



**FAMÍLIA E POLÍTICAS SOCIAIS:**  
o Saúde da Família posto em questão

**Tháisa Simplício Carneiro<sup>1</sup>**  
**Kathleen Elane Leal Vasconcelos<sup>2</sup>**  
**Sandra Amélia Sampaio Silveira<sup>3</sup>**

RESUMO

A priorização das famílias na agenda das políticas sociais vem sendo verificada como uma tendência no atual cenário brasileiro. Dessa forma, o presente trabalho busca refletir sobre os motivos para tal postura, a partir da análise de uma experiência específica: o Saúde da Família no município de Campina Grande/PB. Objetiva-se também desvelar como se dá a implementação do referido Programa, discutindo os avanços obtidos e os desafios identificados pelos profissionais que atuam no mesmo, no sentido de modificar a organização dos serviços de saúde e de contribuir para a ampliação do acesso aos direitos sociais pelas famílias atendidas.  
Palavras-chave: Família; Programa Saúde da Família; Política Social.

ABSTRACT

Families have become a priority in the social actions field at the present brazilian scenario. This work has the objective to discuss the reasons which lead to that, analysing a particular experiment: The Family Health Program in Campina Grande/PB. It is also the purpose of this work to present how the implementation of the program takes place, discussing the improvements achieved as well as the challenges identified by professionals employed for the program so that the organization of health services might be modified and also contribute to extend access to social rights for the families assisted in the program.

Keywords: Family; Family Health Program; Social Actions.

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente percebe-se, em nível internacional, uma tendência de adotar a família como público-alvo de diversas políticas sociais, como demonstram Carvalho (2005), Pereira (2004) e Vasconcelos (1999). A própria Organização das Nações Unidas (ONU) elegeu 1994 como o Ano Internacional da Família, destacando a relevância de se retomar esta instituição como prioridade pública e buscando chamar os países a refletirem sobre o papel da família na sociedade contemporânea.

---

<sup>1</sup> Bolsista do Projeto de Iniciação Científica (PROINCI); estudante do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

<sup>2</sup> assistente social; mestre em Sociologia/UFPB; docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

<sup>3</sup> Assistente social; mestre em Serviço Social/UFPE; docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Nesse contexto, emerge a indagação: por que este atual “frisson” em torno da família? Qual o sentido da proliferação de políticas que propõem a família como centro de suas intervenções? Como vêm atuando os(as) profissionais em tais políticas? É sobre tais questões que iremos nos debruçar neste artigo, analisando especificamente a experiência do Saúde da Família no município de Campina Grande/PB.

## **2 BREVES REFLEXÕES SOBRE AS POLÍTICAS SOCIAIS VOLTADAS PARA AS FAMÍLIAS**

Vasconcelos (1999) sinaliza que, no cenário capitalista, os direitos sociais, embora frutos de intensas lutas dos movimentos sociais para seu reconhecimento, tendem a ser percebidos como direitos de indivíduos isolados e setorializados, dentro de uma lógica fragmentada. Nesse sentido, as políticas sociais voltadas para responder a tais direitos são individualizadas, voltadas para segmentos como crianças, mulheres, idosos etc, “desconsiderando o universo familiar e comunitário em que vivem, o que reflete a ideologia mercantil hegemônica, para a qual a iniciativa individual em prol dos interesses particulares é a base do progresso e do bem-estar.” (id.ibd, p.7). No Brasil, as políticas sociais seguem tal tendência, conforme pontua o autor acima referido.

É no final dos anos 1970 que emerge uma preocupação com as famílias enquanto foco da intervenção estatal. Em nível nacional, as lutas dos movimentos de mulheres e do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua trouxeram à tona tal preocupação: partia-se da compreensão de que não basta traçar legislações e políticas sociais específicas para crianças, adolescentes, idosos ou mulheres, se não for levado em conta que estes sujeitos estão vinculados à família.

Decorrente desse movimento, a Constituição Federal de 1988 incorporou a discussão sobre a importância da família na proteção social<sup>4</sup>: esta passa a ser percebida, juntamente com a sociedade e o Estado, como responsável pelo “cuidado” de seus membros, especialmente crianças e idosos(as). Assim, é fundamental que as políticas sociais se voltem para as famílias, no sentido de superar as abordagens fragmentadas e individualizantes, sendo o Estado responsável pela concretização dos direitos sociais.

No entanto, no momento em que se obtinha tal conquista no texto constitucional, ocorria um giro conservador na política internacional: a emergência da ideologia neoliberal, relacionada com o discurso de crise do Estado interventor. Conduzido por essa idéia, nos anos 1990, o Estado brasileiro passa a promover a transferência de suas responsabilidades

---

<sup>4</sup> Cumpre sinalizar que Pereira (2004) considera que a família sempre fez parte das políticas sociais nacionais, ainda que fosse no sentido de responsabilizá-la pelos problemas vivenciados por seus membros.

a setores da sociedade civil; apela para a solidariedade na busca de soluções imediatas para os problemas sociais; adere à privatização das políticas sociais.

Pereira (2004) assinala que nesse cenário se delineia um pluralismo de bem-estar (ou Welfare Mix, como diz Carvalho, 2005), em contraposição ao Estado de Bem-Estar: busca-se uma maior participação do mercado, da sociedade e das famílias na proteção social. Emerge o discurso da co-responsabilidade ou parceria entre Estado e sociedade e o apelo à solidariedade. Esse processo se configura como

uma estratégia de esvaziamento da política social como direito de cidadania, já que, com o 'desvanecimento das fronteiras entre as esferas pública e privada', se alarga a possibilidade de privatização das responsabilidades públicas, com a conseqüente quebra da garantia de direitos (PEREIRA, 2004, p.33).

É nesta lógica que, segundo a referida autora, o papel voluntarista da família como fonte privada de proteção social ganha espaço, adquirindo relevância como provedora e gestora do bem-estar. Nesse sentido, a família passa a ser responsabilizada, em primeira instância, pela garantia de condições para o desenvolvimento integral de seus membros.

Atualmente, percebe-se no Brasil uma ênfase na família como espaço privilegiado pelo Estado para o desenvolvimento de programas e políticas sociais, dentre as quais podemos destacar as políticas de Assistência Social e da Saúde. Na primeira, com a estruturação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a família ganha ênfase através da criação dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Já na política da saúde, destaca-se o Saúde da Família (SF), adotado pelo governo federal como estratégia para reorganização dos serviços de saúde.

Nesta conjuntura, as análises sobre a família tornam-se cada vez mais relevantes, no sentido de compreender as facetas desta instituição na contemporaneidade, bem como o significado das políticas sociais voltadas para tal público-alvo, sendo que uma delas, como indicamos, é o SF, para o qual nos voltaremos nesse momento.

### **3 O SAÚDE DA FAMÍLIA:** uma proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde

A partir da Constituição Federal de 1988 foi criado o SUS (Sistema Único de Saúde), como estratégia para reverter o modelo de atenção à saúde vigente até então, caracterizado pela exclusão da grande maioria da população, pela ênfase no atendimento médico-assistencial privatista e caráter hospitalocêntrico.

Com o propósito de reorganizar o SUS a partir da atenção básica, o Ministério da Saúde passou a implementar, desde 1994, o Programa Saúde da Família<sup>5</sup> (PSF). No discurso oficial, tal programa tem como horizonte a proposta da vigilância à saúde, com ênfase na prevenção e promoção à saúde, articulados com a atenção curativa.

Como o próprio nome anuncia, o SF elege como objeto de sua intervenção “a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde” (BRASIL, 1997, p.10). Dessa forma, a Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ultrapassar a abordagem individual e considerar os contextos familiares e a vida comunitária, evidenciando-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida.

O SF, portanto, pressupõe a emergência de novas práticas profissionais mediante a indissociabilidade entre trabalhos clínicos e a promoção e prevenção da saúde: espera-se que a equipe esteja capacitada para prestar assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, compreendida como território que abrange uma quantidade de 600 a 1000 famílias, ou cerca de 4500 habitantes.

Constituindo-se, atualmente, um dos pilares da saúde pública no Brasil, o SF vem se instituindo, no discurso governamental, não mais como um programa, mas como uma política de governo. Isso fica evidente, como mostram Medina e Aquino (2002), na vertiginosa expansão numérica das equipes, na crescente legitimação institucional da estratégia no âmbito do SUS e no fortalecimento dos mecanismos de sustentabilidade financeira.

Apesar da visibilidade que o SF adquire no cenário nacional, há uma série de críticas e questionamentos, por parte de estudos na área da saúde, em relação à forma como vem sendo implementado, que aqui apenas sinalizamos: o caráter focalista, seletivo e racionalizador que acaba por assumir (PAIM E MISOCKY APUD SENNA, MONNERAT E SOUZA, 2006); o elevado número de famílias atendidas por equipe; a formação acadêmica dos(as) profissionais, que ainda não está em consonância com o novo paradigma sanitário; a disparidade de salários que privilegia o médico em relação às demais profissões (TEIXEIRA, 2002); entre outros. Estes aspectos indicam a fragilidade do SF em cumprir seu objetivo principal, que seria o de contribuir para a reestruturação da atenção básica.

Neste artigo, buscaremos refletir sobre um dos ângulos do SF: a proposição de estruturar seu trabalho a partir das famílias e o significado de tal postura, tendo como referência a realidade do município de Campina Grande/PB. Nossa análise pauta-se em

---

<sup>5</sup> Segundo Farias (2005), atualmente o Ministério vem substituindo o termo programa por estratégia ou política em decorrência do caráter verticalizado, normativo e transitório que este apresenta. Nesse sentido, o presente trabalho utilizará o termo Saúde da Família (SF).

uma pesquisa, na qual utilizamos para a coleta dos dados: a pesquisa documental e bibliográfica, a observação participante junto a equipes do programa, bem como a entrevista semi-estruturada com profissionais (médicas(os), enfermeiras(os), assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde-ACS) de equipes atuantes no município em tela.

### **3.1 Situando o Saúde da Família de Campina Grande**

Em Campina Grande/PB o SF foi implantado ainda em 1994, através de uma iniciativa do Ministério da Saúde, sendo um dos quatorze primeiros municípios do país a assinar o convênio. Atualmente conta com oitenta equipes, distribuídas em vários bairros do município e na zona rural. É importante sinalizar que, no processo de implantação das equipes, os gestores vêm priorizando os bairros de periferia, enfocando especificamente as populações empobrecidas.

Na composição de algumas equipes, além dos(as) profissionais preconizados pelo Ministério da Saúde (ACS, auxiliares de consultório dentário, auxiliar de enfermagem médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, e médicos), há a inclusão de assistentes sociais, como fruto de uma longa luta em nível municipal.

A organização do trabalho das equipes segue orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo prestados atendimentos como: consultas médicas e de enfermagem, pré-natal, puericultura, imunização, curativos, visitas domiciliares, etc. A equipe também é responsável pelo trabalho educativo, geralmente junto a grupos de gestantes, planejamento familiar, adolescentes, idosos, hipertensos, diabéticos e de saúde mental, entre outros. Além disso, há a organização do Conselho Comunitário (ou Local) de Saúde, que é um espaço de controle social em nível local, criado pelas equipes do SF e composto por representações das diversas entidades existentes nos bairros.

É a partir da experiência vivenciada nesse município que teceremos, a seguir, nossa análise acerca do significado do trabalho com famílias para as equipes do Saúde da Família.

## **4 REFLEXÕES SOBRE A PRIORIZAÇÃO DA FAMÍLIA NA AGENDA DA POLÍTICA DE SAÚDE**

O conceito de família adotado pelo Ministério da Saúde, baseia-se na definição do IBGE, que considera ser "(...) o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentescos, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregados(as) domésticos(as) que residem no domicílio, pensionistas e

agregados (BRASIL, 1998, apud PÉRET, 2001: 194). Esta é uma concepção abrangente, que sinaliza para o perfil multifacetado<sup>6</sup> assumindo pela instituição familiar em nossa sociedade.

Entretanto, o próprio logotipo do Saúde da Família parece expressar uma contradição com tal compreensão, ao sugerir a idéia da família nuclear, tradicional, quando imprime uma residência com uma mulher, um homem e uma criança como marca do mesmo. Tal fato requer uma análise mais detalhada do seu significado.

Mioto (2004) considera haver um consenso, entre os profissionais que atuam com famílias, sobre a diversidade de arranjos familiares, o caráter contraditório dos vínculos conjugais e da liberalização dos costumes. Assim, segundo ela, muito raramente são encontrados técnicos que não trabalham com a idéia da diversidade de famílias. No entanto, algumas pesquisas, como as de Péret (2001) e Mendonça (2005), sinalizam que ainda há profissionais do SF que possuem uma visão tradicional e idealizada da instituição familiar. Nesse sentido, compartilhamos da indagação de Marsiglia (2005) se as equipes, efetivamente, vêm acompanhando as mudanças que estão sendo vivenciadas na família ou se estão preparadas “para os riscos de basear seu trabalho em uma imagem pessoal ou idealizada da família” (p.171).

Dessa forma, é importante refletir sobre a formação que os(as) profissionais do Saúde da Família vêm tendo acerca de seu objeto de intervenção por excelência: a família. É consenso entre os(as) estudiosos(as) que há fragilidades na formação acadêmica dos(as) trabalhadores da saúde em relação às necessidades do SUS. Nesse sentido, os próprios serviços vêm se preocupando com a educação permanente, como um dos desafios para reorganização do processo de trabalho.

No entanto, apesar da relevância da mudança do foco de intervenção para a família, estudo realizado por Mendonça (2005) junto a profissionais que há mais de 10 anos trabalham no SF de Campina Grande/PB indica que, ao longo desse tempo, não aconteceu nenhuma atividade de capacitação mais específica para a discussão sobre família. Tal constatação é preocupante e certamente não é uma situação peculiar do município. Como afirma Marsiglia (2005), muito se tem avançando em termos de ampliar os conhecimentos dos(as) profissionais das equipes do SF sobre habilidade e atitudes que viabilizem a formação de vínculos com a comunidade. Entretanto, continua a autora, “pouco ainda se faz para prepará-los para as abordagens de família, como se isso fosse decorrente de um talento inato de cada um ou de experiências pessoais, ou, ainda, que a questão não fosse objeto de conhecimento especializado” (p.173).

---

<sup>6</sup> Não é nosso objetivo traçar uma análise acerca das transformações que vêm se processando no seio familiar. É consensual entre os(as) estudiosos que as famílias vêm sofrendo uma série de (re)significações em sua composição, tamanho, dinâmica, papéis, etc.

Outro elemento importante a considerar nesta análise é o papel atribuído a família pelos(as) profissionais. Miotto (2004) denuncia que o termo “família desestruturada” - elaborado originalmente para qualificar as famílias que escapavam do modelo-padrão apregoado pela escola estrutural-funcionalista - é amplamente utilizado no SF, seja na literatura sobre a política, seja nos relatórios técnicos. Em outras palavras, conforme sinalizamos anteriormente, parece haver um consenso entre os(as) profissionais sobre as transformações nas famílias em relação a sua estrutura e composição. Entretanto, quanto às funções familiares, a expectativa é que haja

um mesmo padrão de funcionalidade, independentemente do lugar em que estão localizadas na linha da estratificação social, calcada em postulações culturais tradicionais referentes aos papéis paterno e, principalmente, materno. [...] Pode-se afirmar que não é apenas por uma questão semântica que o termo ‘famílias desestruturadas’ continua sendo de uso corrente. Cada vez mais é utilizado para nomear as famílias que falharam no desempenho das funções de cuidado e proteção dos seus membros e trazem dentro de si as expressões de seus fracassos, como alcoolismo, violências e abandonos. Assim, se ratifica a tendência de soluções residuais aos problemas familiares (MIOTTO, 2004: p. 53- 54).

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

Esses fatores, aliados à ausência de uma formação específica para um trabalho com famílias, acabam por desaguar em posturas conservadoras, por vezes moralistas, nas abordagens profissionais. Nesse sentido, Oliveira (1999, apud PÉRET, 2001) chega a denunciar que o trabalho do SF acaba por remeter à idéia foucaultiana de ‘Vigiar e Punir’:

É a invasão da privacidade de cada um que se dá no âmbito da vigilância familiar, recuperando as políticas higienista do início do século. O controle das práticas sexuais e sociais passa a ocupar um lugar de extrema importância na alegoria agregatória das políticas sociais compensatórias (id, *ibid*: p. 194).

Tal reflexão adquire ainda mais relevância quando se sabe que um dos principais instrumentos de trabalho das equipes do SF é a visita domiciliar. Este instrumento de abordagem das famílias, ao possibilitar o acesso dos(as) profissionais aos domicílios, oferece subsídios para que estes conheçam a realidade vivenciada pelos(as) usuários(as) dos serviços e estabeleçam vínculos com a comunidade; revela elementos que podem

contribuir para aproximar a organização dos serviços das necessidades reais dos(as) usuários(as); propicia assistência aqueles que não podem se deslocar até a unidade de saúde, enfim, possibilita também a vigilância da saúde no que se refere aos fatores determinantes e condicionantes no processo saúde-doença. No entanto, como se pode depreender da citação anterior, a visita domiciliar também pode se configurar como um instrumento para invasão da privacidade familiar ou para a vigilância no sentido do controle da população. Isso tende a se agravar com a ausência de formação dos(as) profissionais, em relação à abordagem da família, principalmente entre os(as) ACS's, que mensalmente adentram em todos domicílios da sua micro-área.

Outro aspecto relevante para a análise do trabalho com famílias no SF é a forma como os serviços estão organizados. Apesar da afirmação do Ministério da Saúde de que o SF não recorta a população em fatias (mulheres, crianças, idosos, etc), percebe-se, no cotidiano das equipes, a tendência em organizar este atendimento de forma “recortada”, fragmentada nas diversas patologias e segmentos.

Estas constatações ficam evidentes na pesquisa de campo que realizamos junto a profissionais dos seis distritos sanitários de Campina Grande/PB. Quando indagados se as equipes organizavam a atenção à saúde da população voltada para as famílias ou para os indivíduos ou grupos por patologias, destacam-se respostas como:

[...] eu acho que deveria se trabalhar a família, não é? mas você acaba **parcelando** essa família em segmentos: é a mulher, é o idoso, é a criança, aí você pega essa parcela e ainda parcela por patologia, entendeu? É o hipertenso, é o diabético, né? É o planejamento familiar, é a saúde mental. Então a gente acaba trabalhando a questão dos grupos, né? Por problema, por patologia. Eu acho isso horrível, mas infelizmente é assim, né? (...) Quando a pessoa que não tem nenhuma patologia, que procura a unidade, aí não, realmente é avaliada a família: tem o prontuário da família, cada membro da família tem a sua ficha dentro do prontuário, então se tem um acompanhamento dessa família, certo? (Entrevistada 19).

Vasconcelos (1999) sinaliza ainda que as próprias visitas domiciliares, onde os(as) profissionais muitas vezes estão com a atenção dirigida aos aspectos priorizados pelos diversos programas (amamentação, HA, etc) – cuja padronização facilita a concretização do SF -, tendem a empobrecer o alcance da abordagem com famílias, por não trabalhar a complexidade das manifestações locais e familiares dos problemas de saúde.

Verificou-se, assim, que parte considerável dos(as) entrevistados(as) respondeu que organizavam a atenção à saúde da população eminentemente através de *grupos*, embora levando em consideração o universo familiar, como sintetiza a seguinte fala:

[O trabalho no SF] tá voltado pra família, mas ainda no modelo de você tentar direcionar, pegar os grupos de risco. O que são os grupos de risco: os hipertensos, os diabéticos, as gestantes, né? Os menores de um ano, então de certa forma ainda tá focado em alguns grupos de risco. Tenta se trabalhar o todo, mas a gente sabe

que ainda não é possível, a gente não tá conseguindo fazer isso, por todas as dificuldades que a gente vem falando, sobrecarga de família, né? Falta de condições mínimas de trabalho, e aí desestímulo (...) (Entrevistada 10)

Como se pôde perceber neste depoimento, o próprio trabalho com famílias acaba sendo comprometido pelo número excessivo de famílias sob sua responsabilidade e a precariedade das condições de trabalho, que sugere a necessidade de análise sobre as condições e recursos disponibilizados para que os(as) profissionais possam desenvolver seu trabalho.

Cumpra-se considerar que, de acordo com Vasconcelos (op.cit), em alguns municípios, o SF parece ter significado mais uma modificação institucional do que uma maior aproximação dos cotidianos das famílias. Além disso, no cotidiano das equipes, passa-se a

denominar de saúde da família práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com os grupos comunitários. Qualquer tipo de intervenção da equipe é considerada como familiar. Ao não ter clara a distinção entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo, da família ou dos diferentes grupos comunitários, o termo família perde sua especificidade (p.18).

Por outro lado, a partir da pesquisa que realizamos, percebe-se que alguns avanços foram alcançados desde a implantação do Saúde da Família em Campina Grande, seja no que se refere à criação de vínculo dos(as) profissionais com a comunidade adscrita, à busca de uma abordagem integral dos indivíduos, seja também no que se refere aos indicadores de saúde, sendo que são estes os maiores avanços percebidos pelos(as) profissionais no que se refere ao SF: são diversas as referências à diminuição das taxas de mortalidade e desnutrição infantil; à ampliação da cobertura vacinal, ao alargamento do acesso ao planejamento familiar e ao pré-natal, dentre outros. Ou seja, a população, de maneira contínua e planejada, vem tendo acesso aos serviços de saúde, inclusive não apenas de forma curativa, mas também de maneira preventiva e promocional da saúde.

Como dificuldades no trabalho com famílias, os(as) profissionais entrevistados(as) destacaram a fragilidade do sistema de referência e contra-referência; a fragilidade na estrutura física das unidades de saúde; a escassez de insumos e medicamentos; a situação de miserabilidade vivenciada pelas famílias, entre outros.

É importante destacar, por fim, que no trabalho com famílias se colocam desafios e limites que o SF sozinho não pode resolver, e que necessitariam de uma rede intersetorial de serviços para o enfrentamento dos elementos imbricados no processo saúde-doença, especialmente num contexto marcado pelas precárias condições de vida da população, decorrentes do aprofundamento da questão social, trazido pelo cenário neoliberal.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao traçarmos as considerações aqui sinalizadas, não estamos desconsiderando a importância de priorizar a família na proposição das políticas sociais ou mesmo subestimando os impactos obtidos na saúde da população através do Saúde da Família. Ao contrário, acreditamos que este pode contribuir para que o princípio da integralidade seja incorporado na rotina das unidades de saúde, tendo claro que, embora a concretização de tal princípio não signifique simplesmente a consideração do universo familiar na intervenção no processo saúde-doença, esta é uma dimensão importante, que certamente possibilita um olhar – e uma intervenção - mais abrangente sobre a saúde.

Entretanto, pensamos ser necessário o empreendimento de reflexões mais aprofundadas sobre a proposta de trabalho com famílias no âmbito das políticas sociais. Afinal, consideramos que a família tem um papel importante, mas não pode, jamais, ser responsabilizada exclusivamente pelos problemas vividos por seus membros e nem utilizada como alternativa de proteção social diante do enxugamento do Estado.

Em relação aos(às) profissionais que estão inseridos em tais políticas, é necessário que avancem efetivamente na perspectiva de incorporar na rotina do trabalho a abordagem da família, inclusive a partir de uma formação contínua que os sensibilize para lidarem com esta complexa instituição, sem cair em posturas conservadoras, com caráter de patrulhamento cultural ou sanitário. E, sobretudo, não podem perder de vista que a vida familiar não é algo etéreo, isolado, mas que está inserido na dinâmica política e econômica da sociedade.

Ao mesmo tempo, é preciso lembrar que, conforme considera Scott (1999), as políticas sociais voltadas para famílias devem centrar sua prática em ações que visem o fortalecimento familiar. Ou, como coloca Pereira (2004), “o objetivo da política social em relação à família, ou ao chamando setor informal, não deve ser o de pressionar para que elas assumam responsabilidades além de suas forças e alçadas, mas o de oferecer-lhes alternativas realistas para participação cidadã” (p.40). Este é o desafio que se coloca para as políticas voltadas para as famílias, inclusive o Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

CARVALHO, M. do C. B. de. Família e Políticas Públicas. ACOSTA, A.R.; VILTALES, M.A.F. (orgs). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais – PUC/SP, 2005.

MARSIGLIA, R.M.G. Família: questões para o Programa Saúde da Família (PSF). ACOSTA, A.R.; VILTALES, M.A.F. (orgs). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais – PUC/SP, 2005.

MEDINA, M G, AQUINO, R. Avaliando o Programa Saúde da Família. SOUSA, MF de. **Sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIOTO, R.C.T, NORA, N. I. Sistematização do conceito de família: indicadores para pensar as ações profissionais. Anais do X ENPESS (Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, 2006.

MENDONÇA, William Carla Santos de. **Programa Saúde da Família: desafios e perspectivas dos profissionais que atuam junto a famílias no Pedregal**. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Campina Grande, UEPB.

MIOTO, Regina Célia Tamaso Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. IN: SALES, A. P.; MATOS, M.C.; LEAL, M.C. (Org.). **Política social, Família e Juventude**. São Paulo, Cortez, 2004.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. de C. M; SOUZA, R. G. de. Entre a formulação e a implementação: uma análise do Programa Saúde da Família. In. BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M.de; GAMA, A. de S.; MONNERAT, G. L.(orgs). **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro, Cortez, 2004.

PEREIRA, P.A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem estar. IN: SALES, A. P.; MATOS, M.C.; LEAL, M.C. (Org.). **Política social, Família e Juventude**. São Paulo, Cortez, 2004.

PÉRET, T. C. **O Programa Saúde da Família: questões e perspectivas**. A experiência desenvolvida no município de Campina Grande – 1994- 1999. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pont. Univ.Católica – PUCRJ, Rio de Janeiro, 2001.

SCOTT, R.P. A vigilância familiar e sanitária: implicações políticas e sociais dos programas de Agentes Comunitários e de Saúde na Família. **Anais do XXIII Encontro Anual da ANPOCS**, 1999 (mimeo).

TEIXEIRA, M. J. de O. O Programa de Saúde da Família, O Serviço Social e o Canto do Rouxinol. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. Saúde em Debate v. 23, n 53. Rio de Janeiro, set/dez 1999 (p. 6- 19).