



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

## **Eixo temático: Política Social e Serviço Social**

**Sub-eixo: Seguridade Social – Políticas de Saúde, Políticas de Previdência Social, Políticas de Assistência Social**

### **POLÍTICA DE SAÚDE E FAMÍLIAS: DESAFIOS E DIÁLOGOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA**

**ISABELLA DA PAIXÃO ALVES <sup>1</sup>**

**MARINA MONTEIRO DE CASTRO E CASTRO <sup>2</sup>**

#### **RESUMO:**

O presente artigo apresenta algumas reflexões, que compõem pesquisa realizada para dissertação de mestrado, sobre a relação entre o processo histórico de consolidação da saúde enquanto política pública e a incorporação das famílias enquanto objeto de intervenção. Tais reflexões demonstram que o familismo é parte de uma estratégia de consolidação do Estado brasileiro moderno.

**Palavras-chave:** Saúde, Serviço Social, famílias.

#### **ABSTRACT:**

This article presents some reflections, which comprise research carried out for a master's dissertation, on the relationship between the historical process of consolidating health as a public policy and the incorporation of families as an object of intervention. Such reflections demonstrate that familism is part of a strategy to consolidate the modern Brazilian State.

**Keywords:** Health, Social Work, families.

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora/Prefeitura de Belo Horizonte

<sup>2</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora

## INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta elementos que compõem uma pesquisa de mestrado realizada no âmbito de um Programa de Pós-graduação em Serviço Social sobre o tema da relação entre famílias e política de saúde e as tendências do trabalho profissional de assistentes sociais com famílias na Atenção Primária à Saúde.

Desta forma, aqui busca-se apresentar um breve histórico da construção da Política de Saúde, colocando luz sobre a incorporação das famílias na consolidação da Saúde Pública no Brasil. Trazer à luz os componentes históricos é fundamental para compreendermos os impactos do debate sobre família na política de saúde até os dias atuais, onde a família torna-se formalmente central com a Estratégia de Saúde da Família.

Desta forma, essa compreensão só é possível em diálogo com a base das particularidades da formação sócio histórica brasileira. Recuperar o histórico do surgimento da política de saúde no Brasil, ainda que brevemente, nos possibilita compreender o projeto que foi desenhado e as intervenções realizadas pelo Estado junto às camadas mais empobrecidas, os trabalhadores e suas famílias.

As primeiras ações de saúde no Brasil são marcadas por um viés policalesco e de vigilância que descaracteriza o contexto de urbanização e respostas às demandas do capitalismo, acabando por colocar a responsabilidade nos sujeitos e em seus comportamentos. A família tida como fundamento da sociedade vai se estabelecer como um dos principais instrumentos de enfrentamento à “questão social”, caracterizada pelo seu trato fragmentado, individualizante e psicologizante.

### **POLÍTICA DE SAÚDE E A REALIDADE BRASILEIRA: de quais famílias falamos?**

Ao decorrer do desenvolvimento deste trabalho trataremos da análise sócio-histórica da relação entre família e Políticas Sociais no Brasil - com ênfase na Política de Saúde. Contudo, vale demarcar alguns pontos, ainda que brevemente, sobre os aportes teóricos onde o debate da família pode se alicerçar. Este ponto faz-se necessário porque o debate de família pode ter tantos conceitos ou caminhos quanto forem as matrizes teóricas pelas quais olharmos para o tema. A exemplo disso temos no funcionalismo o destaque do sociólogo Talcott Parsons e de Lévi-Strauss



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

no estruturalismo. As matrizes teóricas de base positivista são bastante influentes no debate da família e na sua configuração perante as políticas sociais. Família é um conceito presente na cotidianidade da vida comum das pessoas e que, a priori, não requer maiores definições teóricas. Sendo assim, é um conceito que é constantemente disputado teórica e ideologicamente.

Contudo, vale demarcar que este trabalho, fruto de dissertação, apresenta o esforço teórico de aproximação da família com a teoria social crítica, trazendo importantes elementos tanto da obra marxiana quanto da obra marxista. Essas bases teóricas para o debate da família, de maneira mais aprofundada, podem ser acessadas na dissertação de mestrado.

Assim, trataremos das particularidades brasileiras que conformam o debate da família no Brasil.

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

Esse modelo de família vai sendo aos poucos substituído em decorrência do advento da industrialização pela família conjugal moderna, sendo um “produto da urbanização, reduzida ao casal e seus filhos” (Corrêa, 1981, p.6) Fato é que a história da família brasileira, quando contada com base nesse modelo, esconde várias famílias brasileiras. Ou seja, não se pode represar a ideia de família no Brasil colonial somente ao espaço do engenho.

Dessa forma, nos apoiamos nas indagações da antropóloga brasileira Mariza Corrêa (1981), uma vez que o fio condutor de sua discussão se baseia no questionamento: se, de fato, a família patriarcal representava a realidade concreta da maioria das famílias brasileiras. Podemos dizer que, ainda hoje, perpetuam-se ideias abstratas sobre famílias que pouco se materializam na realidade das famílias brasileiras.

De acordo com o exposto, é possível observar como a família patriarcal e senhorial foi central no estabelecimento do Brasil colônia e como suas transformações são também forjadas pelas mudanças no sistema econômico do país e o estabelecimento do capitalismo. Essa mudança desloca o papel da família, pois, se antes altamente influente sobre o Estado e seus governos, passa-se a assentir novas relações e formas familiares.

Corrêa (1981) analisa as formulações de Freyre e Candido ao que conclui terem abordado a temática da família brasileira através de um olhar para um grupo dominante que tem local e



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

época: a economia açucareira pernambucana dos séculos XVI e XVII e as plantações de café dos séculos XVIII e XIX. Dessa forma, o Brasil colonial divide-se em duas partes: “uma familiar (a família patriarcal) e outra não familiar, que reunia maioria da população, “a massa anônima dos socialmente degradados.” (Corrêa, 1981, p.7). Para Corrêa (1981), Freyre e Candido repetem teoricamente o Darwinismo social comum ao século XIX, apresentando tal modelo de família como modelo referencial. Esse destaque é importante, pois veremos como as políticas de saúde brasileiras em sua emergência tiveram essa “massa socialmente degradada” como objeto de intervenção.

A era colonial do país e a forte influência aqui explicitada das famílias senhoriais serão decisivas na influência e perpetuação de formas de patrimonialismo na Gestão Pública Brasileira.

Jurandir Freire Costa (1989) no clássico “Ordem Médica e Norma Familiar” investiga como as intervenções de agentes sociais do Estado buscam moldar e normatizar a família burguesa contemporânea. Assim, as relações intrafamiliares tornaram-se alvo de intervenções de profissionais e especialistas, uma vez constatada que a família contemporânea não ia nada bem, estava “disfuncional” e que essa necessidade extrema de refuncionalizá-la tinha objetivo de classe.

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

Esse período também foi fortemente marcado pelo movimento eugênico que buscava melhorar geneticamente a população brasileira, a partir de uma série de ações que tinham como objetivo coibir a reprodução de “degenerados”. A eugenia, enquanto ramo da medicina social, vai voltar-se contra esses males sociais pelos efeitos que causam à “degradação da espécie” (...) uma das medidas profiláticas seria a luta pela obrigatoriedade do exame pré-nupcial, que evitaria a “procriação malsã”, a reprodução dos degenerados e deformados e garantiria a fiscalização eugênica da raça. (Vilhena, 1992, p. 49)

Se o aparato burocrático da antiga ordem colonial não era mais capaz de lidar com as questões que emergiram, a medicina é convocada como uma resposta racional e convincente a lidar com as contradições da metrópole. Este progresso fez-se através da higiene, que incorporou a cidade e a população ao campo do saber médico. Administrando antigas técnicas de submissão,



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

formulando novos conceitos científicos, transformando uns e outros em táticas de intervenção, a higiene congregou harmoniosamente interesses da corporação médica e objetivos da elite agrária. (Costa, 1989, p.28)

Dessa forma, “entre os trunfos da superioridade médica, um dos mais importantes foi a técnica de higienização das populações” (Costa, 1989, p.29). Sob o radar da medicina nesta época, então, estavam, não somente as doenças em si, mas todo um olhar sobre os modos de vida das famílias e suas relações sociais no espaço urbano. Costa (1989) ressalta que a família se tornou alvo privilegiado de políticas do Estado, isso porque, segundo o autor, a família representava um significativo obstáculo à consolidação do Estado brasileiro.

Ainda para Costa (1989), interessava ao Estado aplicar a higiene às famílias elitistas, pois às famílias de escravizados ou “desclassificados” no geral continuava-se a adotar métodos punitivos, servindo inclusive como exemplos de anti-norma. Assim, o novo sistema econômico e político que ascendia carecia de uma adaptação da família urbana aos novos modelos impostos. “Foi exigido de seus habitantes todo o cortejo de mudanças descritas como efeitos da urbanização: secularização dos costumes, racionalização das condutas, funcionalidade nas relações pessoais, maior esfriamento das relações afetivas interpessoais” (Costa, 1989, p. 35).

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

Não à toa, o início das ações estatais brasileiras com relação à saúde pública data do contexto histórico do processo de emergência da “questão social” no Brasil. Se antes tratada como caso de polícia, a “questão social” ganha ar prioritário no período getulista compreendido como Estado Novo (1937-1945) e a família, entendida como pilar da nova ordem social, torna-se também importante alvo neste período. A ascensão da industrialização e urbanização representou uma série de impactos na vida das famílias.

Com relação ao campo da saúde, destacam-se os estudos das doenças tropicais, pois a ocupação de novos continentes apresentava novos acometimentos de saúde e canalizava a atenção para determinadas doenças. Estas descobertas obedeceram às necessidades econômicas e militares das metrópoles europeias, uma vez que impunha-se durante a expansão colonialista do final do século XIX livrar dos contágios os militares, funcionários e empresários,



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

enviados para ocupar novas terras (...) (Costa, 1986, p.30) Desta forma, ainda segundo Costa (1986), as doenças que ameaçavam o avanço da urbanização e a expansão colonial tornam-se alvos através de instituições militarizadas - a chamada medicina de epidemias. Novas demandas com relação à classe trabalhadora surgem ao final do século XIX diante da racionalidade capitalista.

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

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

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

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

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



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

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

Na realidade brasileira, para a conformação de um consenso sobre a família, a infância ganha novo destaque, nas palavras de Rago (2017, p.156) “a empresa de constituição da família nuclear moderna, higiênica e privativa, a redefinição do estatuto da criança pelo poder médico desempenhou um papel fundamental.” Assim, a criança vai se tornando alvo da medicina e ganhando centralidade na família. Os interesses dispensados à infância também compunham uma série de interesses acerca do disciplinamento da futura classe trabalhadora. Assim, o período que compreende o final do século XIX e início do século XX é marcado pelas ações estatais voltadas para o atendimento de saúde da população.

A iniciativa estatal é a principal característica que diferencia o que denominamos política de saúde das iniciativas anteriores, tais como a assistência médica hospitalar realizada por iniciativa das Santas Casas de Misericórdia, por exemplo. Contudo, a formação da política de saúde brasileira não escapa da ligação entre Estado e sistema econômico.

Dessa forma, o início da industrialização no Brasil e da consolidação do capitalismo, a mudança da característica majoritariamente rural para uma crescente urbanização, vão ser determinantes para as políticas de saúde:

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

Ainda para Costa (1986), as ações de saúde realizadas a partir do fim do século XIX não tinham o objetivo de proteger a totalidade da população contra as enfermidades que surgiam, mas sim de manter as condições mínimas de saúde para que a classe trabalhadora pudesse manter sua força de trabalho ativa, uma vez que a emergência da “questão social” acirrava o pauperismo entre a classe que vivia do trabalho.

Importante registrar que é sob essas bases que a política de saúde será construída: ancorada em uma formação sócio histórica que se estrutura em uma perspectiva conservadora de família, higienista e estruturada pelo racismo e machismo.

O caminho construído posteriormente até os movimentos em torno da reforma sanitária progressista construída a partir dos anos 1970 foi ancorado em muitas transformações societárias e organizações dos movimentos sociais em termos mundiais em torno de uma saúde pública e coletiva alinhada com valores democráticos e com uma perspectiva Estatal ampla. O Brasil, influenciado pela reforma sanitária italiana irá introjetar esses valores em sua proposta de reforma sanitária munida da crítica à ditadura nacional, que durou 20 anos, que desencadeou na construção de uma nova constituição federal nos anos 1980.

Assim, uma nova política de saúde se consolida com o Sistema Único de Saúde (SUS), nos anos 1990, colocando a família em outro patamar de interlocução com os serviços de saúde.

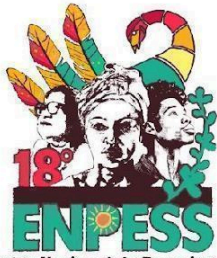
### **A relação contemporânea entre saúde e famílias: a consolidação do sistema único de saúde e a estratégia de saúde da família**

Embora saindo dos efervescentes anos 1980, que foi capaz de mobilizar a construção de uma nova Constituição no Brasil, a década que se segue apresenta um contexto de avanço do neoliberalismo. As Políticas Sociais que estavam por serem consolidadas, lidam com acirrados processos de contrarreforma nos anos 1990.

Neste contexto, Vasconcelos (1999) trata das questões que circundam a priorização das famílias nas políticas de saúde, pois embora emergja o reconhecimento das abordagens à família e comunidade nos anos 1990, esse processo se deu com resistência de certos setores da sociedade pelo já conhecido viés conservador com que normalmente a família era evocada. Enfatiza ainda como os setores intelectualizados da sociedade se mostraram reticentes à essa aproximação entre políticas sociais e famílias, por considerarem os aspectos repressivos da família. O autor traz ao debate uma perspectiva diferente, à medida que a família se apresenta fortemente vinculada aos movimentos sociais e de participação política, como o movimento camponês.

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





Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

Como já dito, as políticas de saúde e suas necessidades e direcionamentos hegemônicos em diversos momentos da história estão relacionadas com uma imbricação entre as esferas política, social e econômica. Assim, sua análise não pode estar descolada da realidade sócio-histórica. Dessa forma, a crise estrutural do capital mundial impõe reajustes fiscais e as políticas sociais são duramente atingidas, especialmente nos países do capitalismo periférico, como o Brasil:

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

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

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

Nesse sentido, apesar da centralidade da família nas Políticas Sociais ocorrer de maneira mais consistente e institucionalizada após a Constituição de 1988, o Estado vem se ausentando de responsabilidades e repassando-as sistematicamente às famílias. Desconsiderando as mudanças que ocorreram nos formatos de família nas últimas décadas e o contexto de aumento de vulnerabilidade dessas. (Gelinski; Moser, 2015)

É possível dizer que nos anos 1990 a saúde definitivamente abarca e recorre à família como expresso em seu próprio título: Programa de Saúde da Família. Com relação à Política de Saúde, a família assume caráter de centralidade no novo modelo de atenção evidenciado pela ESF que tem como um dos princípios básicos a família como núcleo de abordagem. Contudo, para os profissionais e as equipes existem incongruências com relação à definição e compreensão acerca da categoria família. Trata-se mais da reorientação do modelo em saúde do que de estabelecer bem o papel da família no modelo da atenção básica. (Gelinski; Moser, 2015).

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

Existem modelos em saúde que disputam hegemonia e convivem apesar de suas contradições. Franco e Merhy (2003) ressaltam como o modelo historicamente estruturado de forma médico-centrado tem suas bases em um enfoque tecnológico, de especialidades, fármacos, equipamentos biomédicos, entre outros. É no debate da necessidade de ampliação dos sistemas de saúde que, em contraponto, emerge a medicina comunitária baseada na ideia de uma saúde mais generalista com possibilidades de cuidado dos sujeitos e comunidades, valorizando também os aspectos de promoção e prevenção em saúde.

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

Vemos também que os documentos que norteiam a Política Nacional da Atenção Básica, embora tratem da estratégia de saúde da família, pouco se ocupam em elucidar o que é a família e quais suas possibilidades, acabando por reproduzir uma ideia naturalizada da família, tal como o debate é tratado de forma geral nas políticas sociais e na sociedade.

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

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



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

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

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou demonstrar os processos sócio-históricos que conformaram a Política de Saúde Brasileira e sua relação com famílias. De modo sintetizado podemos destacar que a apropriação da família pelas políticas sociais é fortemente marcada pela crise do capital dos anos 1960/1970 e, especialmente, no Brasil esse processo irá se consolidar nos anos 1990 com o neoliberalismo. A política de saúde sofre interferências diretas desse processo, especialmente, através da criação do Programa de Saúde da Família. Desta forma, existem projetos em disputa na forma como se compreende a saúde, o adoecimento e os modos de viver das famílias. Em nossa análise, as ações em saúde têm sido orientadas por um prisma que fragmenta a realidade social e se distancia da totalidade.

A família é colocada como eixo central na estruturação da APS no Brasil, através da Estratégia de Saúde da Família, tratando-se de um importante esforço na reorientação do modelo de saúde que enfatiza a aposta na Atenção Básica como resolutiva para as questões de saúde da população e organizadora do cuidado com relação aos níveis mais complexos de assistência em saúde. Contudo, segue a ausência de problematizações sobre família nos marcos da política e, assim, aos profissionais executores da política resta acessar um arcabouço próprio para compreender a família. Tal fato preocupa, uma vez que, como sinalizamos, a família é um conceito em disputa e fortemente imbricado com as discussões do senso comum.

Parece, assim, necessário reafirmar a importância do debate da família no sentido de contribuir substancialmente no enfrentamento de ações conservadoras frente ao trabalho com famílias na saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

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

CORRÊA, Mariza. **Repensando a família patriarcal brasileira**. São Paulo: Departamento de Ciências Sociais da Unicamp, 1981.

COSTA, Nilson Do Rosário. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 282 p.

FRANCO, Túlio; MERHY, E. E.. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 134-167. Disponível em: <https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/11PSF-contradicoes.pdf>. Acesso em 15 out 2023.

FERREIRA, Verônica Maria. **Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social**: uma análise de suas tendências. Tese de Doutorado. Recife, UFPE, 2017. Disponível: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/29595>. Acesso em 30 jul 2024.

GELINSKI, Carmen Rosario Ortiz Gutierrez. MOSER, Liliane. Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas políticas sociais. In: MIOTO, Regina Célia Tamasso. CAMPOS, Marta Silva. CARLOTO, Cássia Maria. (Orgs.) **Familismo, direto e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.

RAGO, Luiza Margareth. **Do cabaré ao lar**: a utopia da cidade disciplinar e a resistência anarquista - brasil 1890-1930. 4. ed. Campinas: Paz e Terra, 2014.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: v. 23, n.53, p-6-19, set/dez, 1999. Disponível em [https://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.23%2C+N.53+-+set&pesq=&x=54&y=22](https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.23%2C+N.53+-+set&pesq=&x=54&y=22). Acesso em 10/08/2023.

VILHENA, Cynthia Pereira de Sousa. **A família na doutrina social da Igreja e na política social do Estado Novo**. *Psicol. USP* [online]. 1992, vol.3, n.1-2, pp. 45-57. ISSN 1678-5177. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/34457/37195>. Acesso em 26/07/2023.