você?
- 2- É importante envolver a família no cuidado em saúde, porque?
- 3- O que você entende por abordagem familiar?
- 4- Como você descreve a abordagem familiar no PSF, exemplifique por favor ?
- 5- Você desenvolve a abordagem familiar na sua prática? Conte como isso acontece? Quais facilidades e dificuldades?

Controle Social:

- 6- O que você entende por Controle Social?
- 7- Você participa ou tem envolvimento com algum tipo de movimento social, participação social nos espaços formais/conselhos de saúde? De que forma é a sua participação?
- 8- Para você qual o papel dos Conselhos Gestores?
- 9- No seu entendimento quem deve fazer parte dos Conselhos Gestores e qual deve ser o papel de cada um?
- 10- Qual tem sido sua experiência com controle social/participação da população? Descreva.

Anexo 3 – MANUSCRITO 2: Família como foco na atenção à saúde: perspectiva da Saúde da Família

FAMÍLIA COMO FOCO NA ATENÇÃO À SAÚDE: perspectiva da Saúde da família

Carla Roberta Ferraz Rodrigues¹, Fabíola Zioni²

RESUMO

Trata-se de uma reflexão teórica sobre a família como Unidade do cuidado na perspectiva do trabalho na Saúde da família. Aborda o tema família, segundo lentes histórico-sociais, as famílias no contexto brasileiro e a inclusão da família nas políticas públicas. Discute o cuidado em saúde como categoria e indica premissas para o entendimento do cuidado em saúde da Família na perspectiva da Atenção Básica - Saúde da Família.

Palavras chave: Família, Saúde da Família, cuidado, Atenção Básica

Family as the focus on health: family health perspective

SUMMARY

It is a theoretical consideration on the family as a care unit on the perspective of work on family health. It tackles the subject family, under

¹ Doutoranda em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Pública- USP (SP), Brasil; Docente da Faculdade Santa Marcelina (SP), Brasil..

² Professora Associada da Faculdade de Saúde Pública – USP (SP), Brasil.

Autor Correspondente: Carla Roberta Ferraz Rodrigues
Rua Taquaruçu, 485/24 – Jabaquara – São Paulo – SP
Cep: 04346:040. E-Mail: caferraz@usp.br

social-historical lenses, the families in the brazilian context and the inclusion of families in public policies. It discusses health care as a category and indicates premises for the understanding of family health care on the perspective of Basic Care - Family Health.

Keywords: Family, Family Health, care, Basic care

La Familia como el foco en el atención de la salud: perspectiva de la Salude de la Familia

RESUMEM

Se trata de una reflexión teorica sobre la familia como unidad del cuidado em perspectiva del trabajo en la Salud de la Familia. Abordando el tema familia según los objetivos historicos sociales, las familias en el contexto brasilenõ y la inclusión de familias en la politica publica. Discute el cuidado en salud como categoría y indica la conclusion para um entendimiento del cuidado en la salute de la familia en la perspectiva de la Atención Basica- Salud de la Familia

Palavras chave: Família, Salud de la familia, cuidado, atención basica

1 FAMÍLIAS: CONSIDERAÇÕES HISTÓRICO-SOCIAIS

1.1 Premissas

Os estudos sobre família configuram-se como temas que demandam uma gama de instrumentos advindos de diversos campos do saber (históricos, sociais, filosóficos, psicológicos, religiosos, entre outros) e que

por isso mesmo, situam-se dentro de um campo interdisciplinar e complexo. Qualquer abordagem ao tema será sempre um recorte dentre tantos possíveis, visto que mesmo em campos disciplinares similares os entendimentos podem ser muito diversos. Soma-se a esse panorama, o fato de que o tema família, tão próximo da experiência cotidiana (real ou simbólica) dos seres humanos no decorrer da sua história, em que todos têm algo a dizer ou recomendar, adquire um caráter altamente ideologizado e polemizado. (LEVI-STRAUSS, 1986)

Tendo em vista o objetivo de pensar a família como foco na atenção à saúde, no âmbito da Saúde da Família - política pública do setor voltada para a estruturação da Atenção Básica iniciada em 1994 - assume-se o recorte histórico-social como possibilidade de conhecer e interpretar a família em seu movimento ao longo do tempo, sobretudo porque essa vertente agregou modelos conceituais pertinentes à antropologia e psicologia, contemplando parte da complexidade dessa instituição denominada de família. (SAMARA, 1987)

Engels (1984), em *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*, sustenta que a família com o formato que encontramos hoje no mundo ocidental cristão surge com a revolução burguesa, baseada no poder do homem no interior da família, cuja principal finalidade seria a da procriação e da educação dos filhos. Segundo o autor, tendo como referencial a obra do historiador Lewis Henry Morgan, foi com o declínio da estrutura familiar primitiva que a sociedade moderna foi se formando.

Até o fim da idade Média, os modelos de vida familiar eram marcados pela inexistência de linhas demarcatórias importantes do espaço privado, havendo uma mescla cotidiana da vida pública e privada favorecedora da sociabilidade e da criação de redes de solidariedade. (RIBEIRO, 2004)

Conforme Ariès (1981), até o Século XV, os indivíduos e famílias encontravam-se enquadrados em solidariedades coletivas, feudais e comunitárias, em um mundo que não era privado nem público, no sentido dado na época moderna. As pessoas nasciam em uma comunidade formada por pais, vizinhos, amigos que se relacionavam segundo o princípio da solidariedade.

A densidade social não deixava lugar para a família. Não que a família não existisse com realidade vivida, mas ela não existia como sentimento ou valor. (ENGELS, 1984, p. 19)

Assim, classicamente, nos períodos históricos pré-modernos, a família constituía um estado social, no qual inúmeros casais coexistiam com seus filhos no seio de um lar comunitário. Esses lares, cuja direção era garantida pelas mulheres, tinham existência e responsabilidades coletivas, portanto, dadas as configurações dessas famílias comunitárias, não havia, conseqüentemente, responsabilidades delimitadas entre pais e filhos. (SANTOS; ADORNO, 2002)

Durante a segunda metade do século XIX e parte do Século XX, sob influência do evolucionismo biológico, etnólogos postularam que as famílias da atualidade eram mais complexas e mais evoluídas e desse modo viram que entre os povos primitivos e bárbaros, não se podia conceber formas mais estruturadas de vida social (família) que pertenciam unicamente ao mundo civilizado. Por outro lado, a moderna antropologia passou a admitir em lugar de uma única evolução universal da família, várias formas de famílias geográficas e socialmente definidas, que foram constituindo-se independentes umas das outras. (ADORNO; HORKHEIMER, 1973) Estudos revelam que a família conjugal é observada em diferentes sociedades, tanto as mais evoluídas quanto as mais primitivas e rudimentares, admitindo a diversidade de composições. (LEVI-STRAUSS, 1986)

Ariès (1981) registra que já no século XIX, na Europa, a população mais pobre ainda vivia como as famílias medievais, com as crianças afastadas da casa dos pais.

Poster (1978), em sua obra "Teoria crítica da Família", afirma que a história da família é descontínua, não-linear e não-homogênea. Para o autor, existem padrões familiares distintos, com as suas próprias histórias e suas próprias explicações, ampliando os olhares para além de visões dogmáticas e totalizantes; há que se entender que o assunto cada vez mais amplia-se e torna-se complexo.

Deste modo, reportando-se a Poster (1978), é importante afirmar que as conjunturas, especificidades e estruturas sociais vigentes historicamente conduziram as famílias a uma direção ou outra sem, no entanto, correlacioná-las, de forma reducionista a uma única variável.

O autor ilustra a sua tese partindo da afirmação de que as famílias camponesas europeias dos séculos XV e XVI tinham traços em comum com a aristocracia dos Séculos XVI e XVII. Nas famílias camponesas, a unidade básica não era a família conjugal, mas a aldeia. Casamentos, relações entre homens e mulheres e entre pais e filhos eram compartilhadas por todos, pois a privacidade era desconhecida e sem valor. A autoridade e o amor estavam repartidos por uma ampla rede de parentes e aldeões. Nas famílias aristocráticas, atribuía-se pouco valor à privacidade, cuidados maternos e amor romântico. A vida e o cuidado das crianças não gravitavam em torno dos pais, mas estavam diluídos em uma gama de figuras adultas. As famílias trabalhadoras do início da revolução industrial não eram um "ninho de domesticidade". Crianças e jovens trabalhavam nas fábricas e as mulheres, além de realizar os afazeres domésticos, também trabalhavam nas fábricas.

Com o surgimento da escola, da privacidade, da manutenção das crianças junto aos pais e do sentimento de família valorizado pelas

instituições (principalmente a Igreja) em meados do Século XVII, começa a se delinear a família nuclear burguesa (SZYMANSKI, 2002), centrada na privacidade, na educação das crianças e no patriarcalismo.

Com o passar do tempo, o modelo familiar burguês estende-se a quase toda a sociedade, que passa a incorporar os valores, crenças e normas inerentes a esse modelo. Aceitaram como verdade estabelecida a relação baseada na autoridade masculina colocada no topo e consequentes relações entre desiguais e a clara distinção do espaço público como lugar do homem e o espaço da mulher circunscrito à esfera da vida privada (casa).

De acordo com Shorter (1995, p.221), a família nuclear moderna nasceu no abrigo da domesticidade, “esse quente abrigo que protege da noite fria e inhóspita”, difundindo sentimento nas relações familiares. A propriedade e a linhagem viriam a dar lugar à felicidade pessoal e a relação mãe-filho passou a ser prioridade. O afeto, o amor e a compreensão passam a regular a vida em família, o que Shorter denominou de “surto de sentimento” (p.11).

No Século XIX, o Estado invadiu a vida familiar, legislando sobre o casamento, regulamentando o processo de adoção, determinando os direitos dos filhos naturais, instituindo o divórcio e limitando o poder paterno.

A família moderna então inspira-se no modelo urbano-industrial burguês, naturalizando essa estruturação e por conseguinte, caracterizando como desviantes e incompletos outros arranjos que não contemplem as características “ideais” de família.

A partir da década de 60 do Século XX, no mundo ocidental desenvolvido e parte das camadas médias e altas dos países em desenvolvimento, a centralidade da lógica do grupo familiar em torno do amor e da afeição com atribuições diferenciais por sexo passam por mudanças significativas. Segundo Singly (2000), em meados do Século XX, a importância do grupo

começa a dar lugar à importância dos seus membros e há uma tendência à não diferenciação de funções por sexo nas relações amorosas e conjugais. Tais observações remetem à noção de individualismo, que parece estar pondo em cheque o valor atribuído à família como princípio social balizador. (MACHADO, 2001)

Os grandes problemas do século XX, com o fosso entre nações pobres e ricas, em função do modelo acumulação capitalista, geraram importantes mudanças nas sociedades, sobretudo no papel dos Estados, que intimados a agir para minimizar a pauperização e a vulnerabilidade social crescentes, passam a ter uma atuação mais efetiva, proporcionando bens e serviços sociais, construindo sistemas redistributivos para minimizar o crescimento das desigualdades. Tais ações ocorreram de forma diferenciada, dependendo das condições econômicas, políticas e culturais das diversas sociedades. Sobretudo a partir da Segunda Guerra Mundial, os países centrais adotaram o chamado “Welfare State”, Estado de Bem Estar Social, como estratégia pública para reverter as dificuldades emergentes, assumindo funções desempenhadas pelas sociabilidades comunitárias e familiares. A proteção e a reprodução social transformaram-se em “missão” de um Estado social de direitos do cidadão, ao ponto que a família pareceu descartável no modelo de Estado-Providência desenvolvido nos países centrais. (CARVALHO, 2002)

No entanto, ao final do Século XX, o modelo do Welfare State começou a ruir, as novas demandas políticas e econômicas de uma sociedade global, a transformação produtiva, o desemprego e a precarização nas relações de trabalho engendram necessidades e limites e pressionam por novos modos de gestão das políticas sociais. (CARVALHO, 2002)

A necessidade de encontrar uma solução para a crise financeira do regime de proteção social é tamanha que, em muitos países europeus, se encara a hipótese de remeter para a família, ou para as redes de integração primária, um certo número de serviços e encargos que anteriormente

eram em parte cobertos por despesas públicas.(MARTIN, 1995)

Assim, o chamado “Welfare State”, nos anos 90, apresenta-se como uma missão claramente compartilhada entre Estado, iniciativa privada e sociedade civil, “um welfare mix”. (CARVALHO, 2005)

Nos países da América Latina, nunca se consolidou um Estado de Bem Estar Social. Para Souza (2004), as políticas sociais dos países latino americanos são frequentemente caracterizadas como dispersas, fragmentadas e de limitado poder redistributivo. A participação do Estado é menor e o chamado Welfare mix já conta com uma longa tradição, ou seja, sempre se conjugou um frágil Estado-providência com uma forte Sociedade-Providência (CARVALHO, 2005), com forte referência as sociabilidades sociofamiliares e organizações agrupadas sob o rótulo de terceiro setor e iniciativa privada.

Assim, os países centrais redescobrem o papel e a importância da família, encoberta pelas políticas sociais, devolvendo-lhe e repassando-lhe responsabilidades e tarefas, na provisão de bens e serviços sociais básicos. Por outro lado, nos países periféricos, em que as políticas sociais nunca concretizaram um estado de bem estar social, nos quais a família sempre fez parte dos arranjos de proteção social, essas tendências acentuam o caráter utilitário dessa relação, reforçando as exigências e atribuições das famílias como anteparo social.

1.2 A Família no Brasil:

No Brasil Colonial, Imperial e início da República, entre os Séculos XVI e XIX, a história familiar tem sido contada a partir de um tipo dominante de organização familiar e doméstica – a família patriarcal. (CORRÊA, 1982) Divulgada principalmente por meio de Gilberto Freire, seu mais extenso pesquisador, cujo retrato da sociedade colonial baseou-se na forma familiar

vigente nas camadas “senhoriais” da economia açucareira pernambucana, perpetuada na literatura, onde também são descritas as famílias durante o período da agricultura cafeeira.

A família patriarcal configurou-se como um modelo estruturador de uma concepção hierárquica de formas de família, completas umas e incompletas outras, em função de que a incompletude de algumas decorreu do seu papel de sustentar e servir às primeiras. (DA MATTA, 1987)

A família patriarcal posteriormente “casa-se” com o modelo da família nuclear burguesa, reapropriado e adaptado pela mentalidade da família patriarcal (ALMEIDA, 1987), dominante, segundo as normas vigentes, na história colonial, como também na moderna e contemporânea.

No entanto, a obra de Gilberto Freire e de outros estudiosos que seguiram as mesmas orientações têm sido alvo de críticas (CORRÊA, 1982; SAMARA, 1981; 2002; NEDER, 2000; MELLO, 2002) sobretudo a partir da publicação de pesquisas recentes, nas quais se afirma que as famílias extensas do tipo patriarcal não foram as predominantes na história brasileira. (ALMEIDA, 1987) As famílias da elite eram formalizadas por uniões legítimas e os papéis sexuais estavam bem estabelecidos por costumes e tradições amparados na lei, mas, para os estratos sociais não dominantes que correspondiam à maioria da população, o celibato, o concubinato e a ilegitimidade eram comuns, além de quê, as mulheres exerciam atividades econômicas fora do âmbito doméstico e solteiras com prole natural chefiavam famílias. (SAMARA, 2002)

Embora coexistissem arranjos diversos, a família patriarcal conjugal era a norma simbólica, estimulada e desejada, sobretudo pela Igreja, cuja orientação pregava a obediência, o moralismo e o controle sexual rígido. (COSTA, 2004)

Assim, constituiu-se no paradigma social que correspondeu não a uma descrição da família brasileira, mas a uma representação que se impôs para a população, investindo-a da noção de modelo de autoridade moral, medida de valor para a vida familiar.

Ao final do Século XX, o impacto das crises sociais e econômicas, as repercussões e exigências adaptativas do mundo globalizado promovem mudanças profundas e permanentes, criando um novo cenário sociocultural. Alteram-se a organização do trabalho e a atividade produtiva, os processos de educação e comunicação, os valores e a socialização das novas gerações. Essas mudanças repercutem significativamente na vida e nos arranjos familiares, apesar de o modelo da família nuclear e conjugal persistir como um ideal a ser alcançado, em razão da sua atribuição positiva pelo Estado, instituições e sociedade em geral.

Da Matta (1987) define que o valor da família como prestígio estende-se por toda a sociedade.

Quem não tem família já desperta pena antes de iniciar o entredo dramático e quem renega a família tem, de saída, a nossa mais franca antipatia. (p.125)

Do ponto de vista demográfico e estatístico, mudanças e permanências vêm marcando a estrutura familiar brasileira nas últimas décadas. (BERQUÓ,1998) As famílias nucleares, isto é, o casal com ou sem filhos continua predominante. O tamanho da família diminuiu, cresceram as uniões conjugais sem vínculos legais e as famílias reconstituídas. É também crescente os arranjos monoparentais, aqueles caracterizados pela presença do pai ou da mãe com filhos.

Do ponto de vista da dinâmica familiar, as transformações internas ao núcleo familiar têm sido consideradas as mais significativas, segundo Petrini (2005). Mudaram os padrões de relacionamento, os modelos de autoridade

passaram a ser questionados e a posição da mulher alterou-se profundamente.

Grande parte dessas mudanças deu-se a partir dos novos papéis assumidos pela mulher, principalmente pela sua inserção no mercado de trabalho – o aumento da participação feminina na força de trabalho remunerada foi de cerca de 16% para 39% entre 1960 e 1990 e de 39% para 43,6% em 2006 (BRASIL, 2006). Por outro lado, o aumento dessa participação no mercado de trabalho não se traduziu em diminuição do tempo destinado aos afazeres e atribuições domésticas.

A mulher fica, nesses casos, com as maiores responsabilidades para sustentar e educar os filhos devendo administrar a casa e ter, de fato, dupla jornada de trabalho (PETRINI, 2005. p.45)

O aumento das separações e divórcios com menor chance de recasamento entre as mulheres, a diminuição da fecundidade e os novos padrões de sociabilidade do gênero também foram determinantes.

As famílias monoparentais chefiadas por mulheres, apesar de já expressivas historicamente, cresceram mais entre as camadas mais baixas, o que, de modo geral, lhes conferem acentuado grau de vulnerabilidade, visto que passam a depender mais dos recursos públicos, cuja disponibilidade de oferta é sempre insuficiente.

Segundo Lopes e Gottschalk (1990) as famílias chefiadas por mulheres estão em situação estruturalmente mais precária, quando comparadas com famílias pobres, equivalentes no ciclo de vida familiar, que têm chefe masculino presente e nesse cenário, quando se vincula monoparentalidade, sexo e etnia, a dimensão da pobreza amplia-se.

Assim, para as famílias pobres, as redes que se formam em torno dos filhos, das vizinhanças, dos compadrios, dos parentes são importantes

elementos na formação das redes de apoio, principalmente por representarem condições de resistência e sobrevivência. (SARTI, 2005)

A família alargada, o grupo de conterrâneos, a sociabilidade comunitária representam possibilidades de maximização de rendimentos, apoios, afetos, moradia, cuidados da saúde e a realização de projetos de vida. (CARVALHO, 2002)

Percebe-se nas últimas décadas, tanto uma valorização da família pela política social, por meio de iniciativas de organismos internacionais, como pelo que se exige delas por parte desses programas e por parte do cenário econômico – assim, em face das intencionalidades contidas nessas iniciativas, a família passa a ser requisitada com mais evidência.

No entanto, apesar da centralidade dessa instituição – os programas e políticas continuam a desconhecer suas diferentes conformações contemporâneas e de origem histórica. Desconsideram-se os valores familiares, composição, estratégias e os diferentes papéis assumidos pelos componentes dessas famílias. Não são valorizados os complexos entrelaçamentos de parentesco derivados dessas mudanças e o peso das novas exigências sobre os arranjos familiares.

As implicações das diferentes estratégias institucionais sofrem as influências desse pouco entendimento. A família tem sido uma ilustre desconhecida, em que os pactos são unilaterais, projetados num “dever ser” idealizado, além de que a concepção de família que subjaz à grande parte dessas estratégias e ações, inibe a possibilidade da elaboração de problemas individuais e coletivos, conforme os recursos que podem estar no próprio âmbito familiar. (SARTI, 2005)

2 FAMÍLIA E SAÚDE: CENÁRIO DAS POLÍTICAS E AÇÕES EM SAÚDE.

No cenário da saúde, a medicina social do final do Século XIX, por meio do higienismo, em seu projeto de normatização da vida social brasileira, representa uma das primeiras e significativas influências da área da saúde sobre a sociedade brasileira e suas famílias. O papel da medicina como saber disciplinar e disciplinador converteu o universo familiar à ordem urbana, instituindo novas formas de relacionamento familiar e novos padrões de comportamento social. (COSTA, 2004) As famílias foram incitadas a exterminar a desordem higiênica dos velhos hábitos coloniais e enquanto o perfil sanitário se modificava, mudavam também suas feições sociais. Os modelos mediados pelo discurso médico produziram os exemplos do pai e da mãe higiênicos por oposição à mundana, ao libertino e ao celibatário, instrumentos de regulação política da vida dos indivíduos. (COSTA, 2004)

Por volta dos anos 30 do Século XX em diante, valendo-se dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, os programas de saúde, direcionados sobretudo para mulheres e crianças, interferiam na vida familiar, revolucionando os seus costumes. (MURICY, 1987)

Na década de oitenta, ganham impulso diferentes programas de inserção da família nos cenários das políticas públicas e de saúde brasileiros como os programas de complementação de renda, habitacional, de distribuição de bens e serviços, ora centrados nas mulheres, ora nas crianças, ora no grupo familiar, em função de distintos interesses, sejam do Estado, da sociedade civil ou de organizações internacionais.

A agudização das crises sociais e econômicas que se seguem a essa década e os custos crescentes dos serviços públicos e privados encaminham as iniciativas para a “solução familiar (ao menos parcial)

visando reduzir sua dependência dos serviços coletivos e aumentar a autonomia e iniciativa pessoal/familiar”. (RIBEIRO, 2004)

A família passa a ser cada vez mais objeto de atenção das instituições governamentais pela grande quantidade de atividades de proteção, ajuda e cuidado que desenvolve. Há um reconhecimento de que a família representa o centro das funções do cuidado (SERAPIONE, 2005), sendo percebida como um importante recurso social, especialmente para socializar os membros jovens, cuidando das etapas iniciais do desenvolvimento e da educação.

Os discursos institucionais, passam a falar cada vez menos em internação hospitalar e mais em internação domiciliar, em médico de família, cuidador domiciliar, agentes comunitários de saúde e nessa direção, as políticas de saúde e de assistência social vão introduzir serviços voltados à família e à comunidade, implementando modalidades de atendimento ancoradas nesses pilares. (CARVALHO, 2005)

O ano de 1994, promovido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o “Ano Internacional da Família”, reflete as intencionalidades vigentes; e no Brasil, nesse mesmo ano, o Programa de Saúde da Família (PSF) emerge como um marco brasileiro de oficialização da família como foco do cuidado profissional de saúde na atenção básica.

O PSF surge com a incumbência de superar o modelo assistencial vigente, caracterizado pela racionalidade técnico-instrumental das práticas, num cenário médico-hegemônico, de poucos recursos financeiros e grandes problemas. Definido como um modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes de saúde responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária. Tem como objetivo, entre outros: “Promover a família

como o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, em um enfoque comunitário". (BRASIL, 1994 p.4)

De modo geral, os primeiros documentos sobre o PSF, publicados pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde em 1994, 1997 e 2000, contendo conceitos, diretrizes e metodologias, apontam para orientações normativas genéricas sobre a inclusão da família como foco do cuidado. (MARSIGLIA, 2005)

Os treinamentos introdutórios propostos pelo Ministério da Saúde – treinamentos voltados para quem inicia o trabalho na Saúde da Família – documentos oficiais e materiais didáticos produzidos para orientação do trabalho com famílias não trazem referências para todos os profissionais sobre como conduzir a ação profissional frente às questões das dinâmicas familiares no PSF. Não há uma apresentação da complexidade do perfil das famílias brasileiras, suas características principais e os contextos sociais em que estão inseridas. (BRASIL, 2000)

O Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS), desenvolveu um material instrucional para educação a distância, o qual foi disponibilizado *on line* e distribuído aos municípios com diversos temas específicos para cada profissional. (ANGELO; BOUSSO, 2001) No entanto, somente o Manual de Enfermagem apresenta temas que focalizam abordagens para compreender a família nos diferentes ciclos da vida.

A Política Nacional da Atenção Básica, publicada em 2006, referenda a Saúde da Família como estratégia para implementar e fortalecer a Atenção Básica no Brasil. (BRASIL, 2006) Aponta nos seus Princípios Gerais que as atividades devem ser desenvolvidas tendo como foco a família e a comunidade; que o processo de trabalho da Saúde da família deve ter como características a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do

conhecimento da estrutura e funcionalidade familiar, visando propor intervenções que influenciem os processos saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade. No entanto, quando o documento se refere às atribuições dos profissionais envolvidos nas equipes de saúde; agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, não há detalhamento sobre quais ações devem ser desenvolvidas e nem como estruturar o cuidado às famílias.

Não há referências claras sobre características das famílias na atualidade em sua diversidade de composições, tamanho, dinâmica, papéis e funções, necessidades e estratégias de sobrevivência.

Não há referências sobre como o profissional de saúde pode pensar, conduzir e sistematizar a “prática com famílias”. A indefinição de questões conceituais leva os profissionais a balizarem seu trabalho, a partir da sua imagem pessoal ou idealizada de família, ou simplesmente mantê-la como uma alusão ao tema.

As diversas abordagens da família no PSF têm sido produto das indefinições citadas acima, das intencionalidades explícitas ou não do poder público, da criatividade e esforço individual e das limitações/preconceitos individuais e coletivos. Ou seja, na maioria das vezes, são realizadas segundo o senso comum, carecendo de fundamentos conceituais mais consistentes. (CAMPOS; GARCIA, 2007)

Por outro lado, a não normatização dessa prática pode permitir a construção de arranjos/estratégias menos formais, mais responsáveis e resolutivos. Assim, desde que o assunto seja devida e profundamente problematizado, a família como unidade do cuidado, principalmente quando nos referimos às famílias atendidas pela Saúde da Família, pode configurar-se como um lugar ímpar, para o exercício da solidariedade e do comprometimento com o outro.

3 FAMÍLIA E CUIDADO EM SAÚDE

A história da civilização humana demonstra que o cuidar sempre esteve presente nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer, muito antes do surgimento das profissões. (BACKES, et al, 2006)

Segundo Heidegger (2006), o cuidado é uma constituição ontológica, entra na definição essencial do ser humano e estrutura a sua prática. O cuidado como objeto não é algo independente de nós, mas como é vivido e se estrutura em nós mesmos, subjaz a tudo o que o ser humano empreende, projeta e faz. Significa uma atitude na qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude. (BOFF, 2004) O cuidado apresenta-se quando a existência de alguém tem importância para nós. A dedicação e disponibilidade de participar daquela vida e o sentimento de responsabilidade realizam o cuidado.

Segundo Boff (2004), o cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude, é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas.

Para Boff (2004), há dois modos fundamentais de ser-no-mundo: o trabalho e o cuidado, de onde emergem a construção da realidade humana.

O modo de ser-no-mundo pelo trabalho conforma-se em modo de ser-consciente e assume um caráter dominador diante da natureza. Adapta o meio ao seu desejo e conforma seu desejo ao meio. Configura-se como projetos e estratégias com suas táticas de plasmação diante de si e da natureza, fundamenta-se na razão instrumental-analítica, o que impõe um certo distanciamento da realidade, a fim de melhor entendê-la e controlá-la.

O modo de ser cuidado não se opõe ao trabalho, mas confere-lhe novas dimensões e tonalidades. O cuidado implica interação, relações

sujeitos-sujeitos e convivência. Fundamenta-se na razão cordial, possibilitando emergir as dimensões da alteridade, respeito e reciprocidade. As intervenções sobre objetos transformam-se em interações e comunhão entre sujeitos.

O cuidar no campo da saúde é sua própria razão de ser, é o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos seus profissionais, no entanto, contraditoriamente, esse cuidado afastou-se da condição humana, impregnou-se da racionalidade biomédica constitutiva das ciências da saúde, compartimentalizou os corpos e os saberes, obscureceu a essência do ato humano. Priorizou a cura e objetivou dores, permitindo que o diagnóstico substituísse o cuidado.

Assim, o cuidar em saúde historicamente influenciado pelo poder-saber técnico, considerado premissa para sua viabilidade, tem sido alvo de debate, pela sua incapacidade de responder adequadamente à singularidade, subjetividade e ao sofrimento inerentes à complexidade dos problemas do campo da saúde na atualidade.

O cuidado pautado na atenção individual, curativa, centrado no escrutínio das patologias, construído a partir de relações entre sujeito e objeto e não na relação entre sujeitos, em que não há espaço para escuta e acolhimento tem sido marcante nas expressões dos modos de cuidar.

Tendo em vista que o cuidar em saúde implica uma diversidade de concepções como: assistir, tratar, curar, acolher, manifestar cuidado; tem havido dificuldade na construção do seu significado para trabalhadores e usuários. Múltiplas expressões e compreensões abarcam a simples e ao mesmo tempo complexa noção de cuidado, simples pela sua natureza, mas complexa pela sua singularidade.

Em que pesem as diferentes nuances e significados atribuídos, consideramos a priori que o cuidar em saúde não se traduz apenas em atos

direcionados ao curar, tratar e controlar, passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas. (AYRES, 2001) Não se resume em um ato, mas em uma atitude que “abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF 2004, p.33).

Designa simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática, estabelece uma interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou o alcance do bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade. (AYRES, 2003/2004)

Constitui-se por princípios fundamentais que são movimento, identidade, alteridade, interação, plasticidade, comprometimento e temporalidade como inerentes e indispensáveis às múltiplas relações em que se constrói o cuidado.

As concepções do cuidar e suas respectivas práticas estão no centro do debate da qualidade da atenção à saúde e nas novas formas de organização dos serviços e a família como unidade do cuidado ou cuidado familiar em saúde na atenção primária é ainda um campo em construção e um desses possíveis espaços.

Tendo em vista que o cuidado em saúde tem sido marcado pela intervenção e medicalização do corpo individual, de maneira fragmentada, dissociado da subjetividade e contexto de vida de quem sofre, exercitar o cuidar na perspectiva familiar situa-se num plano complexo e quase experimental.

O campo da Saúde da Família emerge como um discurso institucional por meio do Programa de Saúde da Família, amplia-se e consolida-se como prática difusa, em que o cuidado familiar não corresponde ao seu propósito.

Ao que parece, pela observação no cotidiano das práticas e pela limitação da literatura existente, o cuidado às famílias na Saúde da Família continua sendo a expressão de um ideal e não uma prática prevalente.

Evidencia-se que a maioria dos estudos brasileiros acerca do tema cuidado familiar são originária do campo da enfermagem, estudos esses iniciados a partir da década de 80, com expressivo incremento nos anos 90 e 2000. Realizados principalmente no âmbito acadêmico, os estudos iniciais traziam reflexões teórico-conceituais acerca da preocupação em construir modelos e instrumentos para assistir adequadamente a família. (MARCON et al, 2006) Atualmente, é possível perceber a aplicação desses conhecimentos, no entanto, a maioria diz respeito à vivência de doenças crônicas/agudas, evidenciando uma relação de cuidado-doença, ou referem-se a vivências acadêmicas de aplicação de instrumentos de trabalho com famílias, em pequenos grupos e com caráter experimental.

Quando se referem à experiência na Saúde da Família (SF), estudos apontam que o enfermeiro, ao descrever a sua prática com famílias, frequentemente caracteriza o cuidado individual no contexto da família, em que a perspectiva é individual e a família é tida como aquela que interfere positiva ou negativamente, sendo responsável por cumprir as orientações dos profissionais relacionadas ao foco da atenção. (OLIVEIRA; MARCON, 2007)

Na perspectiva da atenção básica, além da enfermagem, há poucos estudos advindo de outras categorias profissionais, contudo, a psicologia, a antropologia, o serviço social tem uma vasta literatura sobre famílias, inclusive muitas referências que foram apropriadas pela medicina e enfermagem.

Nesse cenário, em que as reflexões teóricas, em parte contempladas em cursos de graduação, e pós-graduação, ainda se encontram circunscritas

ao meio acadêmico e seu território de influência ou em experiências pontuais, as dicotomias ainda prevalecem, de um lado na abordagem clínica, as dores físicas dissociadas das dores da alma; do outro, o indivíduo apartado da sua vida familiar e social, limitando o cuidado às práticas descontextualizadas e curativas.

As equipes de SF, compostas por profissionais de diferentes categorias – médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos, auxiliares e técnicos de higiene dental - com diferentes níveis de escolaridade, com formação e atribuições específicas compõem o núcleo responsável pelos cuidados formais, aqueles desenvolvidos a partir de conhecimentos técnicos-teóricos sob a égide da ciência, incluindo-se os agentes comunitários de saúde, que devidamente instrumentalizados pelo saber formal instituído, passam a incorporar e disseminar a racionalidade do sistema.

Profissionais, cidadãos, membros de diferentes famílias, com toda singular complexidade que as caracteriza, adentram as casas de inúmeras famílias brasileiras, que não somente abrem suas portas, mas revelam a privacidade de suas relações, a intimidade de seus costumes, modos de cuidar, suas dores e alegrias. Realizam contatos permanentes e proximais com os indivíduos e grupos familiares, construindo ações, relações e interações a partir de suas referências teóricas, crenças e expectativas.

Nesse cenário potencial de acesso aos indivíduos, famílias, e contextos de vida, parte-se do pressuposto de que construir o cuidado às famílias constitui-se como uma modalidade complexa e desafiadora, na medida em que lida concomitantemente com uma instituição social com características e dinâmicas próprias, com indivíduos, suas histórias e expectativas, como também com a realidade latente, permanentemente revelada.

As profissões da saúde foram construídas, tendo como referência a ciência clássica em que nos foram apresentados o corpo, a doença, a semiologia e a terapêutica e esse ponto de vista, técnico-teórico, não incluiu o universo familiar e desse modo, para iniciarmos o cuidado às famílias, trata-se de implementar uma prática com outras lentes, por meio da apropriação de ferramentas conceituais que orientem novos modos de ação.

Assim, é preciso construir ângulos ampliados que possibilitem o olhar sobre os indivíduos, suas famílias e seus contextos de vida, identificando como as famílias vivem, quem são, como são compostas, como se desenvolveram, como funcionam, que papéis desempenham, suas fragilidades e quais são as forças que os grupos familiares constituíram ao longo da sua trajetória para co-construir o cuidado às famílias, reconhecendo-as, respeitando sua autonomia e favorecendo a resolução dos seus problemas.

Ou seja, para se trabalhar com famílias, é necessário que o profissional tenha conhecimento acerca do universo familiar, sem contudo, simplificá-lo, reduzindo-o a variáveis, relacionadas a condições de risco, em função dos seus valores socio-culturais por exemplo. Implica aproximar-se do mundo dos significados e saberes familiares, conhecendo as suas particularidades, bem como reconhecendo-as como uma unidade de cuidado de saúde.

A prática com famílias pressupõe efetivar o “modo de ser cuidado”, em toda sua amplitude, direcionado aos grupos familiares.

A família enquanto sujeito do cuidado tem sido estudada por diferentes lentes, sempre com intuito de vislumbrar caminhos possíveis para essa aproximação profissional-família. Algumas das teorias mais comumente observadas oferecem diferentes modos de conceituar família e também diferentes perspectivas para sua compreensão.

Sinteticamente, a perspectiva do Interacionismo simbólico propõe que família é uma unidade de pessoas em interação e que o cuidado familiar é referido como o processo de cuidar das famílias em seu mundo de interações, uma vez que se considera que são elas que mantêm e sustentam o núcleo familiar. A perspectiva desenvolvimental defende que as famílias são sistemas movendo-se através do tempo, vivenciando diversos momentos ou etapas (ciclo de vida familiar) típicas para a maioria das famílias, que geram mudanças e necessidade de reorganização dos papéis e regras familiares, denominadas de crises de transição. Desse modo, o cuidado familiar deve considerar a identificação da etapa vivida para ajudá-la no sentido da superação ou adaptação. (CERVENY, 2002; MCGOLDRICK; CARTER, 1995) A perspectiva sistêmica postula que em todas as manifestações da natureza encontra-se uma organização sistêmica, o que pressupõe não um conglomerado de partes e sim um conjunto integrado a partir de suas interações. (OSÓRIO, 2004) Entende a família como um sistema, parte de um supras-sistema mais amplo e que por sua vez, é composto de muitos subsistemas, processando trocas com os outros sistemas com os quais se relaciona, influenciando e sendo influenciada pelo todo. Assim, entender as famílias sistemicamente significa, literalmente, colocá-las dentro de um contexto, estabelecer a natureza de suas relações. (WRIGHT; LEAHEY, 2002)

Independentemente do referencial teórico orientador do cuidado às famílias, é consenso que trabalhar com famílias é compartilhar saberes e que não se pode adotar uma definição de família como universalmente válida.

Depreende-se que o cuidado familiar deve compreender os aspectos culturais, levando em consideração crenças, valores e costumes familiares; conhecer e compartilhar a concepção de cuidado construída pela família; conhecer as interações, relações interpessoais e o conjunto das interações sociais estabelecidas; conceber a família como um sujeito dinâmico e não

meramente reativo, sua autodefinição, necessidades, condições materiais de vida e recursos. Implica uma percepção ampliada, não universalista, e necessita ultrapassar os limites de uma abordagem linear.

A saúde familiar tem sido entendida como diferente da saúde dos seus membros, no entanto, está interligada a eles.

Trata-se da qualidade das relações entre os diferentes membros, suas crenças, seus valores, conhecimentos e práticas compartilhadas e aprendidas por meio da interação com outras famílias e com a sociedade, bem como de tarefas ou papéis a serem desempenhados para o bem estar do grupo familiar. (Elsen, 1994, p 68)

Assim, o foco do cuidado deve ser entendido como oferecer suporte e capacitar a família de forma que ela possa atender às necessidades de seus membros, em seu processo de viver, ser saudável/adoecer, mobilizando recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento. Implica a capacidade de entender e atender adequadamente às necessidades do outro, de saber ouvir, de co-construir o cuidado e interatuar. Instaura um novo imperativo ético em que os seres humanos percebem, reconhecem e promovem os direitos uns dos outros.

REFERÊNCIAS

ADORNO, T.; HORKHEIMER, M. **Família**: em temas básicos da sociologia. São Paulo: Cultrix, 1973.

ALMEIDA, A. M. Notas sobre a família no Brasil. In: ALMEIDA A.M. et al (orgs). **Pensando a família no Brasil**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/UFRJ, 1987. p.53-66.

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. A enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Programa de Saúde da Família. **Manual de Enfermagem**. Brasília: MS/IDS/Fundação Telefônica, 2001.

ARIÈS, F. **A História social da criança e da Família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-91, set.2003/fev.2004.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 63-72. 2001.

BACKES, D. S. et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.15, n. esp., p.71-78. 2006.

BERQUÓ, E. Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica. In: NOVAIS, F.A., SCHWARCZ, L.M. (org). **História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. 4 v. p.411-438.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 11.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília (DF), 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família: Caderno2: treinamento introdutório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Síntese dos Indicadores sociais de 2006. IBGE detecta mudanças na família brasileira. 2006. Disponível:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774>. Acesso em: 14 out. 2008

CAMPOS, C. E. A.; GARCIA, J. Contribuições para a supervisão dos programas sociais com foco na família. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v.10, n.1, p.95-104, jun. 2007.

CARVALHO, M. C. B. et al. O lugar da Família na Política Social. In: CARVALHO, M.C.B. (org). **A família contemporânea em debate**. 4 ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002.

CARVALHO, M. C. B. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, A. R., VITALE, M.A., (org). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez - Instituto de Estudos Especiais - PUC/SP, 2005.

* CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CORRÊA, M. Repensando a família patriarcal brasileira. In: Corrêa, M. (org). **Colcha de retalhos**. São Paulo: Brasiliense, 1982. p.13-31.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

DA MATA, R. A família como valor: considerações não-familiares sobre a família à brasileira. In: ALMEIDA A. M. (org). **Pensando a família no Brasil da Colônia à modernidade**. Rio de Janeiro: Espaço e tempo/Editora UFRJ, 1987. p.115-136

ELSEN, I. Desafios de enfermagem no cuidado às famílias. In: BUB, L.I.R. (coord). **Marcos para prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. São Paulo: Escala, 1984.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006.

LÉVI-STRAUSS, C. **A família**: em um olhar distanciado. Lisboa: Edições 70, 1986.

LOPES, J. B.; GOTTSCHALK, A. Recessão, pobreza e família: a década mais que perdida. **São Paulo em perspectiva**. v.4, n.1, p.100-109, jan./mar.1990.

MACHADO, L. Z. Famílias e individualismo: tendências contemporâneas no Brasil. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v.4, n.8, p.11-26. 2001.

MARCON S. S., et al. Produzindo conhecimento sobre família: a contribuição da enfermagem do Sul do Brasil. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, v.19, n.1, p.21-27. 2006.

MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o Programa de Saúde da Família (PSF). In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A., (org). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 4 ed. São Paulo: Cortez - Instituto de Estudos Especiais- PUC/SP, 2005.

MARTIN, C. Os limites da proteção social da Família. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n.42, mai.1995.

MCGOLDRICK, M., CARTER, B. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MELLO, S. L. Família: perspectiva teórica e observação factual. In: CARVALHO, M. C. B. (org). **A família contemporânea em debate**. 4 ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002. p. 51-60.

MURICY, K. O indivíduo e a sociedade em Machado de Assis. In: ALMEIDA, A.M. (org.). **Pensando a família no Brasil da Colônia à modernidade**. Rio de Janeiro: Espaço e tempo/Editora UFRJ, 1987.

NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S.M. (org). **Família brasileira, a base de tudo**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 26-46.

NEVES, M. F. R. A família escrava brasileira no século XIX. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.** v.4, n.1, p.59-70. 1994.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S.S. Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v.15, n.3, p.431-438, mai./jun. 2007.

OSÓRIO, L. C. A família como sistema. In: MELLO, F.J., BURD, M. (org). **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.29-42.

PETRINI, J. C. Mudanças sociais e mudanças familiares. In: PETRINI J.C.; CAVALCANTI, V.R.S. (org). **Família sociedade e subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar**. Petrópolis (RJ):Vozes, 2005.

POSTER, M. **Teoria crítica de Família**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF). **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v. 12, n.4, p.658-664, jul./ago. 2004.

SAMARA, E. M. Casamento e papéis familiares em São Paulo no Século XIX. **Cadernos de Pesquisa**. v.37, p.17-25, mai. 1981.

SAMARA, E.M. O que mudou na família brasileira?: da colônia à atualidade. **Revista Psicologia USP**, São Paulo, v.13, n.2, p. 27-48. 2002.

SAMARA, E. M. Tendências atuais da história da família no Brasil. In: ALMEIDA, A. M. et al. (orgs). **Pensando a família no Brasil**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/UFRRJ, 1987. p.25-36.

SANTOS, R. L. A.; ADORNO, R. C. F. Um ensaio sobre família(s) e sua intersecções. In: SARTI, C. A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, suppl.0, p. 243-253, set./dez. 2005.

SHORTER, E. **A formação da família moderna**. Rio Grande do Sul: Terramar, 1995.

SINGLY, F. O nascimento do indivíduo individualizado e seus efeitos na vida conjugal e familiar. In: PEIXOTO, C.E. et al. **Família e individualização**. Rio de Janeiro: FGV, 2000. p.13-19.

SZYMANSKI, H. Teorias e "teorias" de famílias. In: CARVALHO, M. C. B. (org.) **A família contemporânea em debate**. 4 ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002. p. 23-27.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca, 2002.

Anexo 4 – MANUSCRITO 3: Controle social e os Conselhos gestores de Unidades da Saúde da Família da Zona Leste da Cidade de São Paulo: Representações Sociais de seus trabalhadores

Controle social e os Conselhos gestores de Unidades da Saúde da família da Zona Leste da Cidade de São Paulo: representações sociais de seus trabalhadores

Carla Roberta Ferraz Rodrigues¹, Fabíola Zioni²

Resumo

Este estudo visa discutir o Controle Social em saúde por meio das Representações Sociais de Enfermeiros de Unidades de Saúde da Família da cidade de São Paulo, tendo em vista o contexto legal que norteia sua constituição, o estímulo à participação da população na proposta da Saúde da Família, como também a sua capilaridade nacional. Trata-se de um Estudo de Caso, em que foram entrevistadas seis enfermeiras de diferentes Unidades de Saúde da Família da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, correspondendo aos seis Distritos Administrativos da região. As entrevistas foram trabalhadas segundo a análise temática e discutidas à luz da teoria das Representações Sociais. Observamos que o Controle Social depende da incorporação progressiva e simultânea de uma cultura de participação e da efetivação de uma prática cidadã, rompendo tendências cristalizadas, superando limitações e investindo na formação de trabalhadores sob a ótica da concepção de saúde como um direito.

Descritores: Saúde da Família, Controle social, conselhos gestores, enfermagem.

¹ Doutoranda em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Pública- USP (SP), Brasil; Docente da Faculdade Santa Marcelina (SP), Brasil..

² Professora Associada da Faculdade de Saúde Pública – USP (SP), Brasil.

Autor Correspondente: Carla Roberta Ferraz Rodrigues
Rua Taquaruçu, 485/24 – Jabaquara – São Paulo – SP
Cep: 04346:040. E-Mail: caferraz@usp.br

Social control and the managing councils of Family Health branches on the east side of São Paulo Social organizations of its workers

Abstract

It aims to discuss health social control through social organizations of nurses at family health branches in Sao Paulo, taking into account the legal context that guides its constitution, the encouragement of the local population's involvement in what the family health program proposes, as well as its national distribution .It is a Case Study, in which six nurses from different East side health family branches were interviewed, corresponding to the six administrative districts of the region. The interviews were performed according to the thematic analysis and discussed in light of the social organizations theories. We observed that social control depends on a progressive and simultaneous incorporation of an involvement culture, shattering crystallized tendencies, overcoming limitations and investing on the development of professionals under the concept of health as a right.

Keywords: Family Health, Social control, Managing councils, Nursing

Social controle y los Consejos Gestores de las Unidades de la Salud de la Familia de la Zona Leste de la Cidade de San Paulo: representaciones sociales de sus trabajadores

Resumen

Viene a discutir el control social en la salud por medio de las representaciones sociales de enfermeros de las Unidades de la Salud de la Familia, Ciudad de São Paulo, teniendo em vista el contexto legal que dirige su constitución, el estímulo a la participación del pueblo em proposta a la salud de familia, como también su capilaridad nacional. Se Trata de um estudio de caso, em el que fueron entrevistados seis enfermeros de distintas Unidades de la Salud de la Familia de la Cordinación Regional de Salud, Zona Leste, correspondiendo a los seis distritos administrativos de la

región. Las entrevistas fueran trabalhadas según um análisis temático y discutidas a luz de la Teoria de Las Representaciones Sociales. Observamos que el control social depende de la incorporación progressiva y simultanea de uma cultura de participación e de laefectividad de uma pratica ciudadana, rompiendo tendencias cristalizadas, superando limitaciones y invirtiendo em la formación de trabajadores a través de la óptica de la concepción de salud como um derecho.

Descriptores: Control social, Salud de la Família, Enfermería, Consejos Gestores

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde SUS tem como um de seus princípios constitutivos a participação da comunidade no processo de saúde pública. Para garantir essa participação foram definidos, por meio da promulgação de diferentes leis complementares, alguns dispositivos do chamado “controle social na saúde”.

O texto Constitucional Brasileiro de 1988, decorreu fundamentalmente do processo de redemocratização política marcado pelo fim do regime militar em 1984, e especificamente em relação ao Capítulo da Saúde, da atuação das vanguardas da saúde brasileiras, sobretudo do Movimento pela Reforma Sanitária da Década de 80, num amplo espectro de experiências e reflexões de profissionais da saúde e lideranças populares.¹

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986 consubstancia esse histórico de debates, lutas e experiências, e com a presença expressiva da sociedade civil em seus diversos segmentos, recomenda no Relatório final a “participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde” (p.5).²

A Constituição de 88, contudo, ao se referir às diretrizes organizativas do SUS, menciona a “participação da comunidade”, formulação aparentemente limitada em relação à 8ª Conferência Nacional, tendo em vista o ideário de participação limitado, historicamente identificado pelo caráter instrumental que a orienta, em relação a objetivos técnico-sanitários em que a categoria “comunidade” é definida como um agrupamento social homogêneo, com identidade própria e predisposição ao trabalho solidário e voluntário.^{1,3,4}

A Lei 8.142, de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (p.29)⁵ retoma a perspectiva ideológica da 8ª CNS ao instituir as Conferências de saúde e os Conselhos de Saúde, como instâncias colegiadas em cada esfera de governo. Atribui aos Conselhos de Saúde o papel de atuar em caráter permanente e deliberativo,

[...] na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Segundo Štotz¹, o nascimento do termo “controle social” e o sua difusão viria a partir de 1992, com a 9ª CNS, em que a participação passou a ser definida como “controle social sobre políticas e atividades desenvolvidas com a seguridade social [...] recomendando a importância de que:

[...] os movimentos populares criem e mantenham seus foros independentes e autônomos, buscando a discussão dos problemas e soluções para as questões de saúde, numa perspectiva transformadora. [...] A participação independente da sua forma, deve se dar como uma prática que busque a transformação da estrutura social. [...] A preservação da autonomia e independência dos movimentos sociais é fundamental para evitar sua instrumentalização. O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da saúde (p.33)⁶.

A ideia da participação como controle social assume o sentido de um controle da sociedade sobre o Estado, contraditoriamente à teoria sociológica.⁷

Elaborado no interior do pensamento social, a noção de controle social é entendida como sendo um conjunto de normas ou métodos estabelecidos para limitar a liberdade individual, influenciando padrões de comportamento.⁸ Assim, o controle social pode ser entendido de duas formas: o controle social pessoal, por meio do qual o indivíduo, em um dado momento histórico, obedece às regras de sociabilidade ou regras éticas de convivência e nas relações decorrentes da pressão exercida pelas instituições sociais, para que ele assuma os valores sociais predominantes; e o controle social externo ou coercitivo, dado pelo conjunto de normas jurídicas às quais o indivíduo deve submeter-se, ou seja, é o controle que o Estado exerce sobre o indivíduo.⁹

Contudo, o campo da saúde, sobretudo o Movimento pela Reforma Sanitária apropria-se do conceito e passa a entendê-lo e reivindicá-lo como o direito do indivíduo à coisa pública. Segundo Sposati e Lobo¹⁰ é o direito de tornar o Estado efetivamente coisa pública, introduzindo cenas de negociação explícita.

O controle social visto desse modo pode ser considerado como uma afirmação de consciência de cidadania engendrada pelos movimentos sociais da época, que exigiam do Estado o cumprimento do seu papel, na garantia desses direitos.

Esse direcionamento norteou amplamente os debates que precederam e se sucederam à Assembléia Constituinte de 1988 sobre a participação dos brasileiros em esferas importantes das políticas públicas, sobretudo naquelas destinadas aos problemas de saúde e que foram incorporados à proposta do Sistema Único de Saúde.

Sendo assim, o controle social no campo da saúde passa a ser entendido como todos os mecanismos e instâncias previstas em lei, desde a Constituição de 1988 e da Lei orgânica nº 8.142 de 1990^{5,11}, que garantem a presença do usuário, em parceria com os trabalhadores da saúde e representantes do poder público, em processos efetivos de formulação de políticas, planejamento e gestão tanto dos serviços de saúde como dos próprios órgãos governamentais, nas várias esferas de governo, por meio dos Conselhos de Saúde e Conferências de saúde.

Passados quase 20 anos da Constituição de 1988, desde a institucionalização das Conferências e Conselhos de saúde como instâncias do controle social do SUS, no que diz respeito aos Conselhos, ao menos em termos quantitativos, hoje são os mecanismos mais importantes e capilarizados de participação existentes no Brasil. Estão organizados em todos os níveis de governo, do local ao federal, e estabelecem foros nos quais cidadãos, prestadores de serviços e governo têm potencial para definir políticas públicas e supervisionar sua implementação.

Constituem-se como estruturas de uma nova institucionalidade que envolve a partilha de espaços de deliberação entre representações estatais e entidades da sociedade civil que não decorre meramente da lei, mas do debate público nos espaços sociais, da interlocução e negociação de diferentes atores e do entendimento coletivo da consecução de direitos de cidadania.¹²

De certo modo, a criação dos Conselhos de Saúde, apesar dos incentivos/exigências advindos da legislação, uma vez que a criação dos conselhos é condição legal para a municipalização dos serviços com a transferência de recursos por meio dos fundos públicos, pode ser entendida como um desdobramento decorrente dos debates e lutas travadas pelo movimento da reforma sanitária e movimentos sociais da época, gerando expectativas de que esses conselhos traduzam esse legado de mobilização

e debates, constituindo-se como arenas, por excelência, de participação política ampliada.¹³

Contudo, na atualidade, os desafios colocados à prática política consistem na efetivação de direitos estabelecidos no que diz respeito à informação em função da tecnoburocratização dos temas, e à tomada de decisões, uma vez que questões relevantes são discutidas em outros espaços, como as comissões intergestoras ou mesmo encaminhadas por meio de medidas provisórias, provocando esvaziamento físico e político desses fóruns.

As expectativas sobre o que um Conselho pode ser são uma incógnita, não podem ser dadas a priori em função da sua conformação ou das exigências e registros legais, estruturam-se a partir das ações políticas empreendidas pelos sujeitos que se agregam nos espaços dos conselhos e pela capacidade de constituir-se em ator social e político, amalgamando seus participantes num sentimento de pertencimento e de participação recíproco.

O controle social, entendido como um dos pilares do SUS, especificamente ao nível dos serviços de saúde, os seus Conselhos Gestores, instância mais próxima da maioria dos trabalhadores de saúde e população usuária desses serviços, têm sido arena de disputas assimétricas, por diferentes atores, com distintos e por vezes divergentes interesses e principalmente com domínios de saberes desiguais.

Vários estudos têm demonstrado que os avanços legais propostos com o controle social não têm levado a transformações efetivas na realidade dos serviços, a não ser em alguns casos isolados^{10,14,15}.

O usuário, de forma geral, quando o recurso comparado é o saber, tanto aqueles mobilizados na atenção ou cuidados, como aqueles referentes

ao processo de gestão das unidades, fica em uma situação de desvantagem em relação aos trabalhadores da saúde.¹⁶

Os trabalhadores, por sua vez, trazem os interesses de suas corporações, o ponto de vista de quem opera os serviços de saúde e também o peso da cultura institucional do setor saúde, com seu caráter tradicionalmente autoritário, tutelar e clientelista.¹⁰

Entendendo que a despeito das decisões políticas e orientações institucionais maiores, é na dinâmica do funcionamento dos serviços que concretamente se estabelece a relação governo-população, onde se realiza efetivamente o “direito, ou não, à saúde”; os trabalhadores representam, medeiam e dão forma a tais direitos à população, configurando-se como atores fundamentais para efetivação de qualquer proposta ou projeto.

Considerando que para alguém exercer o controle sobre algo é necessário que tenha um conhecimento suficiente sobre o que pretende controlar, e que a racionalidade técnica-instrumental, tão presente nos serviços de saúde com as suas infinitas normatizações, é de domínio dos profissionais de saúde, as representações que esses profissionais têm de controle social e de como efetivamente estabelecem as suas posições pode contribuir para o entendimento do caráter regulatório ou emancipatório da conformação dessas práticas.

Dentre as suas prioridades, as referências sobre o incentivo ao controle social na Saúde da família têm sido nominais e bastante genéricas nos documentos oficiais, embora o controle social tenha mecanismos legais e instâncias formalizadas para sua implementação. A apropriação dessas estratégias pelos profissionais tem se dado de forma incipiente e experimental em grande parte dos serviços.

A formação desses profissionais se dá em serviço, normalmente em cursos curtos de sensibilização e de especialização.¹⁷ As dinâmicas que se

implementam a partir daí sofrem configurações diversas, em parte pelas características locais, iniciativas, valores, motivações individuais e coletivas, e em parte pelas exigências e condições efetivamente ofertadas institucionalmente.

O termo “representação social” foi inicialmente proposto por Durkheim, cujo objetivo era enfatizar a primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual.¹⁸ Para o autor, considerado um dos fundadores da Sociologia, as representações sociais referiam-se às categorias de pensamento através das quais uma sociedade elabora e expressa sua realidade.

Em 1961, a publicação da obra de Serge Moscovici sobre a representação social da psicanálise trouxe novos elementos a essa noção, utilizando-a como uma importante ferramenta para ter acesso às concepções, às visões de mundo e às percepções de uma dada sociedade.¹⁹

Jodelet, uma das mais importantes pesquisadoras da atualidade na teoria das representações sociais, declara que, na fronteira entre o psicológico, o subjetivo e o social, as representações são maneiras de pensar e interpretar a realidade, articulando elementos afetivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, a realidade material, social e ideal sobre as quais elas vão intervir.²⁰

Nas palavras de Abric²¹, orientado pelas ideias de Moscovici, a representação social é um conjunto de opiniões, atitudes, de crenças e informações referentes a uma situação ou objeto. É determinada ao mesmo tempo pelo próprio sujeito (sua história e sua vivência), pelo sistema social e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza dos vínculos que ele mantém com esse sistema social.

Carvalho²² (1981) ressaltou a importância da realização de trabalhos que desvelem o sistema de representações sociais que os indivíduos e os grupos membros de uma determinada sociedade formulam sobre o seu meio, pois é a partir dessas representações que os indivíduos e grupos atuam sobre o meio.

As RS constituem material simbólico, fruto da cultura, imaginário e subjetividade atinentes aos indivíduos e grupos. As práticas no agir cotidiano dos serviços de saúde resultam da complexa interação entre a dimensão da RS e das condições necessárias à sua implementação.²³

Nessa perspectiva, a Teoria das Representações Sociais pode constituir-se em uma forma de abordagem importante das questões referentes às atitudes, resistências, dificuldades pessoais, ou mesmo aspectos favorecedores, na realidade dos serviços, possibilitando a compreensão das delicadas e complexas relações entre trabalhadores e usuários, trabalhadores e poder público, sobretudo nos espaços da Saúde da Família, em que as relações de proximidade se estreitam.

Sendo assim, as representações sociais de trabalhadores do PSF acerca do controle social por meio dos Conselhos gestores dos serviços de saúde, bem como as práticas instituídas por esses indivíduos e grupos, baseadas nessas representações, refletem as subjetividades que tais dimensões comportam e são reflexo dos interesses institucionais, sempre mediados numa realidade específica.

A dinâmica da intrincada rede que se estabelece entre serviços, profissionais de saúde e população, no embate entre diferentes saberes, intencionalidades e necessidades vão constituindo as práticas e a conformação real das estratégias políticas. Entendendo que nesse processo, os profissionais de saúde representam elemento fundamental para efetivação e caráter do que é proposto institucionalmente, sem subestimar a

participação dos outros atores, a sua atuação pode conduzir os projetos para caminhos distintos e alheios ao preconizado ou pode valorizá-los e fortalecê-los, mesmo diante de dificuldades e cenários pouco favoráveis.

OBJETIVOS

Conhecer as representações de enfermeiras do PSF sobre o controle social por meio dos Conselhos Gestores no cenário da Saúde da Família, numa região do Município de São Paulo.

MÉTODO

Trata-se de um Estudo de Caso, em que foram entrevistadas em profundidade seis enfermeiras de diferentes Unidades de Saúde da Família da Coordenadoria Regional Leste da cidade, correspondendo aos seis distritos de saúde da região e três supervisões técnicas. As entrevistas foram trabalhadas segundo a análise temática proposta por Bardin²⁴ e discutidas à luz da teoria das Representações sociais.

A Zona Leste como um todo tem 222 equipes de Saúde da Família distribuídas nos seis Distritos Administrativos, representando uma cobertura populacional aproximada de 28,3%, totalizando cerca de 740.000 pessoas. Apesar de ainda não muito expressiva no cenário municipal, representa em valores absolutos, a segunda maior população assistida entre as capitais brasileiras, o que revela a magnitude e reforça a relevância de estudos que se debrucem sobre essa realidade.

RESULTADOS

Após a transcrição na íntegra das falas e da realização da “leitura flutuante”²⁵, foram criados seis eixos temáticos: a) Representações sobre controle social; b) Percepções sobre o potencial e papel dos Conselhos

A gente procura levar os problemas da unidade e quando é aqui dentro, eles trazem os problemas deles pra gente, a gente vê se tem como resolver né, se envolver com a supervisão, com outras unidades mesmo e a gente passa pra eles também os nossos problemas, pra eles saberem também o que agente passa aqui, pra eles verem como é o nosso dia-a-dia. Porque não é só reclamar...E6

...não tem esse remédio, não tem isso, não tem aquilo", então a gente mostra pra eles o porque eu não tem, se foi feito alguma coisa pra conseguir entendeu.. é assim... E1

É muito blá, blá, blá, muito papo furado e pouca resolutividade... E5

...Porque assim, às vezes a necessidade da comunidade, às vezes, não é a nossa necessidade. Tem coisa que a gente tem que organizar, que a gente tem que ver melhor. Às vezes eles vêem as coisas melhor que a gente porque eles estão de fora e a gente está de dentro e não está vendo melhor. Ou então a gente que está de dentro está vendo as coisas de um jeito e eles estão vendo de outro. E2

É importante que a população participe, seja mais ativa, é preciso estimular, dizer que tem que se envolver queé para o bem delas e de todos os outros, que é um trabalho e dá trabalho, sim, mas que é para o bem comum. E6

Eixo temático 3 - Representações sobre as facilidades e dificuldades da atuação dos Conselhos Gestores

Os depoentes referem como facilidade do CG a possibilidade de conhecer melhor as necessidades reais da população, aquelas que "fogem das estatísticas e dos dados oficiais" habitualmente orientadoras do planejamento e organização dos serviços. Essas falas parecem revelar uma necessidade de entender melhor as reais condições de vida da população, como também a subjetividade presente nessas realidades. Por outro lado, expressam como positivo que a população se inteire das limitações da capacidade dos profissionais em resolver os problemas que se apresentam. As entrevistas identificam o uso clientelístico do Fórum pela população usuária. Aparentemente enfatizam o conhecimento da realidade dos clientes propiciado pelo CG como forma de os enfermeiros se adequarem a ela e priorizá-las em sua prática, na organização dos serviços prestados.

gestores; c) Representações sobre as facilidades e dificuldades da atuação dos Conselhos Gestores; d) Expressões subjetivas significativas e e) Postura e atitudes frente à prática de participação.

Eixo temático 1 - Representações sobre controle social

O grupo dos enfermeiros apresentou razoável clareza em suas formulações, ao qual a noção de participação na perspectiva constitucional foi elaborada de maneira razoavelmente estruturada, ainda que de forma um tanto limitada, tendo em vista que a noção de fiscalização por parte desse grupo permeou ou preponderou no discurso da maioria. Tal achado é coerente com outros estudos que têm demonstrado que a fiscalização como papel dos Conselhos Gestores (CG), em diferentes segmentos representados, sobretudo o dos usuários tem monopolizado os discursos.²⁶

Ah! É tentar dar uma melhor qualidade de vida pro, pra comunidade mesmo né, trabalhar em conjunto, tanto os conselheiros, como os funcionários, os moradores, os funcionários, a supervisão, tudo junto né? Tudo pra um bem comum .E 1

Controle social é controlar os bens que são da comunidade, é monitorar as questões que viabilizam a qualidade do serviço, desde questões financeiras ou de geração de recursos até trazer para unidade reclamações e sugestões dos moradores. E 4

Eixo temático 2 - Percepções sobre o potencial e papel dos Conselhos Gestores

Quanto ao potencial dos conselhos, o grupo formulou a noção de que o CG, a partir da identificação das necessidades da população pode, por meio do diálogo, compatibilizar o serviço ou pelo menos aproximá-lo dessas necessidades. As falas evidenciam uma crítica à baixa efetividade dos Conselhos e à superação dessa limitação pela construção de relações dialógicas, melhor qualificadas, possibilitando o exercício de cidadania. Revelam, uma certa esperança em tornar esse espaço efetivamente democrático e sinalizam que os CG constituem-se em instâncias de participação coletiva para o bem comum.

...então eu acho que essa é uma maior dificuldade nossa, nosso maior problema é esse, que nem tudo depende da gente infelizmente, situação deles de vida, você fala, a mãe vem com a criança com a ronqueirinha no nariz e você fala "como é que é a sua casa, tem janela no quarto? Não tem, não tem janela no quarto, a casa é baixa, então você entra lá e não consegue ficar lá, imagina um nenenzinho recém nascido. E o que você vai fazer? E1

...muitas pessoas que você vê aqui de algum tipo de movimento levando vantagem financeira, usando de pessoas que entram no movimento com o intuito de melhorar alguma coisa, depois vem se aproveitando disso pra conseguir interesse próprio. Pelo menos todas, não pode falar... que nenhum dos movimentos que tem aqui na área não sejam assim, são todos..E6

Então, isso até a gente discute bastante porque o papel do conselho seria de interlocutor, de conversa, de passar informações, de discutir o funcionamento, não como a gente geralmente vê que é utilizado, que é assim de reivindicar casos específicos que os conselhos gestores acabam falando né... vou marcar uma consulta pra tal pessoa, não né, tem que ser uma coisa mais ampla né, desde, vou marcar uma consulta pra uma pessoa, mas vamos pensar quantas pessoas estão precisando, então vamos atrás de mais consultas pra tantas pessoas assim né, vamos melhorar a unidade nisso, a gente ta precisando disso, então tem que ser um papel um pouco maior de falar..., é um falando na voz de várias outras pessoas né .E6

Eixo Temático 4 - Expressões subjetivas significativas

Duas observações críticas podem ser tecidas, uma que diz respeito ao temor da violência e ameaças locais, revelando as condições de violência aos quais estão submetidos diretamente ou não os trabalhadores dos serviços de saúde, e outra que se refere a uma suposta retaliação do empregador, diante de manifestações contrárias aos interesses do gestor e dos serviços. Assim, considerando que a representação pressupõe a existência de um complexo de direitos políticos que permitam a livre formação e manifestação da vontade política dos representantes²⁷, o cenário pesquisado não proporciona as condições necessárias ao exercício pleno da representação.

...a gente pode esclarecer a população dos direitos dela como qualquer cidadão, agora se posicionar de um modo contrário daquilo que está sendo posto é difícil pro profissional, então a gente acaba não se posicionando como profissional através de serviços...assim que está tendo estrutura para o seu trabalho.E3

...eu penso que eu estou defendendo o meu empregador, enquanto eu tiver emprego eu defendo o meu empregador, entendeu? Mas assim, algumas coisas a gente tem que falar, a gente tem que falar para as coisas melhorarem, entendeu?E5

...ah, o outro eu não posso falar porque sabe como é que é, sabe eu tenho uma certa problema com a população, daqui a pouco eles vão querer pegar os meus filhos”,E5

Nós temos que falar, para você ter uma idéia nós não temos sonar, nós temos – é brincadeira – nós temos um sonar só, mesmo assim você entra em contato até com Plutão que já foi rebaixado, podemos dizer assim, nós entramos em contato com eles, menos com os batimentos cardíacos, cardiofetais.E 5

Eixo Temático 5 - Postura e atitudes frente à prática de participação

Apesar das representações sobre as concepções de participação coerentes com os preceitos constitucionais do SUS, contraditoriamente o grupo revela pouco interesse em participar mesmo que esporadicamente, nesse canal de expressão participação. Parece constituir um conflito para essa categoria. Formulam de modo geral que a prática no CG demanda compromisso, dedicação e a realização de uma serie de atividades que exigem tempo e disponibilidade, demonstrando que talvez não haja condições adequadas ou estímulo institucional para participar ou promover a participação por meio dos Conselhos Gestores.

Sim, eu participo quando dá, não é sempre não, é difícil, mas quando tem alguma reunião aqui eu do uma escapadinha, as vezes eu vou, às vezes eu represento a gerente, quando ela não pode e pede pra eu ir, eu vou..E2

Acontece na Unidade, tem essas reuniões que eles fazem aí semanal, mensalmente parece, eu não tenho muito assim, eu não sou muito afinado a isso, entendeu? Porque isso aí já é muita política e tal, eu sou apolítico. E5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Várias nuances observadas foram significativas e interessantes e acrescentaram mais elementos para o cenário da Saúde da Família no contexto pesquisado, no entanto, em função de o objeto do trabalho ser as representações sociais de trabalhadores da Saúde da Família na Zona leste da cidade de São Paulo, direcionamos os achados forçosamente ao que nos propusemos, assim parece que o grupo pesquisado, com algumas exceções, compartilha representações similares no tocante à participação participação por meio dos Conselhos Gestores

Em princípio, essas representações revelaram não somente o que pensam e fazem individual e coletivamente esse grupo de profissionais frente à temática da participação, mas que a reforma setorial da saúde e a inserção na Saúde da Família tem provocado uma influência limitada nas representações desses atores sobre o controle social, como também da população e da organização dos serviços.

Considerando que o processo evidenciado demonstrou-se essencialmente dialético, construído no jogo de teses e antíteses, pleno de subjetividades e de aspectos da realidade, ao que parece, os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, pela sua capilaridade, proximidade com a realidade de vida do cidadão usuário e interface direta com os trabalhadores dos serviços necessitam realmente ser tomados como um importante caminho para o exercício da participação social em nível local.

Assim o alcance da prática do controle social, conforme os pressupostos do Sistema Único de Saúde, operacionalizada no cotidiano das Unidades de Saúde, depende da incorporação progressiva e simultânea de uma cultura de participação e da efetivação de uma prática cidadã, rompendo tendências cristalizadas e superando fatores limitantes, o que não se dará “naturalmente”, mas pelo investimento na formação de trabalhadores sob a ótica da concepção de saúde como um direito.

REFERÊNCIAS

1. Stotz EN. Trajetórias, limites e desafios do controle social do SUS. *Revista Saúde em Debate*. 2006; 30(73/74):149-160.
2. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília, 1986. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
3. Gohn MG. Conselhos Gestores e participação sóciopolítica. 2.ed. São Paulo: Cortez; 2003. (Coleção questões da nossa época, 84).
4. Souza, RO de. Participação e controle social. In: Sales MO, Matos MC, Leal MC, organizadores. *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. 2.ed. São Paulo: Cortez; 2006.
5. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2.ed. Brasília: MS, 2006. (Série E. Legislação de Saúde).
6. Ministério da Saúde. 9ª Conferência Nacional de Saúde: relatório Final. Brasília, 1992. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1993.
7. Zioni F, Pimentel C. Participação Política e saúde em um município do interior de São Paulo. São Paulo [2008]. Não publicado
8. Pascali J. Formas de organização da participação social [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo; 2005.
9. Correia MVC. Que é Controle Social?: os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
10. Sposati A, Lobo E. Controle Social e Políticas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 1992; 4(8):366-378.
11. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988 [texto na internet]. [Acesso em: 18 jan. 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm
12. Teixeira CE. Conselhos de Políticas Públicas: efetivamente uma nova institucionalidade participativa? In: Carvalho MC, Teixeira ACC. *Conselhos gestores de políticas públicas*. São Paulo: Polis; 2000.
13. Fucks M, Perissinoto RM, Souza NR. Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná. Curitiba: UFPR; 2004

14. Valla VV. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998; 14(Sup.2):7-18.
15. Vásquez ML, Silva MRF, Campos ES, Arruda IKG, Diniz AS, Veras IL et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções de usuários e líderes comunitários em dois Municípios do Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 2(19):579-591.
16. Cecílio LCO. Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para melhoria dos serviços públicos de saúde. *Saúde em Debate*. 1999; 23(53):30-36.
17. Caetano R, Dain S. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2002; 12(1):11-21.
18. Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *PHYSIS- Revista de Saúde Coletiva*. 1991; 2(1):23-36.
19. Moscovici S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: Jodelet D, organizador. Trad. de Lílian Ulup. *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.
20. Jodelet D, organizador. Trad. de Lílian Ulup. *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.
21. Abric JC. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D, organizador. Trad. de Lílian Ulup. *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.
22. Carvalho EA, Godelier, col. *Grandes cientistas sociais*. São Paulo: Ática; 1981. n. 2.
23. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Roseni Pinheiro, Ruben Mattos, Kenneth R. Camargo Jr. organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco; 2003.
24. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa/ Portugal: Edições 70; 1977.
25. Franco MLPB. *Análise de Conteúdo*. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2007.
26. Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(6):1670-1681.

27. Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. Dicionário de Política. 8.ed. Brasília (DF): Editora Universidade de Brasília;1995.

CURRICULUM LATTES

Fabiola Zioni

É graduada em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1973), possui títulos de mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1988/1994). Realizou pós-doutorado no Département de Sociologie da Université Victor Segalen, Bordeaux2, França. Atualmente é responsável pela disciplina de pós graduação Saúde e Sociedade na Faculdade de Saúde Pública- USP. É professora livre-docente da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Pública com ênfase em Sociologia da Saúde, trabalhando com os seguintes temas: participação política e políticas públicas, determinantes sociais da saúde, exclusão social, métodos de pesquisa social em saúde. É presidente da Comissão de Cultura e Extensão da FSP-USP desde 2006.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 27/03/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/3865892368069931>

**Certificado
pelo autor em
27/03/09**

Links para Outras Bases:

[Diretório de grupos de](#)

[pesquisa](#)
[SciELO - artigos em](#)

[texto completo](#)

Carla Roberta Ferraz Rodrigues

Possui graduação em Enfermagem pela Fundação Universidade de Pernambuco (1994) e mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1998). Atualmente é Doutoranda da Universidade de São Paulo, Docente da Faculdade Santa Marcelina/SP e Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/FASM.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 26/02/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/2061098192906724>

**Certificado
pelo autor em
26/02/09**

Links para Outras Bases:

[Diretório de grupos de](#)

[pesquisa](#)