

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

ANDREA CRISTINA LOVATTO RIBEIRO

ATENÇÃO À SAÚDE E MODOS DE ANDAR A VIDA:
a produção de conhecimentos em psicologia e os subsídios para um cuidado que pretenda
produzir saúde para crianças e famílias nos contextos de pobreza

BELÉM - PARÁ

2012

ANDREA CRISTINA LOVATTO RIBEIRO

ATENÇÃO À SAÚDE E MODOS DE ANDAR A VIDA:
a produção de conhecimentos em psicologia e os subsídios para um cuidado que pretenda produzir
saúde para crianças e famílias nos contextos de pobreza

Dissertação apresentada à Universidade Federal do
Pará, como parte das exigências do Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, para obtenção do
grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

BELÉM - PARÁ
2012

ANDREA CRISTINA LOVATTO RIBEIRO

ATENÇÃO À SAÚDE E MODOS DE ANDAR A VIDA:

a produção de conhecimentos em psicologia e os subsídios para um cuidado que pretenda produzir saúde para crianças e famílias nos contextos de pobreza

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Pará, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, para obtenção do grau de Mestre.

APROVADA: 18 de setembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Alcindo Antonio Ferla
(Orientador)
(UFPA/UFRGS)

Profa. Nilva Lúcia Rech Stedile
(UCS)

Prof. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
(UFPA)

Prof. Ricardo Burg Ceccim
(UFRGS)

*Ao Alexandre,
por ver sempre coisas
bonitas ao olhar em minha direção.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Alcindo Ferla, especialmente por me apresentar à saúde coletiva, e também pelo incentivo em iniciar o mestrado e pelo apoio durante o curso.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, bem como aos professores e colegas que contribuíram para a realização deste mestrado e desta Dissertação.

A “Profe Bea”, minha sogra, pelo incentivo constante, por sempre gostar de ler o que eu escrevo, pelas leituras criteriosas dos meus textos, e especialmente pelas discussões preciosas nos momentos de dificuldade.

Ao Alexandre, pela confiança, pelo incentivo, pelo amor sem fim e por nunca me deixar desistir.

Aos meus pais, por me proporcionarem sempre oportunidades de aprender, e especialmente ao meu pai, que adoeceu e partiu durante o período de escrita desta dissertação, e que teria gostado muito de estar presente neste momento.

Ao Gui, Aninha e Dani, pelos momentos mágicos do dia-a-dia, que inspiram todos os outros momentos da minha vida e me relembram sempre do que realmente importa na vida.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste estudo.

Um grama de ação vale mais do que uma tonelada de palavras

Swami Sivananda

RESUMO

Um cuidado em saúde que vise a integralidade em suas ações e propostas deve levar em consideração os contextos singulares de vida da população e de cada pessoa em particular, se observadas as considerações da bibliografia especializada. Sabe-se que o Brasil é um país que apresenta um grave quadro de desigualdade social e o conhecimento da diversidade cultural existente entre os grupos sociais que co-existem em nosso país é fundamental para a realização de um cuidado em saúde integral com a população. O objetivo deste estudo foi compreender se e de que forma os elementos considerados importantes para a produção de saúde no contexto de vulnerabilidade social no Brasil estão sendo levados em conta na produção acadêmica da área da psicologia. Para isso, foram analisados textos presentes na Biblioteca Virtual em Saúde, a partir da relação psicologia e SUS, totalizando 37 estudos. A importância de uma prática contextualizada foi evidenciada, porém não houve em nenhum dos textos a descrição das especificidades dos contextos familiares em situação de pobreza, sinalizando que este conhecimento não está disponível na área e que saberes de áreas distintas da saúde são fundamentais para um cuidado integral em saúde. A integralidade, o trabalho em equipe e a prevenção e promoção à saúde são elementos significativos nas produções, porém podemos perceber que estas diretrizes encontram-se ainda no plano da reflexão e verbalização, de um modo geral não traduzindo-se em práticas profissionais. Os desafios que distanciam a prática dos profissionais da psicologia e as diretrizes do SUS resumem-se em uma formação voltada para o atendimento clínico individual e a consequente prática descontextualizada, voltada para a psicoterapia. Outros desafios assinalados foram formas de organização do próprio SUS e a desconsideração deste profissional como generalista nas políticas de saúde. O conceito de resiliência de um modo geral não está presente nos estudos, mas a presença de elementos importantes para promover a autonomia dos indivíduos demonstra que formas de fortalecer os indivíduos foram considerados importantes. Foram analisadas também as estratégias de educação: formação acadêmica e Educação Permanente em Saúde (EPS). Observou-se que a discussão sobre a formação está presente na maioria dos textos e que mudanças tímidas já foram constatadas buscando aproximar a área da realidade do SUS. A EPS não é um fator significativo nos estudos, e seu potencial ainda não foi explorado no que concerne a psicologia.

Palavras-chave: Cuidado em saúde. Sistema Único de Saúde. Psicologia. Vulnerabilidade social. Contextos familiares.

ABSTRACT

A health care that aims integrality in its actions and proposals must take into account the population's singular life contexts as well as the life contexts of each specific individual, which can be observed in a specialized bibliography. It is well known that Brazil is a country that presents serious social inequality and the knowledge of cultural diversity among different social groups that co-exist in our country is fundamental to achieve an integral health care. The objective of this study is to understand if and in which ways the elements that are considered important to provide health in this context are present in scientific production in the psychology field. For this purpose, several texts present in the BVS (Virtual Health Library) were analyzed; in a total of 37 texts, which deal with the relationship between psychology and SUS (Brazilian Unified Health System). The importance of a contextualized practice was mentioned, however, none of the texts showed the description of specific contexts of families in poverty, indicating that this knowledge is not available in the psychology field and therefore showing the importance of considering the information available in other areas for an integral health care. Integral health care, team work, prevention and health promotion are major elements that are present in the academic production of knowledge; nevertheless we notice that these guidelines are still in the level of reflection and verbalizations, usually not taking place in practice. The challenges that set apart professional psychologist's practice and SUS guidelines can be summarized in a professional training which emphasizes individual clinical practices resulting in decontextualized practices. Other challenges identified were the way the health system itself was organized, and the way psychologists are not considered as generalist professionals in health policies. The concept of resilience in general is not present in the studies; however, the presence of other important elements to promote the autonomy of individuals was taken into consideration. Strategies of education: Academic and Permanent Education in Health (EPS) were also analyzed. It was observed that the discussion about professional training is present in most texts and that small changes have been made in order to bring the psychology field closer to the SUS system. Permanent Education in Health is not a significant factor in the studies, and its potential has not yet been explored in relation to psychology.

Key-words: Health care. SUS (Brazilian Unified Health System). Psychology. Social vulnerability. Family contexts.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Número de publicações por ano.....	68
Figura 2: Tipos de trabalho.....	68
Figura 3: Desenho dos Estudos.....	69
Figura 4: Descrição das especificidades dos contextos familiares.....	71
Figura 5: Necessidade de atuação profissional contextualizada.....	71
Figura 6: Presença da integralidade em saúde	74
Figura 7: Presença do elemento trabalho em equipe nos estudos.....	76
Figura 8: Presença do elemento formação profissional	80
Figura 9: Presença do elemento Educação Permanente em Saúde	84
Figura 10: Presença dos elementos prevenção e promoção à saúde	87
Figura 11: Presença do elemento resiliência	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TV – Trabalho Vivo

TM – Trabalho Morto

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1. Justificativa.....	18
1.2 Objetivos.....	19
1.2.1 Objetivo geral.....	19
1.2.2 Objetivos específicos.....	20
2 O CUIDADO EM SAÚDE E AS POLÍTICAS DE SAÚDE: ARTICULAÇÕES ENTRE AÇÕES GOVERNAMENTAIS E A ATENÇÃO À POPULAÇÃO.....	21
2. 1 A organização dos sistemas de saúde e as políticas de cuidado.....	21
2.2 O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS).....	23
2.3 Modelo biomédico de atenção em saúde e outros modelos possíveis	27
2.4 A Estratégia Saúde da Família.....	31
2.6 As linhas de cuidado.....	33
3 FAMÍLIAS DE CLASSES POPULARES.....	35
3.1 Diversidade de organização.....	35
3.2 O fenômeno “circulação de crianças”.....	38
3.3 A família ampliada.....	39
3.4 O ciclo de vida familiar.....	41
3.5 Funções da família.....	43
4 RESILIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	45
4.1 Origens do conceito de resiliência.....	45
4.2 Fatores de risco e proteção no estudo da resiliência.....	47
4.2.1 Fatores de risco.....	47
4.2.2 Fatores de proteção.....	49
4.2.3 Resiliência familiar.....	50
4.3 Resiliência no contexto da saúde.....	53
4.3.1 Risco e integralidade: encontro possível?.....	53
4.3.2 Do risco à vulnerabilidade.....	55
4.3.3 Resiliência como margem de segurança.....	56
5 CAMINHO METODOLÓGICO.....	62
5.1 Procedimentos.....	65

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	67
6.1 Primeiro eixo: Caracterização do material.....	67
6.2 Segundo eixo: especificidades dos contextos familiares nas classes populares.....	70
6.3 Terceiro eixo: Integralidade em Saúde.....	73
6.4 Quarto eixo: Trabalho em equipe.....	75
6.5 Quinto eixo: Estratégias de educação.....	79
6.5.1 Formação profissional.....	79
6.5.2 Educação Permanente em Saúde.....	84
6.6 Sexto eixo: Prevenção/ promoção à saúde.....	87
6.7 Sétimo eixo: Resiliência em Saúde.....	89
6.8 Oitavo eixo: Elementos que emergiram dos dados.....	93
6.8.1 Prática profissional descontextualizada.....	93
6.8.2 Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS.....	95
6.8.3 Políticas de Saúde.....	96
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS.....	103

1 INTRODUÇÃO

A concepção atual de saúde refere-se a um conceito muito mais amplo de condições do que a simples ausência de doença. É corrente, e reiterado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a saúde pode ser entendida como um estado de completo bem estar físico, mental e social. Apesar do inevitável questionamento sobre a possibilidade real de um bem estar completo em todos estes níveis, esse conceito destaca a importância de um cuidado em saúde que possa levar em consideração não apenas os sintomas apresentados pelas pessoas. Dentro desta perspectiva, alguns teóricos fazem referência a uma série de “necessidades de saúde” que poderiam responder a uma situação de saúde mais próxima do seu pólo positivo. (CECÍLIO, MATSUMOTO, 2006).

As necessidades de saúde citadas por Cecílio e Matsumoto (2006) são:

1) Necessidades de boas condições de vida. De acordo com os autores, esta idéia é trabalhada no funcionalismo-humanista de San Martin, por alguns autores marxistas e está operacionalizada em alguns modelos tecnoassistenciais, como “Cidade Saudável” e SILOS (Sistema Local de Saúde). Sobre a relevância das boas condições de vida, os autores afirmam que “a saúde como qualidade de vida visa a superar a visão polarizada da medicina sobre a saúde, contemplando as condições de vida e as relações sociais no espaço urbano.” (p. 41). A “boa saúde” estaria relacionada, nesse eixo de definição de necessidades, a boas condições de vida em geral, a capacidade de ir e vir no cotidiano dos territórios em que vive, com ofertas de atenção à saúde e políticas públicas generosas com a população;

2) Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida. De acordo com os autores, estes temas foram desenvolvidos em clássicas taxonomias de saúde e inclui a concepção de ação programática e de necessidade individual. Aqui o destaque é para o acesso a tecnologias e procedimentos necessários à atenção à saúde e, em particular, à assistência em caso de doenças. Mais uma vez, o “pólo” da saúde não está em oposição à doença;

3) Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação). Esta necessidade incorpora idéias relacionadas à “recuperação” do vínculo existente na Clínica e idéias trabalhadas no Programa de Saúde da Família. Um cuidado singular com base em relações cuidadoras é destaque nesse eixo de necessidades, de tal forma que apenas o

acesso às tecnologias e serviços não caracterizem suficiência ao cuidado necessário e devido a cada um;

4) Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito). De acordo com os autores, esta necessidade tem como base idéias de Canguilhem (1982) sobre os modos de andar a vida. Veja-se que aqui o destaque não é exatamente a cura das doenças, mas na prerrogativa da escolha e da singularidade dos modos de ir e vir de cada um no cotidiano. Essa idéia se aproxima parcialmente das discussões da bioética, sobre o direito de ter respeitada sua escolha, mas as transcende, na medida em que desafia o trabalho profissional e os serviços à escuta mesmo dos modos singulares do andar a vida de cada um e ao fortalecimento da autonomia de cada um. Desloca-se, portanto, o cuidado do “pólo” da assistência e se recoloca o centro no indivíduo e nas relações de atenção que se estabelecem nas cenas de cuidado.

Para atender às necessidades de saúde das pessoas, que vão muito além do tratamento dos sintomas apresentados em decorrência da doença suposta, característica de um modelo biomédico, faz-se necessária uma reestruturação do modelo assistencial. Passa-se a focar então em uma atenção integral em saúde. A integralidade em saúde é o resultado de um arranjo tecnoassistencial que se apresenta como um desafio em serviços aonde estão presentes lógicas médico-centradas e procedimento-centrada. (MERHY, 2002 apud FERLA, 2009). Sobre a integralidade, Ferla et al. (2009) afirmam:

a integralidade implica na inserção do indivíduo em uma rede de serviços capaz de responder às necessidades, que se ampliam enormemente da dimensão biológica (na qual é centrada a prática hegemônica), mas que, minimamente, deve ser capaz de oferecer ações de promoção e proteção da saúde, integradas às ações assistenciais necessárias à demanda singular de cada usuário. (p. 28).

Para Merhy e Franco (2003), a mudança do modelo tecnoassistencial depende principalmente da produção de saúde que acontece na micropolítica da organização do trabalho, que deve basear-se nas relações, nos vínculos entre os diferentes atores. Para garantir que todas as necessidades de saúde sejam atendidas, o modelo assistencial deve disponibilizar os recursos tecnológicos e conhecimentos específicos dos diversos profissionais da área da saúde, mas mesmo assim o cuidado deve ter em seu núcleo o “Trabalho Vivo”¹. A integralidade da atenção seria, assim, garantida pelas “linhas de cuidado”. As linhas de cuidado “significam a constituição de fluxos seguros a todos os serviços que venham atender

¹ De acordo com Merhy e Franco (2003), o Trabalho Vivo refere-se ao trabalho em ato, campo de tecnologias relacionais e deve ocupar lugar central no cuidado. O Trabalho Morto refere-se ao núcleo tecnológico.

às necessidades dos usuários.” (CECÍLIO, MERHY, 2003 apud MERHY, FRANCO, 2003). Inclui recursos tecnológicos, procedimentos e, principalmente, modos de organização do trabalho mais centrados nas necessidades dos usuários (indivíduos e coletividades), sendo esse aspecto também utilizado para a gestão e a regulação dos demais componentes do cuidado.

A integralidade em saúde, operacionalizada através das linhas de cuidado, tem como requisito fundamental o conhecimento e o respeito pelos diferentes modos de andar a vida. Mais do que respeito, nesse caso, seria necessário uma profunda relação de alteridade com esses diferentes modos de andar a vida, na medida em que seria necessário tomá-los como agenciadores das propostas de cuidado. No contexto do estudo, as situações de pobreza, existem diversas particularidades que muitas vezes não são levadas em consideração pelos profissionais no momento do contato com o usuário e sequer aprendidas na formação profissional na área da saúde. O estudo sobre a produção de saúde neste contexto se mostra fundamental pelo fato de o Brasil ser um país que apresenta um grave quadro de desigualdade social.

Segundo Gomes e Pereira (2005), nosso país não é um país pobre, pois ocupa o 9º lugar em renda per capita entre os países em desenvolvimento; porém cai para o 25º lugar quando se fala em proporção de pobres. Isso significa que o Brasil está entre os países de alta renda e alta pobreza e, conseqüentemente, entre os primeiros em desigualdade social. Apesar dos números da pobreza no Brasil serem elevados, pesquisa recente demonstra que a desigualdade de renda no Brasil vem caindo ano a ano: “o número de pobres que era 49 milhões de pessoas (Classe E) em 2003, cai 20,5 milhões de pessoas até 2009, chegando a 28,8 milhões de pobres. A taxa de pobreza cai de 16,02% para 15,32% entre 2008 e 2009, [...] 29 milhões ingressaram nas fileiras da chamada nova classe média (Classe C) entre 2003 e 2009, sendo 3,7 milhões no ano da crise.” (NERI, 2010, p. 86).

Em que pesem as mudanças recentes de padrões de renda, suficientes para ascender importantes segmentos populacionais das classes econômicas menos favorecidas, ainda assim é relevante compreender o contexto cultural das classes populares e a forma de produção de saúde neste contexto. O cuidado integral como atendimento às necessidades singulares de saúde inclui reconhecer as condições em que se constrói a saúde nos segmentos populacionais menos favorecidos economicamente. Diferenciar os contextos de pobreza da naturalização da

pobreza, onde os indivíduos submetidos às condições que ela produz são objetivados em “carentes”/”pobres”, é uma postura política necessária.

Para falarmos sobre pobreza, é importante entendermos que esta pode ser definida de formas diferentes. A definição pode variar, por exemplo, de acordo com o país que está avaliando a pobreza na sua população. Stotz (2005) exemplifica esta afirmação com uma comparação entre a definição de pobreza nos Estados Unidos e no Brasil. O autor mostra que em 2002, de acordo com o Censo dos EUA, havia naquele país 12% da sua população em situação de pobreza. Porém, para este país, que tem a maior economia e a mais alta renda per capita do mundo, pobreza significa uma renda de US\$12,59 por pessoa por dia. As vacas, no país citado, são contempladas com US\$2,00 por dia (VALLA, 2005), valor utilizado para definir a linha de pobreza nos demais países do mundo: Stotz (2005) cita que, para o Banco Mundial, foi estabelecido que pobreza significa uma renda de US\$2,00 por pessoa por dia, no resto de planeta.

Outra questão importante levantada por Stotz (2005) é que a pobreza passa a ser um problema nas sociedades capitalistas, nas quais a riqueza é parâmetro para medir o sucesso. O autor cita povos que estiveram ou estão à margem deste sistema, como por exemplo, as etnias indígenas, que não conhecem a pobreza porque não conhecem também a riqueza. Estes povos, pelo seu modo de vida, são capazes de produzir seu próprio sustento, ou seja, o que produzem é consumido de forma igualitária.

Alguns autores criticam a abordagem de definição da pobreza pela renda (COMIM, BAGOLIN, 2002), por acreditarem que a pobreza deve ser vista como um fenômeno multidimensional e diverso, pois “envolve aspectos absolutos e relativos, tais como ter fome, doença, não ter onde morar, estar vulnerável economicamente, sentir-se socialmente excluído, sentir-se isolado, não saber ler ou simplesmente não ter renda para comprar o que deseja.” (p. 55). Independente da forma como a pobreza é definida, parece existir um consenso no que diz respeito ao fato de que as crianças e suas famílias que vivem nessa situação muitas vezes não têm suas necessidades básicas atendidas e vivem à margem de políticas sociais de suprimento de seus direitos.

Conhecer as especificidades da produção de saúde dos grupos populares, parcela significativa da população do país, é fundamental para a realização de um cuidado integral em saúde. Estudos mostram que os profissionais parecem ter uma dificuldade em “escutar” a população mais pobre (VALLA, 1998) e apresentam crenças pessimistas em relação a esta

população. (YUNES, GARCIA, ALBUQUERQUE, 2007). Além disso, as famílias que vivem em situação de pobreza, por apresentarem características distintas das demais camadas da população, são muitas vezes vistas como disfuncionais, destrutivas e negligentes. Os profissionais frequentemente subestimam estas famílias e sua capacidade de lidar com as adversidades. (KAPLAN, GIRARD apud WALSH, 2005). Entretanto, outras visões de saúde fogem desse olhar de culpabilização dos indivíduos pelas condições de sua existência e deslocam a construção explicativa para a capacidade das políticas sociais de atendimento das necessidades da população e de intervenção em contextos desfavoráveis.

Neste estudo, partimos de uma terceira perspectiva: o reconhecimento de que, mesmo em condições adversas, indivíduos e grupos produzem sua saúde em processos de vida que tecem potencialidades e articulam recursos dentro de seus contextos singulares de vida. Nesta perspectiva, o papel dos profissionais de saúde é de coadjuvante, auxiliando com seu saber específico no fortalecimento da autonomia dos indivíduos, famílias e comunidades, a partir das suas necessidades reais.

Para contextualizar a perspectiva do cuidado integral às famílias em situação de vulnerabilidade econômica, campo temático da pesquisa, far-se-á inicialmente uma revisão histórica da organização do sistema de saúde no Brasil e de suas políticas, particularizando a questão da integralidade e da produção teórica sobre modelagens technoassistenciais assentadas nessa diretriz constitucional e idéia-força do sistema de saúde no Brasil. Busca-se assim trazer, ainda que brevemente, para o campo de análise do cuidado as dimensões históricas e sociais da organização do sistema e das práticas em saúde. A contextualização segue com uma revisão acerca dos estudos sobre famílias em situação de pobreza, particularmente na área de ciências humanas, em busca de ferramentas analíticas que permitam compreender essa unidade de análise no que concerne à suas características e as evidências dos modos de produção de sua saúde e de acesso ao cuidado. Por fim, faz-se uma revisão do conceito de resiliência e de abordagens analíticas com base nele, com o objetivo de torná-lo ferramenta para a análise das condições de saúde e cuidado e para a proposição de abordagens voltadas para a ampliação da integralidade no cuidado às crianças e famílias em situação de pobreza.

A utilização do conceito de resiliência foi questionado durante Exame de Qualificação. Foram levantadas questões sobre a adequação deste conceito para o estudo da integralidade em saúde. É possível relacionar resiliência e integralidade? Todos os estudos sobre o conceito

de resiliência estão baseados em uma forma de pensar e agir em psicologia que leva em consideração a psicologia do desenvolvimento e preceitos biomédicos? A partir de questões levantadas pela banca examinadora, optamos por realizar uma pesquisa de revisão de literatura, procurando compreender quais elementos são importantes no cuidado em saúde junto à famílias de classes populares e como o conceito de resiliência pode abarcar estas questões. A partir disso, propomos uma nova forma de se pensar o conceito de resiliência, o afastando da forma como é utilizado no contexto da psicologia do desenvolvimento, ou seja, baseado nos fatores de risco e proteção, e o aproximando do contexto da saúde. Mostrou-se importante então verificar se os elementos considerados fundamentais para um cuidado em saúde no contexto do SUS estão presentes na produção científica da área da psicologia.

1.1. Justificativa

Durante a minha graduação em psicologia, em uma Universidade do interior do Rio Grande do Sul, algo sempre me inquietou. Não sabia descrever exatamente do que se tratava, mas algo parecia estar faltando nas abordagens psicológicas a indivíduos e grupos em situação de vulnerabilidade.

Foi durante um estágio em uma Organização Não Governamental que trabalhava com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, que comecei a observar as formas de organização familiar nas classes populares. Observei que muitas crianças e adolescentes viviam com tias ou avós. Outras passavam algum tempo em abrigos e depois retornavam a suas casas, para novamente passar mais um tempo no abrigo. Percebi as múltiplas possibilidades de se viver “em família”, que de um modo geral divergiam bastante do modelo predominante na classe média, o modelo nuclear.

Resolvi então aprofundar meus estudos sobre o tema na minha monografia de conclusão de curso de graduação. Não havia nenhum professor com familiaridade sobre o tema, para me orientar neste trabalho, já que a universidade tem como foco principal o modelo clínico de atuação na área. Iniciei a produção de minha monografia sob a orientação de uma das mais conceituadas psicanalistas da região, tendo feito algumas supervisões em seu sofisticado consultório. Com certeza uma realidade muito diferente da vivida pela maior parte dos brasileiros e uma atuação muito distante da saúde coletiva.

Algum tempo após a conclusão do meu curso de graduação, comecei a participar de eventos da área da saúde coletiva. O que sempre me chamou mais a atenção eram os relatos sobre as experiências na ESF e sobre o foco da atenção sobre as famílias. Me questionava sobre o modelo de famílias que estava presente no imaginário dos profissionais e estudantes. Será que eles conheciam as inúmeras formas de organização familiar neste contexto? Considerava fundamental o conhecimento destas formas de organização familiar para o cuidado em saúde.

O próprio termo “cuidado” implica em vínculo, em respeito pelo outro. Ferla et al. (2009) citam a definição de alguns autores sobre o significado de cuidado. Para Boff (1999 apud FERLA et al., 2009): “O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.” (p. 155).

Ceccim e Capozzolo (2004 apud FERLA et al., 2009), relacionando o cuidado, a integralidade e as diferentes histórias de vida das pessoas, afirmam: “A integralidade e a humanização da atenção à saúde supõem, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais para que se tornem mais capazes de incluir histórias de vida, familiares e culturais que acompanham os processos de adoecimento.” (p. 155).

Acredito que propor reflexões norteadas por um cuidado em saúde que valorize e fortaleça as características dos grupos populares é fundamental, dada a distância que a psicologia assume da realidade social do país. Espero, com este estudo, colaborar com as reflexões para a construção de um novo modelo de saúde, baseado na integralidade, no respeito e na ética.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Compreender se e de que forma as particularidades da infância e dos contextos familiares em situação de pobreza e os elementos considerados importantes para um cuidado

em saúde neste contexto estão presentes na produção científica na área da psicologia.

1.2.2 Objetivos específicos

- 1) Organizar os textos selecionados a partir de alguns critérios: ano de publicação, formato e desenho do estudo;
- 2) Verificar se as especificidades dos contextos familiares estão sendo consideradas;
- 3) Verificar se a integralidade em saúde está presente na produção científica da área;
- 4) Verificar se o trabalho em equipe está presente na produção científica;
- 5) Verificar se estratégias de educação – formação profissional e Educação Permanente em Saúde - são fatores presentes/ significativos;
- 6) Verificar se a prevenção e promoção à saúde são considerados nos estudos;
- 7) Verificar se o conceito de resiliência é um elemento significativo nos estudos;
- 8) Com base nos dados identificados, propor reflexões que possam aumentar o potencial do cuidado.

2 O CUIDADO EM SAÚDE E AS POLÍTICAS DE SAÚDE: ARTICULAÇÕES ENTRE AÇÕES GOVERNAMENTAIS E A ATENÇÃO À POPULAÇÃO

2.1 A organização dos sistemas de saúde e as políticas de cuidado

Diferentes modelagens de organização dos sistemas de saúde são adotadas nos distintos países e essas diferenças marcam os modos de atenção, de acesso e de qualidade do atendimento aos indivíduos. O filme *Sicko – SOS Saúde* (2007), do cineasta norte-americano Michael Moore, faz um panorama relativamente atual da questão seguridade social e saúde nos EUA. O polêmico cineasta mostra que os Estados Unidos da América, país mais rico do mundo, não têm políticas de saúde adequadas para os seus cidadãos. O documentário mostrou como para ter saúde era necessário ter um plano de saúde e mesmo através destes planos os cidadãos norte-americanos não estavam seguros, pois diversas “armações” eram feitas para que os planos de saúde não apresentassem despesas consideradas altas. Com este objetivo, determinadas pessoas não eram aceitas nos planos de saúde e alguns procedimentos necessários não eram autorizados pelas companhias de seguro.

No filme citado, o sistema de saúde adotado pelo governo norte-americano é comparado ao de outros países, como Canadá, França e Inglaterra, onde o sistema de saúde é gratuito, universal e de elevada qualidade. Vê-se, como na literatura, um conjunto de articulações entre modelos de governo, desenhos de organização de sistemas de saúde e lógicas de cuidado às pessoas.

No “modelo europeu”, tem-se uma cobertura pública universal de serviços de saúde de 100% (ou quase), segundo documento do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (2010). Ainda segundo o documento, alcançou-se esta cobertura através de duas principais modalidades de financiamento público: modelo bismarckiano, que se trata de seguros sociais de saúde e; e modelo beveridgiano, o Sistema Nacional de Saúde.

Sobre os gastos no “modelo europeu”, afirma-se:

cerca de 80% dos gastos totais em saúde são gastos públicos, o que corresponde de 6 a 8% do PIB e por volta de US\$ 2.000 públicos per capita ao ano (US\$ padronizado pelo poder de compra para comparação entre países). Os gastos privados correspondem em média a 20% do financiamento total. Por volta de 10% da

população são cobertos por seguros privados, que não são em regra subsidiados com recursos públicos, atendendo, sob o marco regulatório básico da qualidade do sistema público e da não duplicação com esse sistema, e sim, suplementação. (CEBES, 2010, s.p.).

A lógica deste modelo é baseada em dois pilares: o primeiro em uma atenção primária de alta resolutividade e em segundo o predomínio público nos serviços denominados de média e alta complexidade: “esta lógica contrapõe-se à tendência histórica da rede de atenção primária ser compelida e induzida a mera triadora (de baixa resolutividade) para os interesses econômicos e corporativos dos serviços mais complexos e de maior custo, quando hegemonizados pelo setor privado lucrativo.” (CEBES, 2010, s.p.).

O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (2010) analisa também o caso dos EUA. Neste país, cujos índices de saúde são piores do que os países que fazem parte do “modelo europeu” e também de outros países como Cuba e Costa Rica, a assistência médico-hospitalar é questão historicamente pertencente ao âmbito da livre iniciativa do prestador privado de serviços, das seguradoras privadas e do consumidor, sob as leis do mercado e dos lobbies industriais e das seguradoras privadas de saúde, sem intervenção/ regulação pelo Estado no que tange aos critérios de oferta de serviços, custos e preços, incluindo as ações judiciais. Há altos subsídios públicos ao seguro privado de saúde. (s.p.)

Algumas consequências deste modelo, segundo o CEBES (2010) são os custos que crescem de forma incontrolável e uma parcela considerável da população descoberta de assistência à saúde. Como resultado de uma Lei sancionada em Março de 2010, observa-se que se manteve um sistema basicamente privado, porém com alguns avanços visando a inclusão de uma maior parcela da população que não estava coberta por assistência à saúde. Entretanto, a mídia nos mostra que o embate entre forças e interesses por desenhos assistenciais no sistema de saúde dos Estados Unidos continua vivo, mesmo depois da etapa legislativa da reforma.

Sobre o nosso país, o CEBES (2010) demonstra que o Brasil é um dos países com menor financiamento público per-capta do mundo em serviços de saúde, tendo um sistema de saúde universal e predominantemente público. Diferentemente do que acontece no “modelo europeu”, em que uma parcela muito maior do financiamento dos serviços de saúde é de origem pública. É demonstrado também que está ocorrendo uma crescente retração da participação federal no financiamento do sistema público:

esta retração é chocantemente exposta na queda percentual da participação federal, ano a ano, no gasto público total em saúde, comparada à elevação percentual dos estados e municípios, assim como no estacionamento do percentual do gasto federal no PIB, comparado com a elevação do percentual do gasto estadual e municipal no PIB, assim como a queda do percentual da despesa do Ministério da saúde na Receita Corrente da União, comparado com a elevação do percentual desta receita no PIB. (s.p.).

Segundo o CEBES (2010), sobre a relação público- privado no país, percebe-se que tem-se elevado os subsídios públicos para o setor privado (mercado de planos e seguros privados de saúde). Como exemplos deste subsídios são citados: isenção tributária a hospitais privados, participação do orçamento público no financiamento de planos privados aos servidores públicos, deduções no IRPF e IRPJ dos consumidores de serviços privados de saúde. A principal consequência desta situação é a grande elevação da disparidade e iniquidade do financiamento da saúde no país: “o per-capta em reais do SUS para toda a população é por volta de R\$ 675 anuais e dos planos e seguros privados para seus afiliados (25% da população) é de R\$ 1.428, e como esses afiliados também estão cobertos pelo SUS, seu per-capta efetivo é de R\$ 2.103.” (s.p).

Além disso, em relação à oferta de serviços, existem outras situações que merecem ser consideradas. Segundo o CEBES (2010), estas situações vão desde a Atenção Primária à Saúde, que não consegue assumir o rumo da Universalidade nem da alta resolutividade (85 – 90%) [...]; passando pelos serviços assistenciais mais complexos, que permanecem no centro do sistema de saúde e hegemônicos por entidades privadas lucrativas. Além disso, uma porcentagem muito baixa dos médicos são generalistas (cerca de 10%). Estes médicos, no Brasil, têm seus salários muito inferiores aos especialistas e têm dificuldade em obter apoio para sua educação permanente. No “modelo europeu”, estes médicos são em número igual ou superior aos especialistas e a média salarial de ambos se equipara. Sobre os serviços assistenciais de média complexidade, observa-se que são congestionados, gerando diversos agravantes nos atendimentos. Para os gestores descentralizados do SUS, torna-se uma tarefa difícil administrar o trabalho devido à falta de recursos.

2.2 O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

A conquista do SUS foi fruto de lutas e manifestações sociais. Ao observarmos a história das políticas de saúde no país, podemos entender o porque. Ela demonstra que a saúde

no país foi, desde o seu início, voltada para as classes dominantes. Ainda hoje percebe-se, como demonstrado acima, uma grande dificuldade em se manter um sistema público de saúde de qualidade no país, aonde os interesses continuam voltados para a lucratividade.

Scorel e Teixeira (2008), acreditando que conhecer o processo histórico das Políticas de Saúde no Brasil é fundamental para a compreensão das bases do SUS, mostram a história destas Políticas no Brasil, no período entre 1822 e 1963. Para isso, subdividem o período em três e examinam os elementos políticos, socioeconômicos e sanitários presentes.

O primeiro período proposto pelos autores trata-se do final do Império à República Velha e tem como principal característica “o momento da formulação das primeiras ações governamentais de saúde, ainda restritas aos principais aglomerados urbanos e a algumas doenças epidêmicas com repercussões econômicas.” (2008, p. 333).

Ainda segundo Scorel e Teixeira (2008), o segundo período refere-se à era Vargas. Durante este período, ocorreu uma modernização do Estado Nacional. Este processo foi importante pois “regulou as relações de trabalho e transformou a agenda da política de saúde, que passou a incorporar os trabalhadores ao instituir as bases do sistema previdenciário.” (p.332).

O terceiro momento foi o período do “desenvolvimentismo populista”, encerrado com o golpe militar que depôs João Goulart. As principais características deste período, de acordo com Scorel e Teixeira (2008), foram “a criação do Ministério da Saúde e a incorporação extensiva da assistência médica, configurando um modelo mais abrangente de previdência social.” (p. 333).

Um segundo momento da história das políticas de saúde no Brasil é o período entre 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. (SCOREL, 2008). De acordo com Scorel (2008), este período está subdividido em quatro momentos: 1) a primeira década do regime militar; 2) processo de distensão do regime autoritário a articulação do movimento sanitário; 3) último governo militar, crise da previdência social e a partir disso a abertura de possibilidade de entrada de militantes da Reforma Sanitária no aparelho de Estado e 4) Nova República.

Segundo Scorel (2008), o período entre 1964 e 1974, primeira década do regime militar, foi marcado pelo autoritarismo e a privatização. Sobre o qual foi o saldo dos dez anos de regime militar a autora afirma: “concentração de renda, o arrocho salarial, com perda do poder aquisitivo do salário mínimo, o aumento dos preços, a diminuição da oferta de

alimentos, o colapso dos serviços públicos de transporte e saúde, enfim, as precárias condições de vida de uma grande parcela das populações urbanas.” (p. 388-389).

No segundo momento citado pela autora em questão, houve uma mudança na arena política da saúde, com a ocorrência de uma articulação de núcleos distintos que compartilhavam de idéias transformadoras e tomaram forma como movimento sanitário. Sobre o conceito de movimento sanitário, a autora esclarece:

o movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas – políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania. (SCOREL, 2008, p. 407).

Este teve como composição originária: movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); os movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica e profissionais das áreas de docência e pesquisa, a academia.

O terceiro momento deste período, segundo Scorel (2008), que marca o fim do regime militar e a crise da previdência social, apresenta alguns fatos de maior relevância. O primeiro foi a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que, diante da crise da previdência social, foi criado para “propor alternativas racionalizadoras que conseguissem conter os gastos da previdência social com assistência médica. (RODRIGUEZ NETO apud SCOREL, 2008). Um segundo fator importante no período foi a transformação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que iniciou o processo de universalização da assistência médica em AIS. Com isso, tornou-se uma estratégia que objetivava uma reorientação setorial privilegiando o setor público e visava a descentralização e democratização. Essa proposta “conseguiu atravessar o cerco hegemônico privatista e instalar-se na política de saúde, ainda que inicialmente em uma posição marginal.” (p. 422). Segundo Scorel (2008), a estratégia das AIS passou a ser implementada seguindo os seguintes princípios gerais:

responsabilidade do poder público; integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público; definição de propostas a partir do perfil epidemiológico; regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados; valorização das atividades básicas e garantia de referência; utilização prioritária e plena da capacidade potencial da rede pública; descentralização do processo de planejamento e administração; planejamento da cobertura assistencial; desenvolvimento dos recursos humanos e o reconhecimento da legitimidade da

participação dos vários segmentos sociais em todo o processo. (p. 422-423).

O período de 1985 a 1990 foi denominado por Scorel (2008) de “Transição democrática e constituição do Sistema Único de Saúde”. Neste período ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que contou pela primeira vez com a participação de usuários do sistema de saúde, além de profissionais e prestadores de serviços do setor. Em 1987 foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), cuja proposta incluía, segundo Scorel (2008), “o enxugamento da máquina previdenciária de nível estadual, transformando as antigas superintendências regionais em escritórios; a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo; e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado.” (p. 429).

Com a Constituição de 1988, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípio norteador o direito à saúde para todos os cidadãos no país, sendo papel do Estado a garantia deste direito. A saúde passa a ser parte da seguridade social, sendo um “conjunto integrado de ações de iniciativa de poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL, 1988).

O SUS, de acordo com Noronha, Lima e Machado (2008), teve sua implantação iniciada no início da década de 90, com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde. As diretrizes do SUS estabelecidas nesta Lei são:

- 1) Universalidade de acesso;
- 2) Igualdade na assistência à saúde;
- 3) Integralidade na assistência;
- 4) Participação da Comunidade;
- 5) Descentralização político-administrativa.

Apesar do SUS seguir princípios e diretrizes específicos, existe uma diversidade territorial na atenção à saúde, nas diferentes regiões do país. Existem três principais razões para esta diversidade: 1) existe uma abrangência de ações que são desenvolvidas, e estas influenciam a forma de organização dos serviços de saúde; 2) pelo SUS se basear em um princípio de descentralização, as regras nacionalmente estabelecidas puderam ser adaptadas pelos gestores locais e estaduais e 3) devidos às especificidades locais das diferentes regiões,

as modalidades de serviços não são distribuídas de forma uniforme no país. (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2008).

A integralidade é um princípio importante do SUS. Marca uma necessidade de mudança no modelo de assistência à saúde que predomina atualmente, o modelo biomédico: “a integralidade implica na inserção do indivíduo em uma rede de serviços capaz de responder às necessidades que se ampliam enormemente da dimensão biológica (na qual é centrada a prática hegemônica), mas que, minimamente, deve ser capaz de oferecer ações de promoção e proteção à saúde, integradas às ações assistenciais necessárias à demanda singular de cada usuário.” (FERLA et al., 2009, p. 27-28).

A integralidade, no contexto da atenção à saúde, envolve (BRASIL, 2004):

- o conceito ampliado de saúde;
- a compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais;
- o conhecimento da realidade;
- o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar;
- a ação intersetorial;
- o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase e malária).

2.3 Modelo biomédico de atenção em saúde e outros modelos possíveis

Luz, em seu texto “Objetivos, bases e orientações: racionalidade científica e História” (1988), afirma que a razão científica moderna tem uma origem, bases sociais e uma trajetória histórica. A partir desta afirmação, a autora realizou uma análise sócio-histórica desta racionalidade, bem como dos seus efeitos políticos, de sua inserção e intervenção na vida social. A autora concluiu que a razão moderna imagina a si mesmo como uma máquina, da mesma forma como imagina o próprio mundo:

imaginando o mundo mecanicamente, a razão mecanicista imagina também poder controlá-lo racionalmente. Para isto, entretanto, é necessário conceber a própria razão *mecanicamente*: composta a partir de *elementos* simples, irredutíveis, que se combinam de acordo com um número limitado de regras, que obedecem a certas leis

específicas de atração e repulsão, leis exprimíveis em linguagem formal, abstrata. Esses elementos simples, irreduzíveis, são, no racionalismo cartesiano, as *ideias*, e mais geralmente, os *conceitos* e o mecanismo que as combina, a própria razão. (p. 34).

Resumindo, a autora afirma:

subjacente à cosmovisão mecanicista, e aos modelos científicos mecânicos que se desenvolvem nos séculos XVII e XVIII, há um imaginário científico mergulhado em representações sociais baseadas nas atividades “engenhosas” de criação de máquinas e autômatos dos séculos anteriores. Desconhecendo essas bases materiais do pensamento, a razão moderna clássica se pensa construída à *imagem e semelhança* das máquinas que inventou, e concebe a natureza reproduzindo o mesmo modelo mecânico. (LUZ, 1988, p. 34).

Para Souza Santos (2001), existe uma crise profunda na ciência moderna. O paradigma da modernidade, segundo ele, assenta nos pilares de regulação e emancipação. O pilar da regulação é formado pelos princípios: princípio do Estado, princípio do mercado e pelo princípio da comunidade. Sobre estes princípios, Souza Santos (2001) afirma: “O princípio do Estado consiste na obrigação política vertical entre cidadãos e Estado. O princípio do mercado consiste na obrigação política horizontal individualista e antagônica entre os parceiros de mercado. O princípio da comunidade consiste na obrigação política horizontal solidária entre membros da comunidade e entre associações.” (p.50).

O pilar da emancipação se constitui a partir de lógicas de racionalidades, que foram definidas por Weber: “a racionalidade estético-expressiva das artes e da literatura, a racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da tecnologia e a racionalidade moral-prática da ética e do direito.” (SOUZA SANTOS, 2001, p. 50).

Para Souza Santos (2001), a ciência progressivamente transformou-se em conhecimento-regulação, com um progresso sempre associado ao capitalismo, não propondo ideias de progresso sem esta associação. Desta forma, com o capitalismo sendo um modo hegemônico de produção, conduz cada vez a mais capitalismo. O autor em questão propõe a ideia de uma transição paradigmática necessária, de um conhecimento-regulação para um novo tipo de conhecimento, o conhecimento-emancipação. A invenção de uma nova forma de conhecimento, um conhecimento emancipatório, é fundamental para romper com a auto-reprodução do capitalismo:

essa invenção é um longo processo social já em curso e os seus indícios mais evidentes [...] são a crítica epistemológica radical (que é sempre uma auto-crítica)

da ciência moderna. Esta crítica permite-nos ver como a ciência moderna, outrora vista como solução para todos os problemas das sociedades modernas, acabou por se tornar, ela própria, num problema. A transformação gradual da ciência numa força produtiva neutralizou-lhe o potencial emancipatório e submeteu-se ao utopismo automático da tecnologia. (p. 117).

Podemos relacionar o pilar de regulamentação citado por Souza Santos (2001) com o objetivo da medicina, citado por Foucault (1979), sendo que esta parece ter sido criada para higienizar, regular a população. Foucault (1979) afirma que acredita-se que a medicina antiga era social, coletiva. Mas não. Para o autor, a medicina moderna é social e apenas em um dos aspectos ela é individualista e valoriza os aspectos médico-doente. Segundo ele, algumas pessoas acreditam que a medicina moderna é individual em consequência do capitalismo, porém afirma que na realidade o contrário é o correto: a medicina passou de individual para coletiva. Isto ocorreu porque o capitalismo socializou o primeiro objeto que foi o corpo, importante como força de trabalho. Desta forma, pode-se perceber que a primeira forma de controle da sociedade sobre os indivíduos foi através do controle dos seus corpos. Foi nos corpos que a sociedade capitalista investiu. Para Foucault (1979), o corpo é uma realidade bio-política e a medicina é uma estratégia bio-política.

Foucault (1979) apresenta 3 etapas na formação da medicina social: 1) medicina de Estado; 2) medicina urbana e 3) medicina da força de trabalho. A medicina de Estado, segundo o autor, desenvolveu-se na Alemanha, no início do século XVIII e tem por objeto o Estado: “não apenas os recursos naturais de uma sociedade, nem o estado de sua população, mas também o funcionamento geral de seu aparelho político.” (p. 80-81). As principais características da medicina do Estado são: sistema completo de observação da morbidade, normalização da prática e do saber médicos, organização administrativa para controlar a atividade dos médicos e a presença de funcionários médicos nomeados com responsabilidade sobre regiões. Neste momento, a medicina não era adaptada às necessidades da indústria. A medicina do Estado procurava aperfeiçoar e desenvolver a força estatal, não do trabalho.

A segunda etapa na formação da medicina social, de acordo com Foucault (1979), foi a Medicina Urbana, que ocorreu na França no final do século XIII. Devido a razões econômicas (cidade como um lugar de mercado importante) e políticas (“medo urbano” em função de epidemias, amontoamento de pessoas nas proximidades dos cemitérios, etc), surgiu a necessidade da constituição de cidades como unidades, organizadas de forma coerente, homogêneas e regulamentadas. Os principais objetivos desta medicina foram: 1) realização de análise de lugares que possam provocar doenças (especialmente os cemitérios); 2) realização

do controle da circulação, essencialmente da água e do ar e 3) organização do que o autor chama de distribuições e sequências, como a posição das fontes, esgotos, etc.

A terceira etapa refere-se à medicina dos pobres, da força de trabalho. Esta medicina surgiu na Inglaterra, quando o pobre passou a ser visto como perigoso e surgiu a necessidade de segurança política da burguesia e proteção das classes ricas. Através da *Lei dos Pobres*, fez-se um controle médico sobre os pobres, através de vacinação, registro de doenças e localização e destruição de lugares insalubres. Desta forma pretendeu-se torná-los mais aptos ao trabalho e menos perigosos para as demais classes sociais. (FOUCAULT, 1979).

O surgimento dos hospitais, que segundo Foucault (apud FERLA et al., 2009) datam do final do século XIII, representam uma tendência da tecnificação da assistência à saúde. De acordo com o autor, eles passaram a ser neste período um lugar social de controle da pobreza e da doença, devido às mudanças ocorridas no período e à introdução da economia mercantilista.

Na atualidade, os hospitais representam esta cultura de tecnificação dos cuidados em saúde, pois baseiam suas práticas em uma assistência tecnologizada (FERLA et al., 2009), em tecnologias duras (MERHY, 2002). Merhy (2002) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: 1) tecnologias duras (que se referem às máquinas e equipamentos), 2) tecnologias leve-duras (que se referem aos saberes, aos conhecimentos) e 3) tecnologias leves (que se referem às relações, aos vínculos). Franco (2003) afirma que para um serviço produzir saúde, este deve basear seu trabalho nas tecnologias leves e leve-duras. Este modelo de atenção em saúde que baseia-se em tecnologias duras refere-se ao modelo biomédico hegemônico, que contribuiu para tornar a saúde um “mercado” lucrativo:

o ‘mercado’ de saúde mobiliza uma parcela significativa do PIB dos países e complexo produtivo que este mercado movimenta está entre os primeiros em termos de volume de recursos e empregabilidade. Essa particularidade está dada no âmbito do modelo biomédico vigente, uma vez que a racionalidade e a escala de poder hegemônicas constituem legitimidade para conceituar e operar práticas assistenciais e práticas discursivas sobre a saúde, sobre o corpo e sobre a doença e seus riscos, nem sempre mobilizadas pela melhora das condições de saúde objetivas dos indivíduos e das coletividades. (FERLA et al., 2009, p. 111).

De acordo com Ferla et al. (2009), mudanças importantes na assistência em saúde são necessárias para um cuidado mais efetivo: “é disposição central das políticas governamentais para o sistema de saúde, a superação do modelo biomédico, com ampliação significativa da integralidade da atenção oferecida à população.” (p. 208).

A saúde coletiva traz grandes contribuições para o campo da saúde. Segundo Ferla et al. (2009), uma das contribuições é a combinação de vários saberes, que partem de diferentes áreas do conhecimento. Esta aproximação interdisciplinar, segundo os autores, é importante para as análises e formulações de políticas de saúde, para a organização dos serviços e especialmente para a construção de práticas eficientes dentro dos serviços. Luz (2009) afirma que a complexidade do campo da Saúde Coletiva não permite que adotem-se explicações monocausais, como no sentido de causalidade mecânica, explicações que ainda prevalecem no campo das biociências. Sobre a Saúde Coletiva, Luz afirma:

A complexidade atual do campo da saúde coletiva permeia tanto suas práticas como seus discursos disciplinares e suas formas de expressão acadêmica, neles originando um conjunto de mediações de natureza não apenas teórica (entre as disciplinas que compõem o campo), como política, social e cultural, se considerada a escala hierárquica dos agentes que intervêm nas práticas e na produção desses saberes disciplinares e se consideradas também as diferenças de formação e inserção na cultura desses agentes institucionais: docentes, pesquisadores, gestores, profissionais do cuidado, emissores de discursos e normas etc.. (s.p.)

2.4 A Estratégia Saúde da Família

A integralidade é considerada por Walsh (2005) como um dos princípios fundamentais para o trabalho com a população mais pobre. Além da integralidade, a autora considera fundamental também um trabalho baseado na prevenção e no foco familiar para problemas individuais. Estes princípios vão ao encontro do proposto pela Estratégia de Saúde da Família. Ao incluir a família na construção de planos de cuidado em saúde, amplia-se o foco da doença do indivíduo, marca da clínica biomédica, focando a compreensão do indivíduo no seu contexto singular, construindo um plano de cuidados não centrado na cura da doença, mas na promoção da saúde.

O programa do Ministério da Saúde, “Saúde da Família”, tem por objetivo a reorientação do modelo assistencial. A Saúde da Família tem apresentado um crescimento expressivo nos últimos anos e procura prestar assistência integral às famílias. (BRASIL, 2011).

De acordo com documento publicado pelo Ministério da Saúde, citado por Franco e Merhy (2007), afirma-se que o objetivo da Estratégia de Saúde da Família é:

a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/ doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. (p. 56).

De acordo com publicação do Ministério da saúde, a Saúde da Família busca atuar na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, mudando a forma de assistência centrada nos hospitais e atende hoje cerca de 103 milhões de pessoas. (BRASIL, 2010).

Franco e Merhy (2007) apresentam algumas características deste novo formato de assistência, proposto no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. A primeira delas é o papel central ocupado pelo espaço territorial, pois ele determina o campo de atuação das equipes de trabalho. Dada a relevância do território, mostram-se fundamentais os conhecimentos provenientes do campo da epidemiologia/ vigilância em saúde, pois estes ocupam papel de destaque nas práticas em saúde neste modelo. Cada equipe é responsável por um determinado número de famílias no território (600 a 1.000 famílias), o que possibilita a construção de vínculo com as mesmas: “a idéia de vínculo [...] tem como princípio a constituição de referências do usuário com os profissionais que deverão responsabilizar-se do cuidado de sua clientela.” (FRANCO, MERHY, 2007, p. 57).

Outra característica importante da Estratégia, descrita por Franco e Merhy (2007), é o processo de trabalho dividido entre a equipe de saúde da família. A equipe, composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, tem como funções: visitas domiciliares, ações pragmáticas e atendimentos no consultório pelo médico e enfermeira. Dentre as funções apresentadas, as visitas ocupam papel fundamental neste novo tipo de assistência:

as visitas são compulsórias e apresentadas como o grande trunfo do Programa para mudar o modelo de assistência. O Programa de Saúde da Família trabalha a idéia de que essa intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil “higiênico” da população e assim, prevenir os agravos à saúde.” (FRANCO, MERHY, 2007, p. 58).

Além disso, de acordo com os autores, outra questão estratégica é a capacitação dos profissionais, que têm suas funções normatizadas pelo Ministério da Saúde. Porém, apenas a mudança na forma ou estrutura do serviço é insuficiente para produzir novos processos de trabalho:

para remodelar a assistência à saúde, o PSF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma “tecnologias leves dependentes”, mesmo que para a produção do cuidado seja necessário o uso das outras tecnologias. Portanto, pode-se concluir que a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. Podem haver PSF's médico-centrados assim como outros usuário-centrados; isso vai depender de conseguir reciclar a forma de produzir o cuidado em saúde. (FRANCO, MERHY, 2007, p. 122).

De acordo com os autores, para que a mudança no modelo assistencial aconteça de fato, é necessário que todos os profissionais da saúde, especialmente o médico, passem a operar a partir do uso de tecnologias leves:

O acolhimento ao usuário, através de escuta qualificada, o compromisso de resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e, ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo do trabalho em saúde, com potência para a mudança do modelo e a produção do cuidado e da cura, visando a recuperação ou os ganhos de autonomia dos usuários-indivíduos ou coletivos, bem como da proteção e defesa da sua vida. (FRANCO, MERHY, 2007, p. 121-122).

2.6 As linhas de cuidado

As linhas de cuidado tem como conceito central o da integralidade e busca mudar o modelo assistencial vigente. A linha de cuidado trata-se de uma modelagem tecnoassistencial e, de acordo com Ferla et al.(2010), é uma tecnologia recente de análise da integralidade em saúde. O desenvolvimento de estudos relacionados ao cuidado em saúde que utilizam esta tecnologia buscam inovações das modelagens tecnoassistenciais do cuidado em todos os componentes do sistema de saúde.

Segundo Ferla et al.(2010), uma linha de cuidado significa: “a articulação ou a facilitação do acesso ao conjunto de serviços ambulatoriais ou hospitalares, bem como aos cuidados de especialistas médicos ou de outros profissionais de saúde (psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiro ou outros) e às tecnologias de diagnóstico e tratamento capazes de contribuir para a integralidade do cuidado que necessitem as pessoas.” (p. 18). Ceccin e Ferla (apud FERLA et al., 2010), afirmam que as linhas de cuidado são um “processo desencadeado por uma demanda por cuidado, por práticas cuidadoras (capazes de responder às necessidades dos indivíduos e/ou grupos que demandam cuidados), pela oferta de projetos terapêuticos singulares, pelo acesso a uma rede de serviços configurada como malha de cuidados progressivos, pela organização da gestão e da atenção com base no princípio da integralidade,

por uma regulação (incluindo os âmbitos de macrorregulação e de microrregulação) da atenção cuidadora e pelo resultado do cuidado produzindo qualidade de vida e autonomia do indivíduo e/ou grupo. (p. 18).

Nas linhas de cuidado, é possível atender as necessidades de saúde das pessoas, citadas anteriormente, mantendo presentes elementos como a responsabilização e o vínculo com o usuário. O núcleo do cuidado deve ser o Trabalho Vivo (TV), que mesmo andando junto com o instrumental, ou seja, o Trabalho Morto (TM), deve exercer a hegemonia. (MERHY, FRANCO, 2003). Merhy e Franco (2003) nos mostram a diferença no atendimento baseado no TV e no TM, com o exemplo do trabalho de um profissional da saúde no cuidado com hipertensão arterial. O profissional pode optar por cuidar do problema de saúde, ou seja, através de procedimentos e medicamentos (TM), ou pode trabalhar com um projeto terapêutico que considere a singularidade do sujeito, a sua história, a sua origem. Podemos perceber que o objetivo do cuidado é diferente. Como nos mostram Merhy e Franco (2003):

Aqui ele trabalha com a transferência de conhecimentos para o auto-cuidado, formas diversas de intervir sobre sua subjetividade, valorizando-o e aumentando sua auto-estima e assim de forma criativa o projeto terapêutico deve ter o objetivo de realizar ganhos de autonomia para viver a vida [...] há um processo de trabalho cujo núcleo de tecnologias está centrado no Trabalho Vivo, formas de abordagens mais relacionais, operando dentro da idéia de que no encontro entre trabalhador e usuário, este é também sujeito da produção da saúde e pode desta forma, ser também protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia.” (s.p.).

Esta forma de agir, de acordo com os autores, tem a hegemonia do TV e desta forma é capaz de agir sobre os quatro campos de necessidades de saúde.

Sobre o papel das linhas de cuidado nesta forma de conduzir os processos de saúde, Merhy e Franco (2003) afirmam que a necessidade do usuário, mesmo tratando-se de insumos de alta tecnologia deve ser feita através de um caminhar seguro e tranquilo por linhas de cuidado, acompanhado sempre pelo profissional ou equipe com o qual o usuário formou vínculo. O profissional de saúde ou equipe se responsabilizarão por este usuário e por seu projeto terapêutico, singular, que considere suas reais necessidades: “é como se houvesse um lastro de cuidado, sustentando todos atos assistenciais ao usuário, o que pressupõe a frequente presença do Trabalho Vivo, a sustentar o princípio da integralidade da assistência e a operação das linhas de cuidado.” (s.p.).

3 FAMÍLIAS DE CLASSES POPULARES

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e foi criado para ser “o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros.” (BRASIL, 2012a). A principal estratégia deste sistema para alcançar a população é a Saúde da Família, programa criado em 1993 e que já atende 103 milhões de pessoas. (BRASIL, 2012a).

A estratégia Saúde da Família tem como foco as famílias de classes populares. Mostra-se importante então perguntar que modelo de família está presente no imaginário dos profissionais de saúde. A seguir será demonstrado que nas camadas mais pobres da população a família assume um sentido próprio, com maneiras de organização que diferem do modelo presente no imaginário social.

3.1 Diversidade de organização

A família é a fonte primeira de interação da criança com o mundo. Porém, é importante perceber que o entendimento de família não é o mesmo em todas as camadas sociais. Segundo Duarte (apud FONSECA, 2005):

o valor 'família' tem grande peso em todas as camadas da população brasileira. No entanto, significa coisas diferentes dependendo da categoria social. Enquanto, entre pessoas da elite, prevalece a família como linhagem (pessoas orgulhosas de seu patrimônio) que mantém entre elas um espírito corporativista, as camadas médias abraçam em espírito e em prática a família nuclear. Para os grupos populares o conceito de família está ancorado nas atividades domésticas do dia-a-dia e nas redes de ajuda mútua. (p. 52).

Pesquisas mostram que a família, para a população pobre, não é composta por pessoas de um mesmo grupo genealógico, mas sim por pessoas em quem se pode confiar. O uso do sobrenome, por exemplo, recurso utilizado pela classe média e alta para perpetuar status e poder conferido pelo nome de família, é pouco significativo para os pobres, já que não existe status para ser perpetuado. (SARTI, 2007). Fonseca (2005) também acredita que existe uma grande diferença no conceito de família nas diferentes classes sociais e afirma que não se

pode pensar em família como sendo da mesma maneira em todos os lugares, pois o significado de família pode variar muito conforme a categoria social com a qual estamos lidando.

Apesar do grande número de famílias que vivem em situação de pobreza, a maior parte das afirmações de senso comum sobre família se referem às características das famílias de classe média. (DUARTE, 1995). Estas afirmações se referem à família nuclear. Quando pensamos em família, o que está presente no nosso imaginário é uma família conjugal, da qual fazem parte um homem, uma mulher e os filhos, sendo que a casa é o lugar das mulheres e das crianças e a rua como o lugar dos homens. As pessoas imaginam que há algo natural nesse modelo. (FONSECA, 2006).

Szymanski e Martins (2004) constataram que este modelo de família está presente também no imaginário das crianças. As autoras, buscando compreender o significado de família para crianças institucionalizadas, utilizaram como método de investigação a observação de 10 crianças em brincadeiras de faz-de-conta. Elas perceberam que nas brincadeiras das crianças apareciam famílias no modelo nuclear, onde o pai trabalhava fora e sustentava a família e a mãe cuidava da casa e das crianças, diferente da realidade de família vivida pelas crianças que apresentavam uma configuração diversa. As autoras ressaltam o papel da mídia para a formação da visão de família nuclear como sendo a ideal: “a família brincada das crianças está na televisão, veiculada pelas novelas, desenhos animados (família Dinossauro, família Simpson, etc), propaganda (família 'margarina'), e encontra-se também estampada em revistas, jornais e *outdoors* com fotografias de belas mães sorridentes, maridos encantadores, como príncipes e filhos bem vestidos e bem tratados.” (SZYMANSKI, MARTINS, 2004, s.p.). Além disso, a família no modelo nuclear está presente nos livros didáticos e alguns textos religiosos.

Pode-se ver também este modelo de família em publicações do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), como por exemplo na publicação “Kit Família Brasileira Fortalecida” (UNICEF, 2010), que contém cinco álbuns que explicam os cuidados necessários para a criação adequada das crianças, do nascimento aos 5 anos de idade. Este Kit é destinado à agentes comunitários de saúde e educadores, especialmente para o trabalho com famílias de classes populares. Nele são descritos os cuidados com as crianças no ambiente familiar, sendo que este ambiente é mostrado através de fotografias, que envolvem sempre a participação de

um pai e de uma mãe.

Fonseca (2004), em extensa pesquisa com famílias de classes populares na Vila do Cachorro Sentado, em Porto Alegre, percebeu que o modelo de família não se parecia com esse modelo de família conjugal presente no imaginário das pessoas. A autora em questão constatou:

prevalência de uniões consensuais (90% dos casais), frequência de famílias compostas de mãe sozinha e filhos (mais ou menos 25% do total), alta taxa de instabilidade conjugal e recasamento (afora as unidades mãe-filhos, 20% das mulheres separaram-se de seus maridos durante os dois anos de pesquisa), e alta taxa de circulação de crianças (50% das mulheres com mais de 20 anos tinham colocado pelo menos um filho num lar substituto). (p. 53).

Além disso, a autora constatou que menos de um terço das mulheres com idades entre 35 e 55 anos vive com o pai do primeiro filho. (FONSECA, 2004).

É importante perceber que muitos estudos sobre a pobreza falam apenas sobre dificuldades enfrentadas por essa população. Fonseca (2005) afirma que grande parte dos estudos feitos sobre grupos populares enfatizam as faltas, carências e aspectos negativos. Considerando que existem inúmeras formas de organização familiar, tomar apenas uma (o modelo de família nuclear) como certa ou ideal faz com que os outros modelos pareçam errados ou mesmo prejudiciais para as crianças, “quando se aceita o modelo de família burguesa [nuclear] como sendo uma norma e não como um modelo construído historicamente, aceita-se implicitamente seus valores, regras, crenças e padrões emocionais.” (SZYMANSKI, 2002, p. 24). Além disso, qualquer desvio do padrão de família nuclear faz com que a família seja vista como incompleta e desestruturada. As famílias que fogem a “normalidade” das famílias nucleares são as mais responsabilizadas por problemas emocionais, desvio de comportamento e fracasso escolar. (SZYMANSKI, 2002).

Para Walsh (2005), as visões de normalidade e de saúde são socialmente construídas e afirma que “a visão de uma chamada família ‘normal’ está no olhar do observador, sendo filtrada por valores profissionais, experiência familiar pessoal e padrões culturais.” (p. 15). Para Walsh (2005), as famílias que saem do padrão estabelecido ainda são estigmatizadas e julgadas patológicas e ainda são vítimas de crenças de que outras formas de organização familiar prejudicam as crianças.

Para Szymanski (2006), a família ocupa um lugar fundamental, porém a família não se refere necessariamente aos pais: “A família é o primeiro meio de socialização da criança, em que ela receberá a base inicial do que consiste a vida em sociedade, quer seja um grupo constituído segundo a estrutura nuclear moderna que a sociedade como um todo tem como modelo, ou organizada de acordo com outras possibilidades.” (s.p.). O que parece fazer diferença para o desenvolvimento das crianças e adolescentes é a natureza do relacionamento, não importando se os cuidadores são parentes consanguíneos. Para Walsh (2005), o que as crianças realmente necessitam é a presença de pelo menos um adulto que realmente as ame incondicionalmente.

3.2 O fenômeno “circulação de crianças”

Muitas vezes as famílias que apresentam uma organização diferente do modelo “normal” são consideradas desorganizadas ou desestruturadas. Fonseca (2006) relatou que foi durante uma pesquisa de campo que passou a sentir uma grande insatisfação sobre como as famílias pobres eram rotuladas de “desorganizadas”. A autora relatou que o que mais a impressionou desde os primeiros dias de pesquisa foi a grande quantidade de crianças que passava uma parte da infância ou juventude morando com pessoas que não os genitores e acabou denominando essas situações de “circulação de crianças”.

Em um estudo realizado por Fonseca (2006), em uma vila invadida, onde predominavam mendigos e desempregados, foi constatado que mais da metade das mães com 20 anos ou mais havia dado pelo menos um de seus filhos para outras pessoas criarem e, em outro estudo, realizado em uma área residencial de classe trabalhadora, foi constatado que mais da metade das mulheres adultas havia recebido uma criança para criar. Segundo a autora, a circulação de crianças é observada como uma estrutura básica de organização de parentesco em grupos de baixa renda no Brasil e não deve ser pensada como um “colapso dos valores tradicionais” mas como uma forma diferente de organização. (FONSECA, 2006). Essas práticas sempre fizeram parte da cultura dessa população e “continuar a pensar essas práticas puramente em termos de ‘antinorma’ é virar as costas para à tradição histórica de boa parte da população brasileira.” (FONSECA, 2005, p.58). Porém isso não significa que as crianças não

fossem queridas ou desejadas. Para as famílias em situação de pobreza, cuidar de uma criança é um assunto que não se limita à mãe, nem ao casal, mas mobiliza toda uma rede que normalmente vai além do grupo de parentes. Algumas vezes a criança é deslocada de sua casa em decorrência de uma crise, como divórcio ou morte, outras vezes de forma que parece voluntária, como para trabalhar em casa de família ou cuidar de algum idoso. É comum também que a criança passe a morar com uma avó ou madrinha. (FONSECA, 2005). Os primeiros filhos de uma geração, por exemplo, frequentemente passam os primeiros anos morando com uma avó. Isso é entendido como as últimas obrigações familiares que a avó deve cumprir. Porém, quando esta avó precisar de ajuda, na sua velhice, terá "direito" a ter um dos netos em casa, cuidando dela. (FONSECA, 2006).

O fenômeno da circulação de crianças nas famílias em situação de pobreza também foi observado por Fulner (1995), que afirma que, muitas vezes nas camadas pobres, as crianças não são criadas pelos pais, mas por aquelas pessoas da rede familiar que podem criar as crianças naquele momento. Segundo o autor, para essas famílias é natural que as crianças mudem de um cuidador para outro, porém afirma que essa situação pode ser prejudicial para as crianças: “o fato de as famílias pobres estarem acostumadas a tais eventos não significa que eles sejam insignificantes em seu impacto emocional.” (FULNER, 1995, p. 485). Para Fulner (2005), mesmo que as necessidades básicas das crianças estejam sendo atendidas elas podem apresentar medo de abandono, retraimento defensivo ou prematura desconfiança. Além disso, muitas vezes os irmãos são separados, primos passam a ser irmãos, e as crianças podem sofrer por não ter seu próprio quarto ou mesmo sua própria cama para dormir.

3.3 A família ampliada

As redes de ajuda formadas nas classes populares ou as chamadas famílias ampliadas são muito comuns nas famílias de classes populares e são ressaltadas por alguns autores como importantes para a sobrevivência das famílias em situação de pobreza. (SARTI, 2007 ; FULNER, 1995).

Fonseca (2004) constatou em seus estudos que na maior parte das casas vivem alguns “agregados”, ou seja, parentes ou amigos que fazem parte da família. Além disso, Fonseca

(2005) observou que as relações familiares nos bairros pobres não se limitam aos moradores de uma mesma casa: “muitos dos moradores de bairros pobres pensam não em termos de 'casa', mas sim em termos de 'pátio'.” (s.p.). Segundo a autora, nos terrenos, mesmo que pequenos, sempre parece existir espaço para a construção de uma “puxada” para receber algum parente ou amigo. As relações entre as pessoas que habitam um mesmo terreno ou até mesmo uma mesma rua são de apoio e ajuda mútua, como afirma Fonseca (2005):

é comum que haja uma troca intensiva entre essas 'casinhas' para a realização de tarefas domésticas. Quando uma mulher trabalha fora, por exemplo, as outras do pátio tendem a suprir sua parte na organização doméstica – fornecendo almoço quente para os sobrinhos, e supervisionando as brincadeiras dos filhos pequenos. (s.p.).

Segundo Sarti (2007) as dificuldades enfrentadas, como uniões instáveis e empregos incertos fazem com que se formem arranjos que envolvem uma rede ampliada de parentesco. Para Fulner, as redes de familiares se ajudam mutuamente com recursos financeiros, cuidados com as crianças e essas organizações são consideradas “estratégias adaptativas às condições de pobreza.” (1995, p. 480).

Para Fonseca (2005) é difícil definir os membros de uma família nos grupos populares. Por este motivo, a autora em questão afirma que para realizar intervenções com famílias de bairros pobres é necessário compreender as relações que se estabelecem, verificando quem faz parte da rede que se forma com as atividades do dia-a-dia. Estas redes de ajuda podem se estender para outras casas ou até mesmo para outros bairros.

Conforme observado por Fonseca (2004), o número de famílias compostas por mãe e crianças é muito elevado. Isso é uma realidade não apenas de famílias de classes populares, mas da família contemporânea em geral. Porém, muitas pesquisas são questionadas por considerar que a figura masculina não está presente nesse modelo de família. Para Fonseca, existe uma confusão no estudo de famílias de baixa renda. A confusão decorre do fato de basear tais estudos em unidades domésticas, técnica que parece não ser adequada para estudos com essa população devido à frequência das mudanças nas unidades. Segundo a autora, “a imagem estática da unidade doméstica decorre da técnica demográfica do questionário aplicado uma só vez por família, procedimento que obscurece aspectos fundamentais da organização do grupo doméstico: sua flexibilidade e suas mutações no tempo.” (FONSECA,

2004, p. 61). A autora afirma que muitas vezes as unidades domésticas que fazem parte do grupo mãe sozinha com filhos é, na verdade, uma etapa transitória entre duas uniões conjugais e esse núcleo (mãe e filhos) não é auto-suficiente. É diferente do que ocorre no Caribe, por exemplo, onde núcleos dessa natureza são estáveis e as mulheres têm renda própria, por isso são auto-suficientes e os companheiros sexuais que entram na vida da família não mudam a estrutura do grupo.

No caso das mulheres na vila pesquisada por Fonseca (2006), foi percebido que sempre que a mulher se junta com um novo companheiro acontece uma mudança, que inicia com uma mudança de casa, pois é “extremamente raro um homem ir morar na ‘casa de sua mulher’ ou vice-versa.” (p. 69). As casas têm um custo baixo e o homem faz questão de ser o dono da casa. Outra mudança, ainda mais significativa, é que, não raro, as mulheres são obrigadas a deixar os filhos dos casamentos ou uniões anteriores, pois esses não são aceitos pelos novos companheiros. Esse é um dos grandes motivos para o elevado número de circulação de crianças. Sarti (2007) afirma que os conflitos entre os filhos e o novo companheiro fazem com que as mulheres optem muitas vezes por entregar seus filhos, ou alguns deles, normalmente para outra mulher da rede consanguínea da mãe.

3.4 O ciclo de vida familiar

Fonseca (2005) afirma que nas classes populares, as etapas do ciclo doméstico não são nítidas, o nascimento dos netos, por exemplo, acontece antes do casamento ou da formação de um novo núcleo. Da mesma forma, Hines (1995), em estudo realizado com famílias negras pobres, observou que as etapas do ciclo de vida acontecem de forma diferente do que as etapas propostas por Carter e McGoldrick. As etapas propostas por Carter e McGoldrick (1995) são: a) os jovens solteiros; b) o novo casal; c) famílias com filhos pequenos; d) famílias com filhos adolescentes; e) o ninho vazio; e f) famílias no estágio tardio da vida. As famílias estudadas por Hines (1995) foram consideradas “multiproblemáticas” por serem pobres, geralmente desempregadas e enfrentarem outros problemas decorrentes da pobreza. Essas famílias vivem em situação semelhante a outras famílias pobres, brancas ou negras. Hines (1995) afirma que:

o ciclo de vida dessas famílias é prejudicado pelo desemprego, desnutrição, nascimentos pré-conjugais, instabilidade e violência familiar, distúrbios mentais, delinquência, abuso de substâncias, um alto índice de mortalidade infantil, incapacidade física, morte precoce, e os stresses contínuos de habitação inadequada e constantes dívidas. (p. 440).

Foram observadas quatro características distintivas nos ciclos de vida das famílias em situação de pobreza: a) ciclo de vida truncado: as transições entre as etapas do ciclo acontecem em idades muito mais iniciais do que nas famílias de classe média, as pessoas saem de casa, têm filhos e tornam-se avós mais cedo. As consequências dessa característica se referem ao fato de que muitas vezes os indivíduos precisam assumir papéis para os quais não estão preparados e as mudanças entre os papéis podem ser confusas, sem clareza; b) grande parte dos lares são chefiados por mulheres e geralmente mãe, filhos e avó vivem juntos, sem uma clara definição de papéis; c) existe uma grande probabilidade de eventos estressores acontecerem, como rompimento familiar, morte dos membros, abuso de álcool e drogas, “juntamente com o fato básico da pobreza, isso cria barreiras adicionais ao desenvolvimento normal” (HINES, p. 444); d) as famílias acabam necessitando da ajuda de programas assistenciais ou do governo para sobreviverem.

Fulner (1995), também observou diferença no ciclo de vida familiar, em estudo comparativo entre o ciclo de vida de famílias com formação profissional e famílias pobres. Uma diferença central observada foi a idade em que as mulheres tornam-se mães. No grupo de baixa renda, a idade é bem inferior e nascimentos fora do casamento são bem mais comuns:

na família de baixa renda, a aceleração da gravidez torna impossível passar pelos estágios de ‘lançamento’, ‘adulto jovem’ e ‘formação de casal’ sem filhos envolvidos. Assim, o ‘lançamento’ freqüentemente deve ser realizado quando a jovem está na casa da mãe. ‘Adulta jovem’ é certamente um nome inadequado para uma mãe adolescente com filhos. (p. 471).

Além disso, como normalmente a união de um casal não acontece anteriormente ao nascimento de filhos, esse relacionamento não é considerado central, ou seja, não é ao redor desse relacionamento que a família irá se constituir. O relacionamento central será entre mãe e filha, tanto no relacionamento da geração mãe e avó quanto mãe e filho. (FULNER, 1995). Outra diferença entre a família pobre e profissional é que as famílias pobres são maiores, pois as mulheres têm mais filhos e os têm mais jovens, o que faz com que várias gerações estejam

vivas ao mesmo tempo.

3.5 Funções da família

Da mesma forma que a noção de família e os membros que dela fazem parte muda de acordo com as camadas da população e a cultura de diferentes lugares, a sua função na sociedade foi sendo modificada com o passar do tempo. O historiador francês Philippe Ariès, em sua importante obra “A história social da criança e da família”, mostra que na Idade Média, no início dos tempos modernos e ainda por muito mais tempo nas classes populares, as crianças não recebiam cuidados familiares por um período prolongado. O autor afirma que aos 7 anos, aproximadamente, elas ingressavam no mundo dos adultos, participando de todas as atividades do dia-a-dia com os mais velhos. A função da família se modificou. (ARIÈS, 2006). Segundo Ariès (2006), a função da família no período citado era de assegurar a transmissão da vida, dos bens e dos nomes, sem ênfase na sensibilidade. Nos tempos modernos, os cuidados com as crianças e a presença das mesmas fazem parte do conceito de família: “podemos imaginar a família moderna sem amor, mas a preocupação com a criança e a necessidade de sua presença estão enraizadas nela.” (p. 193).

O acontecimento que ocasionou a mudança na função da família, segundo o autor em questão, foi o reaparecimento da preocupação com a educação, no início dos tempos modernos. Com a influência desta, juntamente com a de ordens religiosas, a família passou a ter uma função muito maior do que assegurar a vida e transmitir nomes e bens: passou a formar pessoas e almas, tendo uma função moral e espiritual. Surgiu, juntamente com os cuidados com as crianças, o sentimento de família, que perdura até hoje.

De acordo com Ariès (2006), o sentimento de família e o sentimento de classe nasceram juntos, em um momento em que passou a existir uma separação das diferenças: sejam de idades ou de condições. O autor afirma que até certo momento da história, a justaposição de homens e mulheres bem nascidos e os miseráveis, por exemplo, não tolhia os ricos e também não humilhava os pobres. Porém chegou a hora em que a burguesia não suportou mais o contato com o povo e procurou separar-se: “[a burguesia] retirou-se da vasta sociedade polimorfa para se organizar à parte, num meio homogêneo, entre suas famílias fechadas, em habitações previstas para a intimidade, em bairros novos, protegidos contra toda

contaminação popular. A justaposição das desigualdades, outrora natural, tornou-se-lhe intolerável: a repugnância do rico precedeu a vergonha do pobre.” (p. 196). O autor diferencia a antiga e a nova sociedade afirmando que na antiga existia uma aceitação e uma aproximação dos modos de vida distantes, enquanto na nova a cada gênero de vida era assegurado o seu espaço e as características dominantes deveriam ser respeitadas: “o sentimento da família, o sentimento de classe e talvez, em outra área, o sentimento de raça surgem portanto da mesma intolerância diante da diversidade, de uma mesma preocupação com a uniformidade.” (ARIÈS, 2006, p. 196).

4 RESILIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para a realização de um cuidado integral em saúde nos diferentes contextos, mostra-se necessário conhecer as particularidades dos mesmos e as formas de promover a saúde e fortalecer a autonomia dos indivíduos considerando os seus contextos singulares de vida. Pensamos que o foco das intervenções deve ser o de fortalecer a resiliência dos indivíduos e famílias/ coletivos.

A forma como o conceito de resiliência vem sendo utilizado em psicologia no Brasil não parece ser suficiente para nortear intervenções que tenham por objetivo a integralidade em saúde e o aumento da autonomia dos indivíduos e famílias. O conceito de resiliência vem sendo pensado e discutido baseado em fatores de risco e fatores de proteção, no contexto da psicologia do desenvolvimento humano. Pensar em termos de fatores de risco e de proteção não parece ser adequado para a compreensão das particularidades de classes populares, que dizem respeito à sua cultura, ou seja, a uma dimensão subjetiva não passível de cálculo. Faz-se necessário assim uma aproximação do conceito ao campo da saúde, aproximando-o de uma prática profissional que tem como norte o compromisso social e distanciando-se de uma prática associada ao modelo tradicional hegemônico de cuidado.

4.1 Origens do conceito de resiliência

Os estudos sobre a resiliência iniciaram na década de 70 do século passado, com crianças que viviam em ambientes de extrema adversidade. (MASTEN, 2001). De acordo com Masten (2001), percebendo que muitas crianças que viviam em ambientes de extrema adversidade se tornavam adultos competentes e carinhosos, alguns psicólogos e psiquiatras passaram a estudar o fenômeno da resiliência em crianças em situação de risco para problemas de desenvolvimento, nos anos 70. Estes pioneiros argumentavam que pesquisas com crianças que se desenvolveram bem em contextos de risco e adversidades poderiam guiar intervenções e informar o que fez a diferença para essas crianças. Segundo a autora, o estudo de crianças resilientes retirou o foco de teorias baseadas no déficit, passando a focalizar os

aspectos positivos do desenvolvimento.

Sobre o início do estudo sobre resiliência, Junqueira e Deslandes (2003) afirmam que:

desde os fins dos anos 70, através do enfoque da psicopatologia, se discute que algumas crianças, criadas por pais alcoólatras, não apresentavam 'carências' biológicas nem psicossociais, mas sim uma 'adequada' qualidade de vida. Dos anos 80 em diante, há um interesse crescente por conhecer essa habilidade/ capacidade de enfrentar de forma positiva fatores estressores. (s.d.).

Parece haver um consenso no Brasil de que o termo resiliência é originado da física (MORAIS, KOLLER, 2004; YUNES, SYMANSKI, 2002; YUNES, MIRANDA, CUELLO, 2004; DELL AGLIO, KOLLER, YUNES, 2011), tendo como definição nesta área do conhecimento: "propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica." (FERREIRA apud POLETO, WAGNER, KOLLER, 2004, p. 241). Porém, esta idéia vem sendo questionada. Brandão et al. (2011), investigaram na literatura nacional e internacional a forma como pesquisadores concebem o conceito da resiliência e suas origens. Os autores verificaram que os pesquisadores falantes de línguas latinas, incluindo os brasileiros, apontam que o conceito é originário da física. Porém, os pesquisadores precursores do tema (ingleses e norte-americanos), nada falam sobre o conceito da resiliência ter se originado na física. Os autores apontam também que mesmo na física o conceito é pouco utilizado, e questiona desta forma como um conceito citado apenas em notas de rodapé nos textos mais importantes da área teria ultrapassado os limites da área das ciências exatas e gerado interesse nos pesquisadores da psicologia.

Brandão et al. (2011), afirmam que o termo resiliência já é coloquialmente utilizado pelos falantes de língua inglesa a mais de 30 anos, não o relacionado a conceitos técnicos (como nas ciências exatas), mas a fenômenos humanos. Resiliência, para os falantes de língua inglesa está associada a "capacidade de resistência a pressões e estresses, processos de recuperação, regeneração, adaptação, características de personalidades flexíveis e moldáveis às circunstâncias." (BRANDÃO et al., 2011, p. 266). Brandão et al. (2011), nos mostram que o termo resiliência no Brasil era desconhecido da maior parte da população até o fim da década de 1990, quando os estudos sobre o tema na área da psicologia começaram a se espalhar para o público leigo, ou seja, o termo resiliência não era utilizado na língua portuguesa. Os autores afirmam que a origem da física é citada apenas por autores brasileiros

e alguns latinos e em nenhum momento pelos principais pesquisadores internacionais. Brandão et al. (2011) afirmam que no Brasil, a partir das pesquisas de Ângela Mattar Yunes, pesquisadora respeitada, este termo foi associado às ciências exatas e desde então autores brasileiros passaram a reproduzir a informação sobre esta origem do conceito.

Outro dado interessante levantado por Brandão et al. (2011) é que nas primeiras pesquisas sobre resiliência autores de diferentes partes do mundo se apropriaram do tema, estudando-o sob enfoque diferentes. Os autores afirmam que existem três correntes principais sobre o tema: 1) a norte-americana “mais pragmática, mais centrada no indivíduo, tomando como avaliação da resiliência dados observáveis e quantificáveis, comumente com enfoque behaviorista ou ecológico transacional” (p. 263); 2) a européia, com uma perspectiva ética, de um modo geral através dos ensinamentos da psicanálise. Desta forma, a visão do sujeito torna-se relevante para o estudo da resiliência, já que a resposta ao meio depende da dinâmica psicológica da pessoa; 3) a corrente latino-americana caracteriza-se por ser mais comunitária, enfocando o social como resposta às adversidades do meio.

4.2 Fatores de risco e proteção no estudo da resiliência

No Brasil, o conceito de resiliência na psicologia vem sendo pensado e discutido principalmente baseado em fatores de risco e fatores de proteção pelos principais autores que pesquisam o conceito ((MORAIS, KOLLER, 2004; YUNES, SYMANSKI, 2002, 2008; YUNES, MIRANDA, CUELLO, 2004). A seguir, serão apresentados alguns argumentos de autores que trabalham nesta direção.

4.2.1 Fatores de risco

As crianças que vivem em situação de pobreza muitas vezes não têm suas necessidades básicas atendidas, por isso são consideradas por muitos autores como estando em situação de risco. São considerados fatores de risco obstáculos individuais ou ambientais que aumentariam a vulnerabilidade da criança para resultados negativos no seu desenvolvimento. Alguns exemplos de fatores de risco são: condições de pobreza, rupturas na família, vivência de algum tipo de violência, experiências de doença no próprio indivíduo ou

na família e perdas importantes. (PESCE, ASSIS, SANTOS, OLIVEIRA, 2004).

Ao estudar famílias e crianças em situação de pobreza, percebe-se que existem algumas adversidades que acompanham a dificuldade financeira. Esse fato é evidenciado por alguns autores que afirmam que a pobreza é uma situação de risco que dificilmente vem desacompanhada. Haggerty et al. (apud SAPIENZA, PEDROMÔNICO, 2005), por exemplo, afirmam que diversas situações de risco estão presentes em todas as famílias, porém as mais prejudicadas são as famílias pobres, pois os indivíduos têm uma grande probabilidade de serem expostos a adversidades múltiplas, como pobreza dos pais, discórdia e separação, cuidados inadequados com a saúde e desemprego crônico.

De acordo com Walsh (2005), as famílias pobres enfrentam uma série de adversidades continuamente, como desemprego, habitação deficiente, nutrição e cuidados médicos inadequados. Além disso, elas estão cercadas pela violência, crime e drogas e as perspectivas de vida são desanimadoras devido às limitações relacionadas com educação, oportunidades de emprego e acesso aos recursos comunitários.

Sapienza e Pedromônico (2005) afirmam que esta associação de riscos que aparece juntamente com a situação de pobreza pode interferir no desenvolvimento psíquico das crianças: "quando muitas situações de risco se associam, elas dificultam o cumprimento da agenda desenvolvimental, a aquisição de habilidades e o desempenho de papéis sociais." (2005, s.p.).

Alguns autores alertam para o fato de que não se deve focar nos fatores de risco, mas nos mecanismos ou processos de risco. (YUNES, SZYMANSKI, 2002; PESCE et al., 2004; YUNES, MIRANDA, CUELLO, 2004). Segundo Yunes et al. (2004) "o foco deve ser dado ao conjunto de processos que decorrem de determinadas variáveis, vínculos precisam ser detectados e identificadas as potenciais mediações entre as condições de risco e as manifestações consideradas negativas ou psicopatológicas." (p. 200). Yunes e Szymanski (2002) afirmam que o que é risco em uma situação pode ser considerado proteção em outra. As autoras citam como exemplo o resultado de um estudo longitudinal realizado por Elder, em 1986:

demonstrou-se que jovens provenientes de famílias de baixa renda, ao entrarem cedo nas Forças Armadas, puderam continuar seu processo educacional, adiaram as possibilidades de casamento precoce, estabeleceram vários contatos, enquanto para

um grupo de jovens de classe social mais abastada a experiência foi disruptiva, pois interrompeu suas carreiras e interferiu negativamente em suas vidas familiares. (p. 27).

De acordo com Yunes e Szymanski (2002), não se deve considerar eventos isolados como fatores de risco e afirmam que “uma análise criteriosa dos processos ou mecanismos de risco parece imprescindível para que se possa ter a dimensão das diversidades das respostas que podem ser observadas, sobretudo quando se trata de riscos psicossociais ou riscos socioculturais.” (p. 27).

4.2.2 Fatores de proteção

Segundo Eisenstein e Souza (1993), fatores de proteção são definidos como “recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco.” (p. 19-20). Entre os fatores protetores contra o risco, segundo os autores, destacam-se: bom funcionamento familiar, educação, atenção, afeto, apoio emocional, saneamento ambiental, boa utilização do tempo livre, prática de esportes, atividades artísticas e culturais, educação em saúde, redes sociais de apoio e respeito aos direitos de cidadania. Os fatores de proteção não necessariamente apresentam "efeitos" quando não existem eventos ou situação estressoras, pois o seu papel é modificar a resposta das pessoas em situações de adversidade mais do que fatores que favoreçam o desenvolvimento em situações normais. (YUNES, SZYMANSKI, 2002).

A rede de apoio social e afetivo é "uma das mais importantes dimensões do desenvolvimento humano e do bem-estar do indivíduo" (BRITO, KOLLER, 1999, p. 115) e é considerado um importante fator de proteção. (KOLLER, 2004). A rede de apoio social se refere ao conjunto de sistemas e de pessoas significativas que fazem parte da vida do indivíduo. A nomenclatura afetivo passou a ser utilizada devido a importância do afeto para a manutenção do apoio. (BRITO, KOLLER, 1999, 1999). Segundo Brito e Koller (1999) os estudos sobre desenvolvimento têm mostrado que as pessoas se tornam vulneráveis quando estão em situações de risco por não disporem de uma rede de apoio social e afetivo que seja eficaz.

Para Garmezy e Masten (apud CECCONELLO, KRUM, KOLLER, 2000), existem três grandes fatores de proteção para a promoção da resiliência: redes de apoio social e afetivo, características pessoais e coesão familiar e ausência de conflito. Segundo Cecconello et al. (2000), as primeiras relações entre as crianças e seus cuidadores são fontes potenciais de proteção e interferem diretamente nestes três fatores de proteção, pois a representação mental de uma relação de apego segura proporciona o desenvolvimento de características pessoais importantes, como auto-estima, empatia e competência social. A representação mental de relação de apego segura, também facilita o estabelecimento de redes de apoio social e afetivo, uma vez que a primeira relação de apego serve como um modelo para os próximos relacionamentos.

A importância de representações estáveis e seguras de apego é ressaltada por Benetti, Valentini, Bohnen, Fonini e Pelizzoni (2005), que afirmam que esta é uma condição fundamental para o desenvolvimento psicológico do indivíduo. De acordo com Bowlby (1997), o apego consiste em um vínculo afetivo estabelecido entre as crianças e seus pais ou cuidadores, no qual os pais proporcionam a satisfação das necessidades da criança, provendo cuidados, carinho, conforto e proteção. A sensibilidade dos pais para responder às necessidades das crianças e a qualidade do relacionamento entre eles contribuem para o desenvolvimento de um sentimento de segurança e confiança, que servirão como base para os relacionamentos futuros. (BOLWBY, 2002). Quando as crianças crescem na companhia de pais ou cuidadores que proporcionam uma base segura e lhes fornece espaço para explorar a partir dessa base, elas normalmente crescem seguras e autoconfiantes, cooperativas e prestativas com outras pessoas. (BOLWBY, 1997).

4.2.3 Resiliência familiar

A resiliência percebida na unidade familiar como um todo é denominada resiliência familiar. Segundo Walsh (2005), principal expoente das pesquisas sobre resiliência familiar, as pesquisas têm mostrado que a resiliência em crianças está fortemente vinculada ao contexto familiar e social em que ela está inserida pois a resiliência das crianças às dificuldades é maior quando elas têm acesso a pelo menos um pai/mãe atencioso, um cuidador ou outro

adulto que lhes dê apoio na sua família ampliada ou mundo social.

De acordo com Walsh (2005), existem alguns processos-chave na resiliência familiar: os sistemas de crenças da família, os padrões organizacionais presentes e os processos de comunicação. As crenças têm um importante papel na família e são consideradas forças muito importantes para a resiliência. A autora, através de pesquisas e conhecimento prático, enumerou três sistemas de crenças que facilitam a resiliência em famílias que enfrentam muitos desafios: a) extrair sentido da adversidade; b) manter uma perspectiva positiva, tendo coragem, visão otimista das situações, esperança, mantendo o foco na força e aceitando o que não pode ser mudado; c) transcendência e espiritualidade. O segundo elemento são os processos organizacionais da família: em primeiro lugar, as famílias precisam ser flexíveis para se adaptarem a mudanças como por exemplo no caso de um divórcio ou doenças graves na família, que exigem mudança nos papéis desempenhados dentro da família. Em segundo lugar, está a “conexão”, termo utilizado por Walsh para descrever o equilíbrio entre o indivíduo e o grupo familiar: “os membros da família podem ser extremamente conectados e se unir em épocas de crise e, ao mesmo tempo, respeitar as diferenças entre si.” (2005, p. 83). Em terceiro lugar, estão os recursos sociais e econômicos, que envolvem a mobilização da família ampliada e recursos vindos da comunidade. Walsh (2005) enfatiza a importância de estabelecer um vínculo com o mundo social, e este vínculo é muito importante para a resiliência da família. Segundo Stinnet et al. (apud WALSH, 2005) as famílias mais fortes são aquelas que conseguem admitir que precisam de ajuda e recorrem à família ampliada, redes de apoio e serviços especializados como terapia. Segundo os autores, o isolamento da família e a falta de apoio social contribuem para a disfunção em situações de estresse. Além da mobilização da família e recursos da comunidade, o sistema de recursos sociais e econômicos envolvem a melhoria da segurança financeira e o equilíbrio entre a família e o trabalho.

O terceiro elemento são os processos de comunicação. Segundo Walsh (2005), uma boa comunicação facilita o funcionamento saudável da família e afirma que “os esforços de intervenção para fortalecer a resiliência familiar concentram-se em aumentar a competência dos membros da família para se expressar e reagir às necessidades e preocupações e para negociar a mudança do sistema para satisfazer novas demandas e situações de crise.” (2005, p. 104). Existem três aspectos da comunicação que são considerados fundamentais para a resiliência familiar: o primeiro é a clareza na comunicação, que diz respeito a mensagens e ações claras e diretas. O segundo aspecto é o compartilhamento das emoções de forma aberta.

De acordo com Walsh, é importante que as famílias consigam mostrar sentimentos como alegria e amor e também raiva, tristeza e desapontamento. Para a autora em algumas famílias existe um clima de medo e desconfiança que impossibilita uma comunicação clara das emoções. O terceiro aspecto diz respeito à forma como os problemas são resolvidos. Todas as famílias enfrentam problemas e crises e o que diferencia as famílias resilientes é a maneira como enfrentam esses problemas e crises.

Walsh (2005) apresenta algumas diretrizes práticas para fortalecer famílias que se encontram em situação de extrema vulnerabilidade e suas considerações aproximam-se do campo da saúde. Estas diretrizes são utilizadas para apoiar os esforços da família para administrarem suas vidas em meio a adversidades: “ao se concentrarem em seu potencial, essas famílias adquirem uma sensação de esperança e confiança de que podem vencer a persistente adversidade.” (p. 225). Primeiramente, a autora afirma que atualmente os serviços destinados a esta classe social tendem a se basear no déficit, se concentrar no indivíduo, se mostrarem fragmentados, reativos à crise e inacessíveis.

De acordo com Ooms e Preister (apud Walsh, 2005), existem alguns princípios básicos que devem ser seguidos em um novo modelo de serviço concentrado na família: 1) identificar as potencialidades e recursos familiares que capacitam as famílias e confiar neles; 2) usar uma abordagem familiar para os problemas individuais; 3) os serviços devem ser flexíveis e holísticos; 4) enfatizar a intervenção precoce e prevenção; 5) formar parcerias estruturadas na comunidade.

Além do foco passar a ser nos recursos, é importante que a abordagem passe do indivíduo para uma abordagem centrada na família. Segundo Walsh (2005) os indivíduos são categorizados baseado nos sintomas que apresentam e falta uma atenção para o indivíduo como um todo ou à família e ao contexto social; uma abordagem concentrada na família se mostra necessária no trabalho relacionado com o bem estar infantil, atenção à saúde física e mental, tratamento de abuso de substância e educação: “uma vez que sejamos capazes de encarar a família como uma rede entrosada de relacionamentos, identificar os padrões que conectam os vários membros, problemas e possíveis soluções, podemos começar a extrair significado de situações complicadas e ter maior probabilidade de êxito.” (WALSH, 2005, p. 230). Outra diretriz importante ressaltada pela autora é que os serviços passem a ser holísticos, pois uma das falhas observadas é que eles são fragmentados e não apresentam uma

comunicação funcional. Algumas consequências são famílias sendo enviadas de um serviço para outro e membros da mesma família sendo atendidos por serviços diferentes que não trocam informações. Para que o atendimento seja eficiente, é necessário visualizar os membros e as necessidades das famílias como inter-relacionados, que requerem serviços coordenados e integrados. Ainda segundo a autora, os serviços devem ser orientados para a prevenção e não reativos à crise:

prestamos pouca atenção às crianças e às suas famílias e gastamos pouco dinheiro com elas até que seja absolutamente necessário. Para estar qualificado para receber ajuda, um indivíduo ou uma família é classificado, recebe um rótulo patológico e é colocado sob os auspícios de uma agência federal ou estadual. Essa experiência é desumanizadora e estigmatizadora; pior ainda, a ajuda em geral chega tarde demais. Como sociedade precisamos realizar uma mudança filosófica. (KAPLAN, GIRARD apud WALSH, 2005).

Podemos perceber que na abordagem da resiliência familiar, que tem como sua principal expoente a americana Froma Walsh, existe uma aproximação com alguns preceitos importantes do cuidado em saúde no contexto do SUS, como por exemplo a necessidade do trabalho familiar no lugar do individual, a importância dos serviços não serem fragmentados e basearem-se na prevenção. Além disso, a autora traz contribuições importantes ao afirmar que é fundamental identificar os recursos presentes nas famílias e não focar em suas faltas e carências. Seus estudos baseiam-se na realidade dos Estados Unidos, porém suas contribuições são válidas para o contexto brasileiro.

4.3 Resiliência no contexto da saúde

4.3.1 Risco e integralidade: encontro possível?

Enquanto alguns autores parecem falar com certa naturalidade sobre populações em situação de risco, como por exemplo famílias e infância em situação de risco, outros enfatizam a necessidade de uma reflexão sobre este conceito. Autores como Hilleshein e Cruz (2008) e Hüning e Guareschi (2010) parecem demonstrar preocupação com a estigmatização de populações ao denomina-las populações de risco e consideram fundamental a

problematização deste conceito.

Para Hüning e Guareschi (2010) existe um processo de normatização da infância, que iniciou com uma busca de diversas disciplinas por uma essência desta etapa da vida. Segundo as autoras, percebe-se a busca por esta essência no estabelecimento pela Ciência de etapas do desenvolvimento normal, por exemplo. Segundo elas, ao nomearmos uma infância como normal e inocente, muitas vezes não vemos como possíveis outras formas de viver a infância. O diferente passa então a ser chamado de risco e as autoras chegam a afirmar que “podemos continuar aceitando o conforto presente na suposição de uma obviedade sobre a chamada situação de risco social; ou permanecer problematizando-a.” (s.p.). Uma possibilidade para esta problematização encontrada pelas autoras foi através da articulação do que elas denominaram de “risco-diferença”, sendo que o diferente se refere à instâncias que ameaçam e afrontam o nosso modo de viver a vida e passam a ser consideradas como risco:

a diferença, enquanto uma outra discursividade, uma outra linguagem, constitui-se como ameaçadora; o outro, que é o corpo vivo que fala esta diferença, que materializa a ameaça aos nossos modos de vida, aos nossos desejos, aos nossos espaços assegurados, passa a ser tomado como alguém a ser evitado, a ser prevenido. O que compõe o **risco-diferença** não pode ser então tomado como essencial a uma categoria de pessoas, mas efeito de possibilidades que se apresentam em um campo de lutas específico, como as formas possíveis de articulação sempre relacionadas a jogos de forças, a um campo político, campos de saberes, que negam possibilidades e oferecem outras. (HUNING, GUARESHI, 2010, s.p.).

De acordo com Hilleshein e Cruz (2008), na contemporaneidade a questão do risco é de extrema relevância. De acordo com as autoras a questão é operada a partir dos mecanismos de poder, sendo um instrumento privilegiado de controle.

Spink (2000), afirma que existem três aspectos importantes para entender como o conceito de risco é central na contemporaneidade. Em primeiro lugar, deve-se compreender que o que vem a ser risco varia de acordo com cada sociedade e com cada momento da história desta sociedade. Deve-se entender também que a definição do risco não refere-se somente aos aspectos objetivos destas sociedades. Ela remete principalmente aos valores morais das sociedades ou de grupos que dela fazem parte, pois é na esfera moral que o risco é definido.

O segundo aspecto importante segundo Spink (2000) é que através do fenômeno do risco, cuja definição é sempre um empreendimento coletivo, é possível compreender a pessoa que orienta estas definições e as práticas por elas sustentadas. O que interessa segundo a

autora é entender como um determinado grupo ou sociedade, ou domínios específicos de saber, enxerga as pessoas que estão em risco, seja como vítima de fatalidades ou de determinadas condições orgânicas ou como capaz de analisar o que é risco e definir possibilidades de ação. Em terceiro lugar, através da noção de risco é possível compreender como funcionam as relações entre governantes e governados e sobre o delineamento de questões éticas no campo das relações sociais.

4.3.2 Do risco à vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade parece mais adequado para lidar com a complexidade do campo da saúde e da subjetividade do que o conceito de risco. Ayres et al.(2009), afirmam que o conceito de vulnerabilidade traz importantes contribuições para a área da saúde, em particular para a prevenção e promoção à saúde. Os autores nos mostram como se estabeleceu a relação entre este conceito e as Práticas de Saúde e como se deu a passagem da utilização do conceito de risco para o conceito de vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade é originário da área da advocacia internacional dos Direitos Universais do Homem e designa, em sua origem, “grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania.” (ALVES, 1994 apud AYRES et al., 2009, p. 122). A utilização do conceito na área da saúde se deu diante da epidemia da AIDS, como resposta às visões reducionistas dos grupos ou comportamentos de risco. Os grupos de riscos transmutaram-se dos fatores de risco, conceitos não utilizados apenas no campo da AIDS, porém relacionados a esta doença que ganharam destaque, principalmente através da mídia.

As estratégias de prevenção baseadas nos grupos de risco foram ineficazes e geradoras de preconceitos e estigmatizações. Passou-se então a se pensar em comportamentos de risco, que retirava o peso do estigma de grupos anteriormente considerados de risco, porém passa-se a ter a tendência em culpabilizar e responsabilizar os indivíduos. A epidemia continua em expansão, especialmente entre a população mais pobre: “é neste contexto que passam a ganhar mais espaço as proposições que vinham defendendo estratégias de prevenção não restritas à redução individual de riscos, mas apontavam para outras, de alcance social ou estrutural.” (p. 126). Os autores demonstram que neste contexto aonde a abordagem dos grupos de risco e dos comportamentos de risco não resultaram no controle esperado da epidemia,

sempre que abordagens mais abrangentes que consideram não apenas fatores individuais, mas também coletivos, há a utilização do conceito de vulnerabilidade: “toda vez que aí se buscou relatar ou propor aproximações teóricas ou intervenções não restritas ao HIV, ao risco, ao comportamento individual, às abordagens biomédicas, foi 'vulnerabilidade' o termo preferencialmente escolhido.” (p. 127).

Sobre a diferença entre risco e vulnerabilidade, Ayres et al.(2009) apontam que um dos aspectos importantes é o “caráter não probabilístico” da vulnerabilidade., enquanto para os estudos do risco se estabelecem relações matemáticas; “se o risco busca expressar as 'chances matemáticas' de adoecimento de um 'indivíduo qualquer', desde que portador de certo traço identitário específico, a vulnerabilidade quer expressar os 'potenciais' de adoecimento/ não adoecimento relacionados a 'todo e cada um dos indivíduos' que viva em um certo conjunto de condições.” (p. 132). Os autores afirmam que a análise destas situações podem se beneficiar das análises dos riscos, que muitas vezes trazem indicadores importantes.

Através do quadro conceitual do conceito da vulnerabilidade, a prevenção passa a ser baseada na redução de vulnerabilidade e não na redução de riscos. Ayres et al.(2009) fazem uma comparação entre os dois modelos: em relação ao público alvo, este passa dos indivíduos expostos para populações suscetíveis. Em relação à finalidade, o objetivo passa de alertar no contexto da redução de riscos, para capacitar no contexto da redução de vulnerabilidades. Sobre os meios utilizados, estes passam da informação para a mobilização; o processo educativo passa de modelador no contexto de redução de riscos para construtivista no contexto da redução de vulnerabilidades. A base institucional passa da saúde para uma base intersetorial; os agentes privilegiados passam dos técnicos para os pares. O resultado esperado não é a mudança de comportamento, como no caso da redução dos riscos, mas na transformação de contextos de intersubjetividade .

Outra característica importante no quadro da vulnerabilidade, que o aproxima da saúde coletiva, é interdisciplinaridade:

o quadro da vulnerabilidade também parece abrir perspectivas interessantes. Porque permitem e reclamam contribuições oriundas de diversas disciplinas e o diálogo entre elas, estudos de vulnerabilidade oferecem oportunidades de diálogos interdisciplinares que são um constante norte da saúde coletiva. (AYRES et al., 2009, p. 141).

4.3.3 Resiliência como margem de segurança

A saúde normalmente é definida como oposto de doença. Ou seja, a saúde está boa se não houve a necessidade de ir ao hospital ou de tomar alguma medicação. Esta definição exclui a possibilidade da saúde como capacidade de enfrentar o adoecimento ou de buscar ajuda se necessário. Mas a saúde não diz respeito apenas aos processos fisiopatológicos. Nada pode estar errado com nosso corpo mas podemos estar tristes, preocupados, ansiosos. Ou, ainda, podemos estar nos sentindo bem apesar de algum sintoma ou de alguma doença (BRASIL, 2005).

A partir de um entendimento mais amplo do conceito de saúde, podemos pensar a saúde em termos de “margem de segurança”, que se aproxima do conceito de resiliência:

afirmamos que um conceito de saúde vinculado à subjetividade das pessoas não pertence à ordem dos cálculos, leis ou médias estatísticas. Este conceito subjetivo e não condicionado à medição por aparelhos é definido por alguns autores como “margem de segurança”, que significa o poder de cada pessoa em tolerar e compensar as agressões de seu meio. A saúde é compreendida, então, como a capacidade de cada um, de enfrentar situações novas, como a margem de tolerância (ou de segurança) que cada um possui para enfrentar e superar as adversidades de seu meio. (BRASIL, 2005, p. 41).

Podemos perceber que o Ministério da Saúde tem enfatizado a importância de aumentar a margem de segurança dos indivíduos, especialmente no caso de indivíduos que vivem em condições desfavoráveis. (BRASIL, 2005). Viver em situação de pobreza não é uma escolha dos indivíduos e famílias. É uma condição de vida desfavorável, que reflete a desigualdade social. Muitas vezes elementos como alimentação deficiente, analfabetismo ou escolaridade precária, distribuição perversa das riquezas, condições desfavoráveis de trabalho, desemprego e condições sanitárias deficientes estão presentes e estes são reconhecidos como causas para predisposição a diferentes doenças. (BRASIL, 2005). As políticas públicas e intervenções devem considerar estas condições:

Quando a escolha dos indivíduos é claramente limitada e ele se encontra exposto a condições de vida insalubres e estressantes, quando seu acesso aos serviços considerados essenciais é inadequado: (incluindo aí educação, moradia, saúde) estamos nitidamente diante de situações de iniquidade, de diferenças injustas em relação a outros indivíduos de uma mesma sociedade. As intervenções que busquem diminuir a exposição a essas condições insalubres são fundamentais, pois é no interior de um meio capaz de garantir uma existência saudável que um indivíduo pode se constituir como capaz de tolerar e superar as infrações a que está exposto (BRASIL, 2005, p. 43).

Se vivemos em um mundo de riscos possíveis e de situações desfavoráveis que não escolhemos, é importante ampliar a margem de segurança o máximo possível. Desta forma, entende-se que a saúde é também a nossa capacidade de viver em um meio muitas vezes não escolhido, não sendo apenas a segurança contra os riscos. É fundamental ampliarmos a margem de segurança para enfrentar estas situações. (BRASIL, 2005).

Para Canguilhem (2009), a saúde refere-se a possibilidade de ficar doente e poder recuperar-se e que existe uma característica muito importante dos organismos que é a prodigalidade, ou seja, um excesso que cada um de nossos órgãos possui que garante uma margem de segurança para o funcionamento dos mesmos: “mais pulmão do que, em última análise, é necessário para respirar, mais rim do que é necessário para segregar a urina sem chegar à intoxicação etc.” (p. 35). A saúde parece confundir-se com o próprio conceito de margem de segurança: “A saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio” (p. 78) e ainda:

a saúde é um conjunto de seguranças e seguros [...] seguranças no presente e seguros para prevenir o futuro. Assim, como há um seguro psicológico que não representa presunção, há um seguro biológico que não representa excesso, e que é saúde. A saúde é um guia regulador das possibilidades de reação. A vida está, habitualmente, aquém de suas possibilidades, porém, se necessário, mostra-se superior à sua capacidade presumida. (p. 78).

Para Canguilhem (2009), estar em boa saúde é poder ficar doente e se recuperar. Ficar doente é ter sua margem de segurança reduzida em relação às infidelidades do meio. A partir das idéias de Canguilhem (2009) de que os organismos possuem excessos dos quais é normal abusar, algumas intervenções em prevenção e promoção à saúde tem sido feitas considerando uma abertura ao risco, como por exemplo no caso da AIDS, com medidas sendo feitas como distribuição de camisinhas e trocas de seringas para usuários de drogas injetáveis. Este entendimento parece importante para diminuir a culpabilização dos indivíduos pelos seus comportamentos:

a verdade é que, sendo feito assim (com a característica da prodigalidade), o homem se sente garantido por uma superabundância de meios dos quais lhe parece normal abusar. Ao contrário de certos médicos sempre dispostos a considerar as doenças como crimes, porque os interessados sempre são de certa forma responsáveis, por excesso ou omissão, achamos que o poder e a tentação de se tornar doente são uma característica essencial da fisiologia humana. (CANGUILHEM, 2009, p. 79).

A colaboração de Canguilhem reforça a idéia da necessidade de perceber que existe uma capacidade “extra” nas pessoas de poderem recuperar-se, não apenas dos órgãos, mas também em um nível subjetivo. Este entendimento pode ser importante também para não vitimizar as pessoas que vivem em condições de vida desfavoráveis. Walsh (2005) nos fala da importância de os profissionais identificarem os recursos positivos das famílias que vivem em situação de pobreza e confiar neles, na sua capacidade de lidar com condições desfavoráveis do dia-a-dia.

O papel dos profissionais de saúde, nesta forma de entendimento da saúde, deve ser o de ajudar a construir a autonomia das pessoas: “a saúde das pessoas é um assunto que se refere, primordialmente, a elas próprias e que o papel dos profissionais de saúde deve ser o de oferecer seus conhecimentos técnicos para ajudar a construir a autonomia das pessoas, num processo de defesa da vida.” (BRASIL, 2005). Se a saúde refere-se principalmente as próprias pessoas, podemos verificar a importância de respeitar as escolhas das mesmas e os diferentes modos de andar a vida, sendo papel do profissional disponibilizar seus conhecimentos técnicos para fortalecer as pessoas nas suas formas de viver a vida, de acordo com necessidades reais.

As contribuições de Canguilhem, segundo Caponi (2009), são importantes para repensar as estratégias de prevenção e promoção à saúde. Primeiramente, a autora afirma que é necessário, a partir das idéias de Canguilhem, lembrarmos do elemento individual, ao referir a diferença entre anomalia e patologia, sendo que anomalia refere-se a uma irregularidade, não sendo normativo ou apreciativo, mas apenas descritivo. Torna-se uma patologia apenas quando implica em um sofrimento: “se a anomalia se vincula a sofrimento individual, a 'sentimento de impotência e de vida contrariada', então, e só então, poderá ser considerada como uma patologia.” (p. 75). Desta forma, este fato deve ser considerado nas intervenções que pretendem corrigir patologias ou prevenir condutas de risco, que muitas vezes desconsideram estes elementos individuais, ou seja, as singularidades. Além disso, referindo-se à saúde como abertura ao risco, Caponi (2009) fala sobre os objetivos da prevenção e promoção à saúde, a partir das idéias de Canguilhem:

lembramos que, para Canguilhem, a saúde implica segurança contra os riscos, audácia para corrigi-los e possibilidade de superar nossas capacidades iniciais. Neste sentido, competirá aos programas de saúde coletiva criar estratégias de prevenção das doenças capazes de minimizar a exposição à riscos desnecessários e, ao mesmo

tempo, gerar políticas de promoção à saúde que nos permitam maximizar a capacidade que cada indivíduo possui para tolerar, enfrentar e corrigir aqueles riscos ou traições que inevitavelmente fazem parte da nossa história. (p. 75).

Para Caponi (2009), uma visão reducionista da saúde que a associa a ausência de doenças é decorrente da associação entre saúde do corpo e a eficiência de um mecanismo. A discussão sobre a saúde, para Merhy e Franco (2003), já envolve a clínica, epidemiologia, planejamento, a psicanálise, a filosofia, a análise institucional. Para Spink (2010) deve envolver ainda a política e a antropologia. As contribuições desta multiplicidade de saberes que envolvem a saúde está presente nas discussões sobre a promoção à saúde, que tem como foco a atuação sobre os determinantes da saúde. Existem diversos elementos que influenciam no processo saúde/ doença dos indivíduos e coletivos. Eles são chamados de determinantes da saúde:

existem determinantes do estado de saúde que dizem respeito as condições que as coletividades, as cidades, as localidades, ou o país apresentam, como nível de desenvolvimento social e econômico, como infraestrutura, como participação das pessoas nas decisões sociopolíticas e como grau de desigualdade de renda, entre outros fatores. Por sua vez, estes determinantes contribuem para o aparecimento de condições que propiciam a saúde ou a doença. (BRASIL, 2005, p. 33-34).

Acreditamos que fortalecer os indivíduos e famílias diz respeito à trabalhar no sentido de fortalecer sua autonomia e garantir seus direitos de cidadania. A promoção da saúde vem ao encontro destes objetivos. De acordo com Almeida, Dimeinstein e Severo (2010): a promoção da saúde ganha contornos de um processo de produção de sujeitos fortalecidos em suas capacidades de identificar e transformar os fatores que determinam a saúde. A promoção da saúde, de acordo com Freitas e Czeresnia (2009), ressurge a partir de um questionamento sobre práticas curativas e de alta tecnologia e relaciona a saúde a condições de vida, partindo do princípio de que múltiplos elementos influenciam na conquista de uma vida saudável, sejam eles físicos, psicológicos, sociais.

Acreditamos que para aumentar a resiliência, entendida como margem de segurança, nos serviços de saúde, é fundamental compreender os contextos de infância e das famílias que vivem em situação de pobreza, para fortalecer a 'saúde' que existe neles, ou seja, fortalecer a sua capacidade de superar situações de adversidades. Além disso, a integralidade deve ser o norteador das práticas, apoiado por um trabalho em equipe e o foco dever ser na prevenção e

promoção à saúde, visando a autonomia dos indivíduos e coletivos. Para que isso aconteça, são necessárias estratégias de educação que dêem suporte aos profissionais: uma formação profissional comprometida com a realidade social e a valorização da educação permanente em saúde.

5 CAMINHO METODOLÓGICO

Esta pesquisa situa-se no campo social e, portanto, está imersa na problemática abordada por Minayo (2004) sobre pesquisas neste campo. Para Minayo (2004), existem certas especificidades da metodologia em pesquisa social que precisam ser conhecidas; especificidades que tornam este campo polêmico e marcado por debates inconclusivos mas, sobretudo, por singularidades que precisam ser reconhecidas.

Um primeiro tema importante e problemático citado pela autora em questão é da existência ou não da diferença entre métodos empregados pelas ciências sociais e pelas ciências física-naturais e biológica. Minayo (2004), afirmando que esta questão deve ser abordada por ela, mesmo não tendo respostas definitivas, salienta alguns pontos que tornam as Ciências Sociais específicas e as distingue das demais:

1) O objeto das Ciências Sociais é histórico. Este primeiro ponto significa que “as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado.” (MINAYO, 2004, p. 20).

2) O objeto de estudo possui consciência histórica. Para a compreensão deste ponto, Minayo (2004) cita Goldmann e seus conceitos de consciência possível e consciência real:

De acordo com o desenvolvimento das forças produtivas, com a organização particular da sociedade e de sua dinâmica interna, desenvolvem-se visões de mundo determinadas que nem os grupos sociais e nem os filósofos e pensadores conseguem superar. Alguns grupos sociais e alguns pensadores logram sair do nível de 'senso comum' dado pela ideologia dominante, mas, mesmo assim, seu conhecimento é relativo e nunca ultrapassa os limites das relações sociais de produção concretas que existem na sua sociedade. [...] Dessa forma as ciências sociais, enquanto consciência possível, estão submetidas às grandes questões de nossa época e tem seus limites dados pela realidade do desenvolvimento social. (p. 20-21).

3) Há identidade entre o sujeito e o objeto de investigação. As ciências sociais investigam seres humanos, que mesmo com diferenças de classe, faixa etária, etc, têm pontos fortes em comum que os tornam imbricados e comprometidos.

4) Esta ciência é ideológica. Segundo Minayo (2004) hoje existe um consenso de que toda ciência é comprometida, porém existe uma diferença importante entre as ciências sociais e as ciências físicas e biológicas neste aspecto: nas físicas e biológicas existe um distanciamento entre o físico e o biológico em relação ao seu objeto. Sobre a investigação social, a autora em questão afirma que:

na investigação social, porém, esta relação é muito mais crucial. A visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. É uma condição da pesquisa, que uma vez conhecida e assumida pode ter como fruto a tentativa de objetivação do conhecimento. (MINAYO, 2004, p. 21).

5) O objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo. Sobre este aspecto a autora demonstra que o campo social é complexo, não podendo ser apreendido por fórmulas ou dados estatísticos. Ela afirma que qualquer investigação social deveria contemplar esta característica, dessa forma admitindo a complexidade do campo: “isso implica considerar sujeito de estudo: *gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados.*” (p. 22). Implica, igualmente, considerar que o “objeto” das ciências sociais é complexo, multideterminado, contraditório, inacabado, e em permanente transformação. Embora sem assumir qualquer oposição entre abordagens quanti e qualitativas, admitir que pesquisas são “essencialmente” qualitativas traz para o contexto da pesquisa a possibilidade de combinações de desenhos de coleta e análise de dados, conforme requerido pelo objeto da investigação. Assim, retomando a contribuição de Minayo (2004), a metodologia de uma pesquisa inclui a articulação entre conteúdos, pensamentos e existências ou, de outra forma, concepções teóricas que embasam o estudo, o conjunto de técnicas que possibilitam a aproximação com a realidade em estudo e a criatividade do pesquisador, que descreve a implicação do mesmo com o objeto e os modos como propõe a construção intelectual do objeto.

Este estudo tem como metodologia utilizada a pesquisa bibliográfica. De acordo com Köche (1997), a pesquisa bibliográfica

é a que se desenvolve tentando explicar um problema, utilizando o conhecimento disponível a partir das teorias publicadas em livros ou obras congêneres. Na pesquisa bibliográfica o investigador irá levantar o conhecimento disponível na área, identificando as teorias produzidas, analisando-as e avaliando sua contribuição para auxiliar a compreender ou explicar o problema objeto da investigação. (p. 122).

De acordo com Marconi e Lakatos (2001), a pesquisa bibliográfica pode ser utilizada tanto para a resolução de um problema ou como o primeiro passo para qualquer pesquisa científica de laboratório ou de campo, tendo como intenção colocar o pesquisador diante de um grande número de publicações já realizadas até o momento. É fundamental que a escolha dos textos utilizados seja criteriosa, estes devem ser atuais, autênticos, provenientes de fontes confiáveis e devem ter caráter científico. As autoras propõem 8 fases para a realização de uma pesquisa bibliográfica: a) escolha do tema; b) elaboração do plano de trabalho; c) identificação; d) localização; e) compilação; f) fichamento; g) análise e interpretação; h) redação. No caso dessa dissertação, a pesquisa bibliográfica tem relevância na medida em que se pretende compreender o contexto da produção de conhecimentos ditos científicos e, portanto, tomar a disseminação científica como campo empírico é procedimento indicado. Mais do que isso, bases de conhecimento científico e tecnológico embasam a formação e os processos de subjetivação profissional sendo, portanto, um passo importante de aproximação para o contexto das práticas dos profissionais no trabalho.

No presente estudo, optou-se por textos presentes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)². A BVS é uma base de publicações técnicas e científicas com grande abrangência e de uso regular na área da saúde e que indexa publicações das principais bases de dados abertas de uso na saúde. É um projeto mantido pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). É um centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), em cooperação com os Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo, cujo objetivo é a cooperação técnica em informação científica em saúde. Suas bases de dados são recuperadas por um conjunto de dispositivos de pesquisa, que inclui um vocabulário estruturado com Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português, inglês e espanhol, que aumenta a abrangência das pesquisas. No caso desta pesquisa, além da abrangência, a escolha se justifica por essa ser uma das bases de dados mais acessadas por trabalhadores, docentes e estudantes da saúde.

²As bases de dados em saúde e a caracterização da BVS estão disponíveis na Internet no endereço www.bireme.org

5.1 Procedimentos

Primeiramente buscou-se na Biblioteca Virtual em Saúde textos que apresentavam relação com a temática da pesquisa, sejam eles artigos em revistas científicas, dissertações ou teses, a partir dos seguintes descritores: psicologia e sistema único de saúde; psicologia, saúde e família; psicologia, estratégia saúde da família. Como se informou acima, a escolha de descritores na BVS permite o acesso à base completa de documentos. As pesquisas por meio dos dispositivos de busca incidem igualmente no título, nas palavras-chave, no resumo e, em caso de referências com texto completo, no corpo do documento. Buscou-se documentos nas três línguas: português, inglês e espanhol.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos, dissertações ou teses que abordassem a temática psicologia e sistema único de saúde, incluídos na base de pesquisa até o mês de março de 2012. Foram critérios de exclusão: estudos sem acesso ao texto completo e que não tratassem da temática do estudo.

A partir dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, foram selecionados um total de 37 estudos para serem analisados. Os textos foram lidos na íntegra e foram submetidos à análise de conteúdo, tendo sido construídos eixos de análise. No primeiro eixo de análise é realizada uma caracterização do material, no que diz respeito ao ano de publicação, ao formato do estudo – artigo, dissertação ou tese – e ao desenho do estudo – qualitativo, quantitativo ou quali-quantitativo. Importante ressaltar que não foram obtidos resultados nas línguas inglesa e espanhola, abordando a temática psicologia e Sistema Único de Saúde.

A partir do segundo eixo de análise, até o sétimo, os estudos são analisados a partir de elementos que são considerados importantes para um cuidado que pretenda produzir saúde no contexto da pobreza. Estes eixos de análise foram construídos a priori, ou seja, antes da leitura dos textos. No oitavo eixo de análise o objetivo é verificar que outros elementos importantes para o cuidado em saúde emergem a partir dos textos.

Os eixos de análise são:

- 1) Caracterização do material;

- 2) Especificidades dos contextos familiares nas classes populares;
- 3) Integralidade em saúde;
- 4) Trabalho em equipe;
- 5) Estratégias de Educação, que subdivide-se em Formação Profissional e EPS;
- 6) Prevenção e Promoção à Saúde;
- 7) Resiliência em Saúde;
- 8) Outros elementos que emergem dos dados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos dados diz respeito ao total dos trabalhos analisados nesta pesquisa, a saber, 37 textos selecionados a partir dos descritores “Psicologia e Sistema Único de Saúde”; “Psicologia; Estratégia Saúde da Família” e “Psicologia, saúde, família”. Os textos foram selecionados na base de dados BVS e em todos eles há uma relação direta entre psicologia / Sistema Único de Saúde. Os resultados neste capítulo serão apresentados de acordo com os eixos de análise propostos.

Necessário relembrar o objetivo da pesquisa, qual seja de compreender a relação entre a produção de conhecimentos na área da psicologia sobre as particularidades da infância em situação de pobreza e o cuidado em saúde. A pesquisa bibliográfica, nesse caso, além de material empírico para pesquisas em geral, se justifica por ser a disseminação científica um importante dispositivo para a organização de capacidades na formação dos profissionais de saúde. Assim, a abrangência analítica dessa base empírica permite inferir questões relativas aos processos de subjetivação profissional durante a formação e, assim, problematizar também o cuidado no cotidiano do sistema de saúde.

6.1 Primeiro eixo: Caracterização do material

Este eixo de análise tem como objetivo caracterizar o material estudado a partir das seguintes características: ano de publicação, formato do estudo e desenho do estudo.

A primeira característica diz respeito ao ano de publicação. Podemos identificar que o estudo mais antigo presente na BVS a partir dos descritores citados, foi no ano de 1998, com um texto publicado. Nos anos de 2002 a 2004 o número de textos publicados foi de 1 a 2. No ano de 2005 observa-se um aumento para 5 textos. Os anos de 2009 e 2010 foram os anos com maior publicação, 8 em cada ano, e uma queda para 5 publicações sobre a temática no ano de 2011. Até o momento desta pesquisa não havia textos referentes ao ano de 2012 e é provável que ainda estivessem sendo incorporados à base, textos publicados em 2011 mas

com circulação tardia. Embora com pequena relevância numérica, documentos de disseminação científica com as temáticas definidas nos critérios de pesquisa tiveram uma tendência crescente no período. As publicações, de acordo com o ano, podem ser visualizadas no gráfico abaixo.

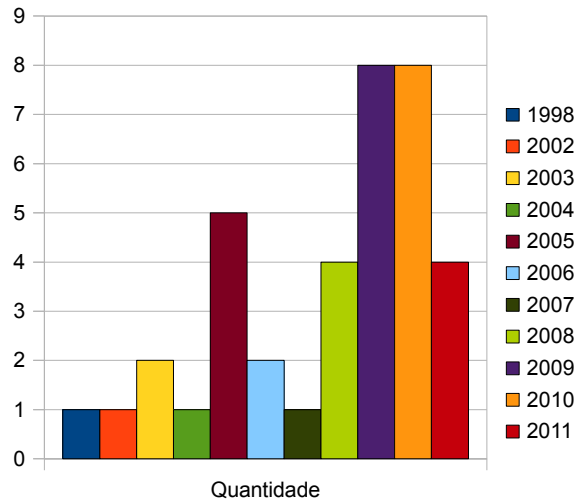


Figura 1: Número de publicações por ano

Fonte: Dados da pesquisa

O segundo dado analisado nesta etapa da pesquisa diz respeito ao formato dos estudos. Como pode-se verificar no gráfico abaixo, a grande maioria dos textos são artigos científicos, totalizando 35 textos, e os demais tratam-se de dissertações de Mestrado.

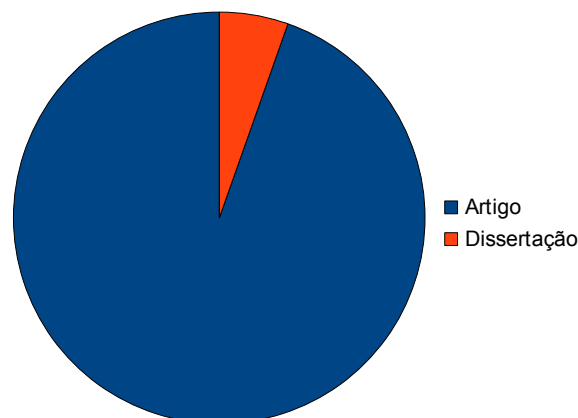


Figura 2: Tipos de trabalho

Fonte: Dados da pesquisa

Em que pese a possibilidade de um viés do próprio banco de dados, que é critério de classificação de periódicos para fins de avaliação da produção científica e, portanto, provavelmente mais demandado por periódicos científicos, esse padrão de distribuição é predominantemente constituído por um formato mais facilmente consumido na formação e no trabalho, já que apresenta sínteses de pesquisas teóricas e empíricas.

O gráfico abaixo mostra uma prevalência de estudos qualitativos, dentre os analisados. A pesquisa qualitativa vem sendo cada vez mais utilizada em pesquisas científicas na área da saúde. Recentemente, em março de 2012, a Revista Ciência & Saúde Coletiva dedicou um número inteiro à temática, abordando um panorama da pesquisa qualitativa na área. Os estudos analisados vão ao encontro desta tendência, que de acordo com Bosi (2012) pode ser compreendida como uma necessidade de se ultrapassar o modelo da ciência positivista:

Dentre outros aspectos, e aceitando-se como premissa que as questões de pesquisa vinculam-se aos problemas da existência humana, esse incremento pode ser compreendido também como resposta a certos desafios, em todos os campos do saber e esferas da vida; problemas esses que transcendem as potencialidades do modelo tradicional, no caso da saúde, o modelo da ciência positiva. (s.p.).

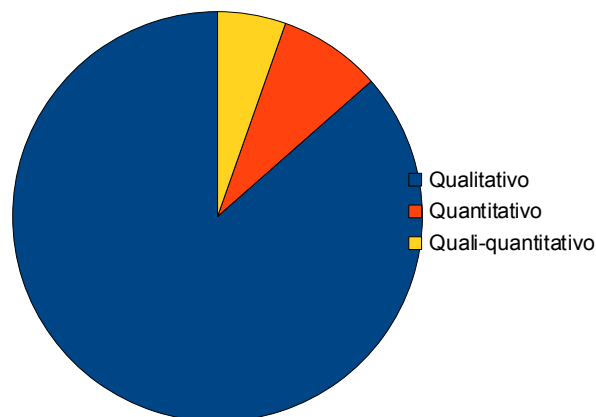


Figura 3: Desenho dos Estudos

Fonte: Dados da pesquisa

Também é uma hipótese provável que esses estudos, com o perfil indicado, apresentem uma tendência inicial, ainda de caráter muito descritivo, para as pesquisas no campo do cuidado, na medida em que as abordagens mais voltadas à integralidade em saúde

ainda estejam em fase inicial.

6.2 Segundo eixo: especificidades dos contextos familiares nas classes populares

O cuidado integral em saúde deve considerar as histórias de vida, familiares e culturais que acompanham o adoecimento. (CECCIM, CAPOZZOLO, 2004 apud FERLA et al. 2010). Através da análise dos textos selecionados, identificamos que, dos 37 textos, 22 mencionam a necessidade de práticas profissionais que considerem o contexto em que o profissional está inserido, conforme demonstra gráfico abaixo, contudo não existem descrições deste contexto em nenhum deles. Mais do que considerar as características que constituem o contexto parece necessário, para superar o modelo de uma ciência de constatação, sistematizar e propor modos de tomá-lo como analisadoras e marcadoras explicativas desse contexto, o que não parece acontecer nos estudos. Mesmo considerando o fato de que esses enfoques de estudo ainda são recentes, como se viu anteriormente, parece relevante destacar que eles ainda são pouco potentes para instrumentalizar práticas de cuidado e constituir processos de subjetivação profissional mais efetivos na ampliação da integralidade do cuidado.

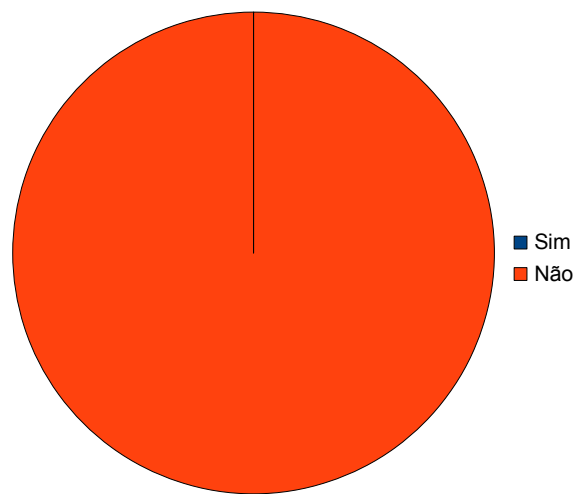


Figura 4: Descrição das especificidades dos contextos familiares

Fonte: Dados da pesquisa

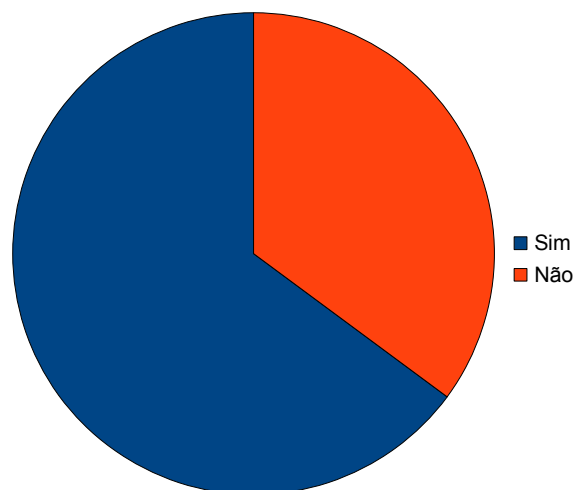


Figura 5: Necessidade de atuação profissional contextualizada

Fonte: Dados da pesquisa

Em nenhum dos textos as características das famílias de classes populares estão descritas/ presentes. Entendemos que este número demonstra que: 1) em um número elevado de estudos já não é considerado suficiente a transposição de teorias e práticas fundamentadas em outras realidades sociais para o contexto do sistema de saúde do país; porém 2) existe a

necessidade da busca de saberes advindos de outros campos do saber, como por exemplo da antropologia, pois os resultados neste eixo de análise sugerem que os conhecimentos sobre a realidade sócio cultural desta parcela da população não estão disponíveis no campo da psicologia.

Spink (2010), em texto recente, com sua experiência de muitos anos no ensino e pesquisa na área da psicologia no contexto da saúde, pode nos auxiliar a entender esta questão. Segundo a autora, a complexidade do campo os saberes teóricos e técnicos já não são suficientes: “A prática no contexto da saúde vai além da mera aplicação de técnicas baseadas em perspectivas teóricas. Embora necessárias, as técnicas devem ser adaptáveis e flexíveis para conseguirem ser capazes de lidar com os aspectos multidimensionais do campo da saúde.” (p. 47).

De acordo com Spink (2010), é necessário levar em consideração a formação ampliada ou a erudição. Sobre a erudição, ela cita Billig (1988 apud SPINK, 2010): “O erudito tradicional partia do pressuposto que deveria ler o mais amplamente possível, e em tantas línguas quanto possível. Por meio de ampla leitura, adquiria-se a extensão e a profundidade de conhecimento, assim como a habilidade de realizar conexões entre fenômenos aparentemente desconexos.” (p. 46-47). Com sua longa experiência pessoal de pesquisa, Spink (2010) relata que a erudição, neste contexto, deve considerar os conhecimentos advindos da Antropologia, Medicina, Política, Sociologia, Administração e da própria Psicologia Social.

Para exemplificar a necessidade da erudição para a prática profissional, a autora em questão relata estudos feitos por uma pesquisadora chamada Florencia Tola na região do Chaco argentino. Esta pesquisadora descreve a forma como algumas pessoas compreendem a existência humana naquela região. Elas acreditam que as pessoas vivem de forma virtual e potencial, e compreendem que parte delas, o “Iqui' i” não fica preso ao corpo. O “Iqui' i” sai do corpo, por exemplo, durante os sonhos. Spink (2010) se pergunta como seria se um psicólogo sem erudição tivesse contato com um usuário que relatasse que está com problemas com o seu “Iqui' i” vagante. A resposta é que provavelmente este usuário seria enviado para o serviço de saúde mental.

Para exemplificar outra situação que comprova a importância da erudição no trabalho em saúde, relato uma situação comentada por Lemke (2009) em sua dissertação de mestrado. Ele relata que em uma reunião na qual estavam presentes responsáveis por instituições que se

ocupam da saúde dos povos indígenas, os gestores da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) estavam incorformados pois havia sido construída uma Unidade Básica de Saúde nova, confortável e bem equipada para os povos indígenas, porém as necessidades dos índios não estavam sendo atendidas. A Unidade Básica de Saúde não estava sendo utilizada e muitas vezes a população mudava o acampamento para longe deles. Neste momento um estagiário de antropologia pediu a palavra e lembrou os gestores que se tratava de um grupo guarani, que tinha costumes nômades. Desta forma, uma Unidade de Saúde fixa não atenderia às necessidades desta população. O estagiário os questionou porque não haviam pensado em uma equipe de saúde itinerante, que pudesse acompanhar a comunidade.

Cito este exemplo para demonstrar que o conhecimento das diferentes realidades culturais é necessário em todos os contextos, não apenas no contexto das famílias de classes populares urbanas. No contexto das famílias, o resultado deste eixo de análise pode explicar o fato destas serem consideradas desestruturadas e desorganizadas pelos profissionais de saúde. Da mesma forma que um usuário que relatar problemas com seu Iqui'i vagante pode ser enviado para um serviço de saúde mental, uma mãe que relata ao pediatra que seus filhos são frutos de diferentes relacionamentos e que parte deles vive com outros familiares provavelmente será vítima de alguns julgamentos morais e sua família será rotulada como desestruturada. Além disso, possivelmente sua presença será considerada de influência nociva para as crianças.

6.3 Terceiro eixo: Integralidade em Saúde

A integralidade em saúde deve ser um norteador para as práticas dos diversos profissionais da área da saúde. A atuação dos psicólogos, no setor público, deve ter como objetivo o cuidado integral à população. Neste eixo de análise, será verificado de que forma este conceito está presente na produção de conhecimento a respeito da relação psicologia e Sistema Único de Saúde. Como pode ser observado no gráfico abaixo, a integralidade em saúde é um fator presente na maior parte dos estudos.

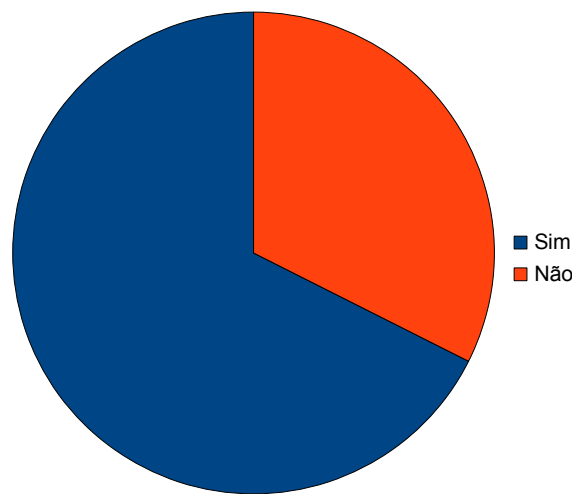


Figura 6: Presença da integralidade em saúde

Fonte: Dados da pesquisa

A integralidade em saúde aparece relacionada a dois fatores principais: o contexto aonde se insere a prática e a interdisciplinaridade. Além disso, os desafios para a integralidade foram identificados, estes referindo-se principalmente a prática profissional nos moldes tradicionais e a uma formação inadequada; mas também relacionados a formas de organização do próprio SUS, no que diz respeito ao seu Sistema de Informações e às políticas de saúde que não incluem o psicólogo em ações de atenção primária à saúde.

Para a realização de um cuidado integral em saúde é fundamental que se conheça e considere nas intervenções o contexto aonde as intervenções serão realizadas. Em muitos estudos a relação entre integralidade e contexto é evidenciada. (FREIRE, PICHELLI, 2010; NUNES, 2009; GUARESHI, DHEIN, REIS, MARCHI, BENNEMANN, 2009; CARNEIRO, 2009). Para Freire e Pichelli (2010), por exemplo, a compreensão dos sujeitos só é possível dentro do seu contexto de vida, unindo olhares de diversas áreas do conhecimento: “embora tenha uma formação específica que lhe atribui um determinado campo de atuação, busca a compreensão de indivíduos em contextos, através de uma atuação interdisciplinar em que contribui com sua especificidade, refletindo, flexibilizando e contextualizando suas práticas.” (p. 646). Da mesma forma, para Nunes (2009), o modo de andar a vida de cada um deve ser respeitado em um cuidado que vise à integralidade: “integralidade implica em respeito à história de vida do semelhante, que precisa ser acolhido e cuidado levando em consideração o seu contexto.” (p. 29). Guareschi et al. (2009) afirmam que: “para que se possa compreender

um sujeito de forma integral, é preciso reconhecer que ele está situado em um determinado contexto histórico e social.”

Na literatura referente à área da saúde coletiva, a importância de incluir as histórias de vida dos sujeitos no cuidado é evidenciada por diversos autores (FERLA et al., 2009; MERHY, FRANCO, 2003), e na área da psicologia, esta relevância é evidenciada especialmente no campo da psicologia social. (DIMENSTEIN, 2001; SPINK, 2010).

A interdisciplinaridade é citada em muitos estudos como sendo a ferramenta que possibilita um cuidado integral em saúde. Para Guareschi et al.:

a integralidade é a afirmativa de que os sujeitos devem ser compreendidos como um todo biopsicosocial [...] a integralidade, desse modo, representa muito mais do que a soma de olhares especializados e efetiva-se somente pela composição de um trabalho em equipes transdisciplinares. A construção de uma proposta como essa exige a desconstrução das barreiras das especialidades das áreas do conhecimento e o rompimento das fronteiras identitárias. (p. 42).

Borges e Cardoso (2005) afirmam que no modelo biomédico não existe a integralidade em saúde pois ações são feitas de acordo com as especialidades e técnicas de trabalho. Segundo os autores, um indício de mudança no modelo assistencial são as demandas por trabalhos em equipes multidisciplinares. Porém os autores afirmam que na prática o trabalho em equipe ainda não acontece. Para Boing e Crepaldi (2010), “para cuidar da saúde de forma integral, torna-se imprescindível que, no primeiro nível de atenção, haja equipes interdisciplinares que desenvolvam ações intersetoriais.” (p. 636).

Apesar da integralidade ser mencionada na maior parte dos estudos, na prática profissional do psicólogo no contexto do SUS existem muitos desafios para ela acontecer. Este achado da pesquisa vai ao encontro do que Franco e Merhy (2006) propõe, ao afirmar que apenas a mudança nos processos de trabalho não garante mudanças no modelo assistencial, mas que é necessária uma mudança na forma de produzir o cuidado em saúde.

6.4 Quarto eixo: Trabalho em equipe

Os limites de um único campo de saber são evidenciados em vários estudos e a

necessidade de um trabalho em equipe é considerada fundamental (GOULART, FREITAS, 2008; CECCIN, ARMANI, OLIVEIRA, BILIBIO, MORAES, SANTOS, 2008; BENEVIDES, 2005; FREIRE, PICHELI, 2010; GUARESCHI et al., 2009; PORTES, MÁXIMO, 2010; CARNEIRO, 2009; CAMARGO-BORGES, CARDOSO, 2005), conforme demonstrado no gráfico abaixo.

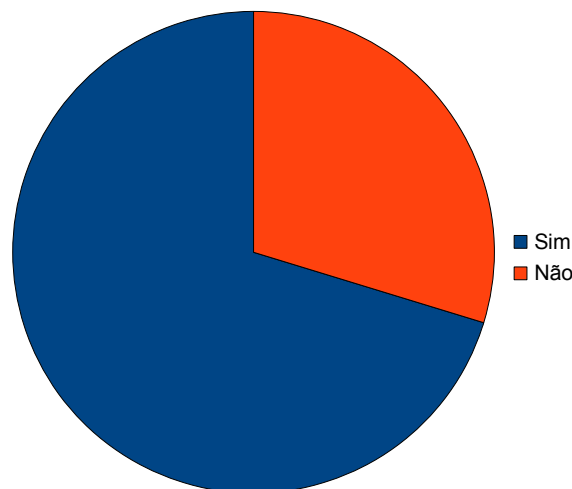


Figura 7: Presença do elemento trabalho em equipe nos estudos

Fonte: Dados da pesquisa

Benevides (2005) afirma que

a psicologia, tal como qualquer outro campo de saber/ poder não explica nada. É ela mesma que deve ser explicada e isto só se dá numa relação de intercessão com outros saberes/ poderes/ disciplinas. É no entre os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível. (p. 23).

Para Freire e Picheli (2010), a compreensão interdisciplinar toma a saúde em um contexto mais amplo, considerando elementos individuais, familiares e sociais. A concepção de que só é possível compreender a realidade através de múltiplos saberes também está presente na dissertação de mestrado de Carneiro (2009), sobre a prática profissional do psicólogo no SUS. Ela afirma que: “somente uma leitura interdisciplinar da realidade é capaz

de promover uma compreensão da realidade saúde-doença-cuidado de uma população, cabendo aos profissionais o desenvolvimento de percepções sobre o contexto sócio-histórico e o processo saúde-doença.” (p. 20).

Porém, existem muitos “resquícios” do modelo biomédico, como nos mostra Camargo-Borges e Cardoso (2009), citando Pedruzzi (2001):

a equipe de saúde muitas vezes se organiza sem um agir comunicativo, que marca as relações hierárquicas de subordinação estabelecidas, valor comum atribuído ao modelo biomédico tradicional de saúde. A equipe multidisciplinar que tem como proposta constituir-se como um espaço para o diálogo e para a troca de saberes muitas vezes tem sido utilizada para o estabelecimento de divisão de trabalho, de papéis, fortalecendo a individualização dos profissionais em detrimento das relações horizontais e coletivas. (p. 29).

Boing e Crepaldi (2010) realizaram pesquisa documental nas políticas de saúde, sobre atuação do psicólogo na atenção básica e perceberam que o psicólogo é tido exclusivamente como especialista, com atuação nos níveis secundário e terciário e atenção. As autoras entendem especialista como profissional de certa formação acadêmica e cujas práticas são pautadas pelo paradigma tradicional da saúde. As autoras argumentam que o psicólogo desconhece seu potencial como profissional de saúde geral, que mesmo tendo uma formação específica busca a compreensão dos indivíduos em seus contextos, e que contribui com sua especificidade em uma prática interdisciplinar, sendo esta compreensão necessária para um cuidado integral em saúde.

Em alguns dos textos selecionados o papel da psicologia no SUS, em um contexto de trabalho interdisciplinar, apareceu como ligado ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). O Nasf foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008, com a portaria Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008. Sendo a Saúde da Família porta de entrada prioritária para o Sistema de Saúde, o NASF tem como objetivos: “apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária bem como sua resolutividade.” (BRASIL, 2012b, s.p.).

O NASF está dividido em nove áreas estratégicas, sendo que a saúde mental é uma delas. As demais áreas são: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da criança/ do

adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

As equipes de saúde da família e equipes do NASF têm papel definido:

A equipe do NASF e as equipes da saúde da família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado. Como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família. (BRASIL, 2012b, s.p.).

Boing e Crepaldi (2010) em sua análise documental nas políticas de saúde, identificaram que o psicólogo tem como papel o apoio matricial às equipes de SF. As autoras apontam que as ações descritas na documentação como responsabilidade do profissional matriciador (incluindo o psicólogo) exigem contato frequente destes profissionais com a equipe de Saúde da Família e com a comunidade, como por exemplo desenvolvimento de ações conjuntas, na proximidade e estabelecimento de vínculo com as famílias e na priorização de abordagens coletivas. Porém, algumas características do apoio matricial, como a limitação do contato do profissional matriciador e a equipe de saúde e a comunidade, e a indicação por parte da equipe de casos específicos para encaminhar para discussão com o psicólogo, fazem com que o trabalho do psicólogo fique restrito ao lugar de especialista, mantendo a forma tradicional de cuidado em saúde, ou seja, o modelo biomédico, focado no sintoma, na doença:

o modelo de apoio matricial, apesar de se referir à atuação direta com os profissionais de saúde da família e de abranger ações características de atenção básica, representa, em função do processo de trabalho preconizado, uma atuação característica de especialidades, circunscrita, portanto, ao nível secundário de atenção. O tempo e o contato restritos, no processo de trabalho, impedem a equipe de apoio matricial de participar do cotidiano das equipes de saúde da família e da comunidade, inviabilizando a vinculação e a efetivação das ações previstas. (p. 642).

Apesar destas dificuldades apontadas por Boing e Crepaldi (2010), ações efetivas de prevenção e promoção à saúde estão sendo efetivadas através da participação de psicólogos no NASF. É o caso por exemplo do estudo de Sundfeld (2010), que tem como título “Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência”. Ela afirma que a proposta da ESF de privilegiar ações de prevenção e promoção à saúde, a partir

de saberes de diversos profissionais, tem a capacidade de promover processos reflexivos e desta forma um saber-fazer criativo. O papel da psicologia nos NASF mostra-se importante, pois

pode contribuir para a efetivação de uma clínica ampliada na rede básica, crítica aos modelos ditos saudáveis, na maioria das vezes ortopédicos e modeladores, aberta a experimentações e ocupada em religar clínica-política- produção de modos de vida a experimentações e ocupada em religar clínica-política- produção de modos de vida. (SUNDFELD, 2010, p. 1079).

A forma de gestão dos serviços pode ser um desafio para a interdisciplinaridade: “constata-se que o modelo gerencial instituído permite a fragmentação, a estruturação do serviço conforme as distintas categorias profissionais, contrariando o proposto pelo sistema.” (GOULART, FREITAS, 2008, p. 218).

Percebe-se também que em algumas vezes o conceito de um trabalho interdisciplinar não está claro para os profissionais. Em um dos textos selecionados, por exemplo, é feito um relato de uma experiência de estágio. O estudante relata a importância da interdisciplinaridade e de como o estágio possibilitou uma inserção na perspectiva multidisciplinar. No relato das atividades realizadas, que consistiam em grupos com adolescentes, profissionais de diversas áreas trabalhavam juntos, porém estes “se intercalavam nas intervenções.” (SILVA, OLIVEIRA, FRANCO, 1998, s.p.). Mantem-se, neste caso, a perspectiva das especialidades, no modelo tradicional, aonde cada especialista fala do seu campo de saber.

6.5 Quinto eixo: Estratégias de educação

6.5.1 Formação profissional

A formação profissional é discutida na maior parte dos textos, conforme gráfico abaixo. Citada em 23 dos textos analisados, a formação profissional aparece como um grande desafio à integralidade em saúde e é de um modo geral considerada inadequada e voltada para a prática clínica.

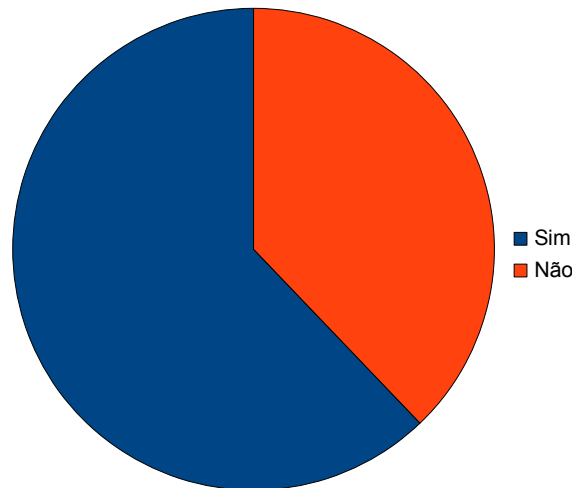


Figura 8: Presença do elemento formação profissional

Fonte: Dados da pesquisa

As práticas profissionais parecem refletir um modelo de formação profissional, voltada para o atendimento clínico. Em um dos estudos analisados, fica claro que este modelo de formação está presente nos cursos da área da saúde em geral:

Um imaginário liberal-privatista atravessa o que se ensina sobre saúde desde a educação infantil até a pós-graduação das áreas clínicas em saúde, uma concepção marcada pela prática de consultório, pelo atendimento individual embasado na díade diagnóstico-prescrição, tendo a doença como referência e o curativismo biologicista como paradigma. (CECCIN et al., 2008).

Este modelo de formação não fornece os instrumentos necessários para a atuação profissional no contexto do SUS. Para Guareshi et al. (2009), há a necessidade de reestruturações e incorporações curriculares de conteúdos que abordem a temática da Saúde para formar profissionais para o SUS. Freire e Pichelli (2010), da mesma forma, afirmam que faltam instrumentos teórico-metodológicos que sirvam como guia para as intervenções dos psicólogos no contexto da saúde coletiva. Azevedo, Tatmatsu e Ribeiro (2011), sobre o processo de interlocução dos psicólogos com a saúde coletiva, afirmam que este “vem sendo problemático e remete a uma formação que ainda não tem fornecido a preparação necessária para a atuação em consonância com o SUS.” (p. 241).

A formação voltada para a clínica tradicional é evidenciada por vários autores. Para Freire e Pichelli (2010), a formação é deficitária no que concerne os problemas sociais e voltada para o molde clínico-individualista, fundamentada no modelo biomédico hegemônico, afastando os profissionais da reflexão e discussão acerca dos problemas sociais e das políticas públicas. Nunes (2009), constata em seu estudo sobre prática profissional do psicólogo na rede básica que as atividades são calcadas no modelo da assistência psicoterápica individual. Ela afirma que o desconhecimento sobre os serviços públicos dificulta a atuação profissional neste contexto, que deveria priorizar o trabalho em equipe e ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde, e facilita a prática descontextualizada. Sobre a causa deste desconhecimento, a autora afirma que se deve “em parte devido à inadequação do processo formativo às necessidades do SUS.” (NUNES, 2009, p. 114).

Souza e Cury (2009) também percebem um grande distanciamento entre a formação profissional e a realidade da rede pública de saúde e apontam a necessidade de docentes qualificados:

não basta promover uma inserção precoce do aluno de psicologia no campo da saúde pública, é essencial que haja docentes qualificados, com formação para prover aos estudantes fundamentação contextualizada tanto em relação ao significado do SUS para a sociedade brasileira quanto em relação ao impacto da trajetória da psicologia na saúde pública nas várias esferas. (p. 1430).

As teorias baseadas em um modelo psíquico universalizante também parecem predominar na formação profissional, teorias inadequadas para a compreensão dos sujeitos em sua singularidade. Alguns dos estudos analisados apontam esta dificuldade:

A formação do psicólogo é permeada por dicotomias consciente- inconsciente, sujeito-objeto, interior-exterior, indivíduo-sociedade, neutralidade-envolvimento, mente-corpo. Além disso, privilegia um modelo psíquico universalizante, fortemente representado por perspectivas de desenvolvimento humano que modulam a saúde do sujeito e desenham as margens e os limites das transgressões possíveis. (SUNDFELD, 2010, p. 1092).

Da mesma forma, Guareshi et al. (2009) afirmam que o SUS visibiliza a concepção de saúde pautada não mais na simples ausência de doença, mas na promoção das condições de vida dos sujeitos, lançando assim um olhar integral que abarque os diversos contextos sociais

e culturais em que os indivíduos estão inseridos. O trabalho do psicólogo neste contexto deve ir além das práticas clínicas, individuais, práticas estas que norteiam a formação deste profissional. Para os autores, o trabalho do psicólogo como um profissional da saúde, deve ser o de promover condições de vida dos sujeitos, independentemente da formulação de diagnósticos psicológicos. Porém, o que se evidencia é uma incompatibilidade dessa perspectiva com o caráter assumido pela Psicologia voltada para o diagnóstico preciso dos transtornos psiquiátricos, o que, muitas vezes, acaba reduzindo as possibilidades de vida dos sujeitos àquilo que diz respeito à sua doença, não direcionando um olhar para a diversidade e multiplicidade de histórias de vida e singularidades.

Guareshi et al. (2009), com a finalidade de avaliar como os cursos de Psicologia têm se estruturado para atender à estas demandas, realizaram um levantamento de seis cursos de Psicologia para identificar as disciplinas direcionadas às questões de Saúde presentes. As autoras verificaram que existem 3 eixos principais de disciplinas presentes nos currículos dos cursos: Biomédicas; Avaliação Psicológica e Psicopatologia; Psicologia Social e Comunitária.

No eixo biomédicas, prevalece um estudo voltado para o estudo dos distúrbios e transtornos, que da forma como estão estruturadas as disciplinas vão de encontro às diretrizes do SUS:

Como consequência do aprendizado desse modelo biológico [...] proposto nos programas das disciplinas deste eixo, pode-se estabelecer a dificuldade para que tais currículos formem profissionais de Saúde para o SUS que atuem a partir da concepção de saúde implicada com o cuidado e promoção das condições de vida dos sujeitos e não fundamentados na dicotomia saúde/doença. (GUARESHI et al., 2009, p. 39).

No eixo Avaliação Psicológica e Psicopatologia, o foco também é na identificação de distúrbios e no tratamento de doenças: “a Psicologia, por meio dos testes e da avaliação psicológica, nesse primeiro momento vai estruturar-se fortemente em um modelo biologicista: identificação de distúrbios e transtornos com uma atenção direcionada principalmente para a compreensão e o tratamento de doenças.” (GUARESHI et al., 2009, p. 40).

O eixo Psicologia Social e Comunitária apresenta discussões que se aproximam mais da lógica do SUS, por preocuparem-se com a promoção das condições de vida e com as transformações sociais. Este eixo, porém, é o que apresenta menos disciplinas nos cursos. Este fato nos mostra a força ainda presente do modelo biomédico hegemônico presente na formação dos psicólogos.

As autoras apontam 3 pontos em que a psicologia deve repensar o seu fazer. O primeiro diz respeito à dicotomização do psíquico e do físico, demonstrado pela prevalência de disciplinas voltadas ao psicodiagnóstico e avaliação psicológica. Esta dicotomização, segundo as autoras, vai contra os princípios do SUS de equidade e integralidade.

O segundo ponto refere-se ao conceito de saúde com o qual a psicologia opera. O conceito de saúde atual, preconizado pelo SUS, como mencionado anteriormente, refere-se não a simples ausência de doença, mas na promoção de saúde e das condições de vida das pessoas. O foco de um trabalho voltado para o diagnóstico e tratamento de transtornos psiquiátricos é incompatível com este conceito.

O terceiro ponto citado pelas autoras fala da importância de um posicionamento ético-político para a devida compreensão dos sujeitos. Dentro deste ponto, as autoras referem como necessário um trabalho transdisciplinar.

No I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS (BRASÍLIA, 2006), foram discutidas, entre outras, propostas relacionadas a formação do psicólogo para o trabalho na saúde. Foi apontada a necessidade de mudanças no sentido de uma formação que vá ao encontro das Diretrizes curriculares Nacionais (DCNs) e que estabeleça um diálogo com as políticas de educação e desenvolvimento para o SUS propostas pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Como objetivo desta formação, busca-se formar profissionais críticos, capacitados para trabalhar de acordo com as diretrizes do SUS, dentre elas a integralidade, o trabalho em equipe, conhecendo a realidade social, além de um trabalho ético e com rigor técnico.

Neste Fórum, a hegemonia do modelo biomédico e de visões individualistas são reconhecidas, mas uma visão otimista das possibilidades de mudanças pode ser verificada:

Mesmo que ainda haja uma clara hegemonia da visão individualista e do modelo clínico biomédico no ensino, é importante considerar que as instituições de ensino superior estão, de alguma forma, abertas a demandas sociais e com capacidade de produzir conhecimento relevante e útil para a construção do SUS, e que são meios e fins na construção de novos saberes e fazeres que contemplem a transformação do modelo de atenção, ao fortalecer a promoção e prevenção, a proteção e a reabilitação nos níveis individual e coletivo e assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua, entendendo a necessidade da atenção integral e a busca da autonomia do sujeito na produção de saúde. (BRASÍLIA, 2006, p. 26)

Além do estudo realizado por Guareschi et al. (2009), citado anteriormente, outros estudos analisados tiveram como tema principal a formação profissional do psicólogo e para isso utilizaram a metodologia da análise documental. Azevedo et al. (2011), realizaram estudo

com o objetivo de analisar a proposta de formação para a atuação na atenção primária. Para o estudo foram analisados projetos político pedagógicos de cursos de graduação em psicologia de Fortaleza. Os autores constataram que:

mesmo com a recente reestruturação curricular, a formação do psicólogo ainda é permeada hegemonicamente por uma proposta clínica tradicional, ofertando uma relevância mínima às questões referentes ao sistema de saúde vigente no país, mesmo este se configurando, desde a década de 1980, como a área de maior abrangência entre os profissionais de psicologia. (AZEVEDO et al., p. 259).

Portes e Máximo (2010), em pesquisa realizada em Santa Catarina, constataram que houve uma aproximação da formação acadêmica com o contexto do SUS, após as DCN, mesmo que tímidas. Segundo os autores, um dos exemplos disso foram os estágios curriculares, que estão iniciando a partir da metade do curso, aproximando os acadêmicos da realidade social e proporcionando maior interdisciplinaridade.

6.5.2 Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) não é um elemento cuja presença é significativa nos estudos analisados, como pode ser verificado no gráfico abaixo.

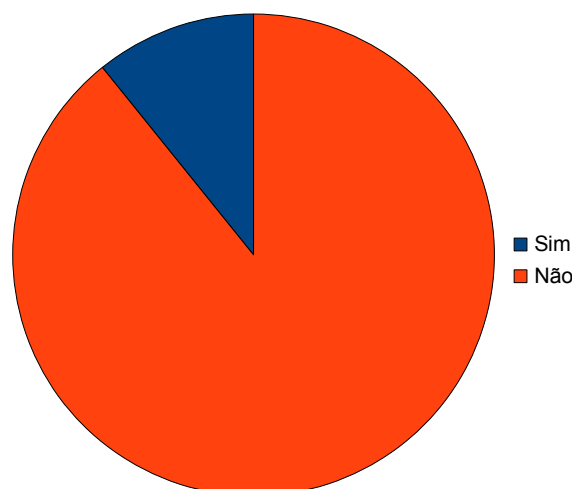


Figura 9: Presença do elemento Educação Permanente em Saúde

Fonte: Dados da pesquisa

A EPS é considerada em apenas quatro estudos. Destes, dois apenas a mencionam. Os outros dois estudos tratam-se de dissertações de mestrado cujo foco central é a prática profissional do psicólogo no contexto do SUS, relacionada com a formação profissional.

No primeiro deles, Nunes (2009), em sua dissertação de mestrado sobre os desafios e práticas dos psicólogos na rede básica de saúde do município do Rio de Janeiro, afirma que a Educação Permanente em saúde é fundamental para a discussão e mudança na atuação do psicólogo na rede que tem contribuído significativamente para a integralidade em saúde no Rio de Janeiro, com iniciativas como Fóruns de Saúde Mental e Supervisões no Território. A autora afirma:

Entende-se que estas propostas de Educação Permanente são potentes estratégias clínicas e gerenciais. Colocam em discussão a análise não somente o processo de trabalho como também os profissionais em atuação a partir da reflexão do cuidado ofertado e de si mesmos. Têm viabilizado a construção de um diálogo entre os serviços em prol do desenvolvimento de parcerias de trabalho, de um trabalho em equipe multiprofissional intra e extra-serviços e a promoção da articulação de redes, fundamentais para o desenvolvimento do processo de trabalho no SUS. (NUNES, 2009, p. 115).

No segundo, Carneiro (2009), constatou, em sua dissertação sobre a prática profissional do psicólogo no SUS, que a atividade desenvolvida pelos profissionais é predominantemente clínica com tímidas práticas inovadoras e constata papel fundamental da EPS:

Mudanças sólidas e sustentáveis pressupõe a ampliação da orientação teórica do profissional voltada para o conceito ampliado de saúde. Constatou-se que esta aprendizagem está acontecendo baseada no cotidiano do próprio trabalho, mas raramente reflete-se em ações coordenadas em equipe. Para que tal ocorra os psicólogos e demais membros das equipes precisam de oportunidades que problematizem seus processos de trabalho. Transformar o serviço de saúde em um cenário de aprendizagem significa apropriar-se das estratégias de EPS, o que não ocorre sem apoio da gestão municipal. (CARNEIRO, 2009, p. 69).

O potencial da Educação Permanente em Saúde é muito grande para promover reflexões e mudanças na prática profissional no contexto do SUS, possibilitando a problematização das práticas de saúde aonde uma “reforma do pensamento” se faz necessária. Um exemplo desta necessidade é o trazido por Sundfeld (2010), que faz uma proposta de clínica ampliada para atuação do SUS, porém ressalta que novas diretrizes são insuficientes:

Não basta lançar novas diretrizes para a saúde como o conceito de clínica ampliada,

pois este pode apenas encobrir velhas práticas e procedimentos interpretativos. A reforma da assistência pressupõe a reforma do pensamento de seus atores: profissionais e comunidade e, sobretudo, um sim às incertezas e inventividade do cotidiano. (p. 1094).

A EPS é um espaço privilegiado para esta reforma do pensamento, pois a transformação das práticas profissionais acontece a partir da reflexão dos próprios profissionais, como nos mostram Ceccim e Jaeger (2004). De acordo com Ricardo B. Ceccim e Maria L. Jaeger, autores do texto original da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004), ao contrário do que pode parecer, a atualização técnico-científica dos profissionais não é o foco central da educação permanente, mas apenas um dos seus aspectos:

a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho. (p. 10).

Desta forma, partindo do princípio de que a educação permanente deve acontecer de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar, tem-se como objetivos: a) democratização institucional; b) o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; c) o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde; d) o trabalho em equipes matriciais; e) a melhoria permanente da qualidade do cuidado em saúde e f) a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas. (BRASIL, 2004).

Cabe ressaltar que existem diferenças importantes entre educação continuada e educação permanente. No contexto específico da Educação Permanente em Saúde, como definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), é importante verificar que estas diferenças vão desde o pressuposto pedagógico até as atividades educativas.

Ceccim, em seu texto Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário (2004/2005), nos mostra que a Educação Permanente em Saúde, pode configurar, para muitos educadores, um desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, que baseiam-se nos princípios descritos por Paulo Freire em sua obra sobre educação. Para outros educadores configura um desdobramento do Movimento Institucionalista, seguindo idéias de René Lorau e George Lapassade, quando propõe-se que a noção de recursos humanos seja substituída pelo conceito de coletivos de produção. Para outros, a Educação

Permanente em Saúde constitui-se como um desdobramento decorrente de mudanças na formação dos profissionais da saúde, da educação continuada e da educação formal dos profissionais da área.

Ceccim (2004/2005) destaca:

aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção). (p. 162).

6.6 Sexto eixo: Prevenção/ promoção à saúde

Os conceitos de prevenção e promoção à saúde aparecem em mais da metade dos textos selecionados, sinalizando que estão sendo considerados na produção da área, como pode ser observado no gráfico abaixo.

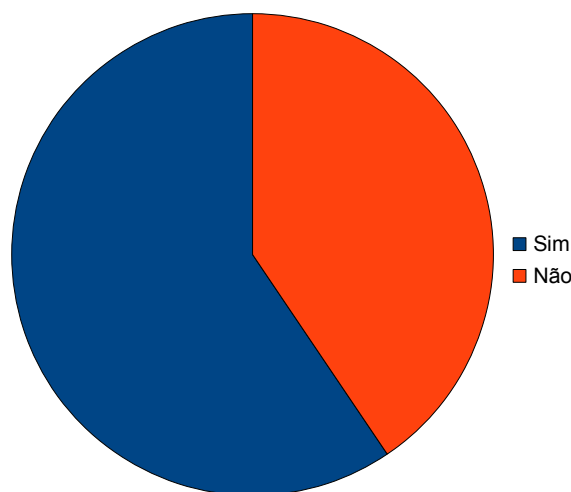


Figura 10: Presença dos elementos prevenção e promoção à saúde

Fonte: Dados da pesquisa

Porém, na maioria dos estudos estes termos são apenas citados, sugerindo que há a necessidade de que os profissionais da psicologia se apropriem destes conceitos, e possam utiliza-los como ferramentas para fortalecer indivíduos, famílias e comunidades que vivem em situações desfavoráveis.

Nos estudos que exploram mais estes conceitos, eles estão associados a autonomia dos sujeitos. (SUNDFELD, 2010; RAMOS, MASSIH, 2010; SOUZA, CARVALHO, 2003; FRANÇA, VIANA, 2006). Sundfeld (2010), afirma que:

o princípio da autonomia indica uma abertura à convivência com o outro, pautada em valores que respeitem a alteridade e a livre escolha. Implica a construção de espaços coletivos de troca que possibilitem o enriquecimento da comunidade e dos profissionais envolvidos, através do conhecimento do cotidiano, das estratégias locais, das possibilidades de cada sujeito. (p. 1081).

Segundo a autora, a autonomia é um princípio norteador da promoção à saúde e implica em respeito à singularidade e aos modos de vida dos usuários. Implica também no combate à crescente medicalização dos indivíduos e na moralização da vida. Porém, ela alerta para o cuidado necessário de não se permitir que os conhecimentos da psicologia sejam utilizados para uma normatização da vida:

os conhecimentos psicológicos podem tornar-se mecanismos voltados para a prescrição de modos de ser ou estilos ditos saudáveis de vida, sem que se leve em conta, entretanto, certos efeitos, como o enfraquecimento dos sujeitos e a colaboração com mecanismos de controle e disciplinarização. Nesta linha de ação, a comunidade é enfraquecida, chegando os sujeitos a serem imobilizados numa armadilha que supostamente representa a libertação ou o alívio do sofrimento. (SUNDFELD, 2010, p. 1091).

Podemos perceber que existem resultados positivos de ações dos psicólogos na prevenção e promoção em saúde (SUNDFELD, 2010), como também observações sobre a pouca participação dos profissionais da psicologia em ações neste nível. Carneiro (2009), por exemplo, observa que a participação dos psicólogos na prevenção e promoção à saúde é muito pequena e Nunes (2009) afirma que as maiores dificuldades dos psicólogos em realizar ações neste âmbito são decorrentes de uma formação profissional voltada para a prática clínica e pela falta de conhecimento dos profissionais acerca dos serviços públicos.

Souza e Carvalho (2003) mostram um caso de resultado positivo do trabalho da psicologia norteador pelos conceitos de prevenção e promoção à saúde, em uma cidade do

interior de Minas Gerais. Segundo as autoras, o município tem sido palco de diversas mudanças na organização do modelo de saúde coletiva e as melhorias na qualidade de vida da população é visível. Percebe-se a presença de diversos elementos importantes neste relato de experiência de estágio em psicologia: atividades interdisciplinares, intervenções norteadas pela integralidade e promoção da qualidade de vida e no ganho de autonomia por parte da população. Dentre as atividades realizadas, estão a participação no planejamento estratégico das equipes de Saúde da Família, participação em projetos de Educação em saúde, grupos programáticos, etc. O foco no contexto e nas necessidades da população é visível, demonstrando que a ESF possibilita o conhecimento do contexto singular de vida das famílias: “as intervenções do PSF procuraram se basear nas características particulares das pessoas atendidas. Na prática do inquérito e das visitas domiciliares era possível conhecer a realidade das famílias.” (p. 522). No estado de Minas Gerais, segundo as autoras, as equipes de SF tem o suporte do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, desde 1998, quando foi estabelecido um convênio entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais. Este suporte possibilita reflexão sobre as práticas profissionais e fornece ferramentas para atuação neste contexto. Novamente o papel importante da Educação Permanente em Saúde é enfatizado.

6.7 Sétimo eixo: Resiliência em Saúde

O conceito de resiliência apareceu em dois textos recuperados a partir dos descritores “Psicologia, Sistema Único de Saúde”; “Psicologia, Estratégia Saúde da Família” e “Psicologia, Saúde, Família”, um número bastante reduzido como pode ser visualizado no gráfico abaixo.

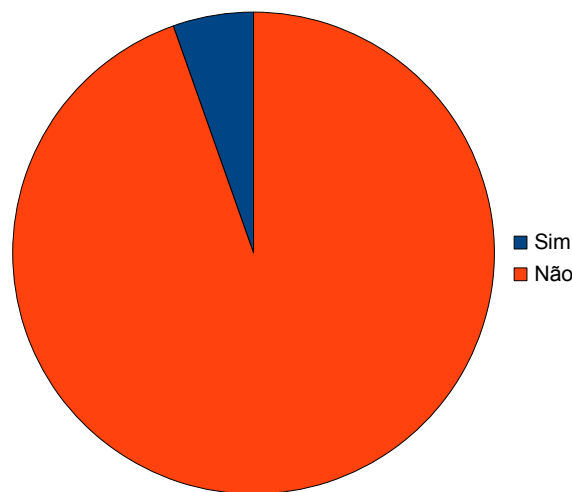


Figura 11: Presença do elemento resiliência

Fonte: Dados da pesquisa

O primeiro deles trata-se das crenças dos agentes comunitários de saúde a respeito da resiliência de famílias monoparentais de baixa renda. (YUNES, GARCIA, ALBUQUERQUE, 2007). O segundo diz respeito à “encontros transformadores” que promovem a resiliência entre moradores de rua e profissionais. (ALVAREZ, ALVARENGA, DALLA RINA, 2009).

Yunes e cols (2007), em pesquisa com agentes comunitários de saúde identificaram que os mesmos apresentam crenças pessimistas em relação às famílias monoparentais pobres, caracterizando-as como desestruturadas e acomodadas à situação de pobreza. Os profissionais apresentaram crenças pessimistas também sobre a capacidade destas em serem resilientes. Aqui a resiliência é entendida como os “processos que explicam a superação de adversidades” (p. 444) e a sua origem é atribuída à física. As autoras constataram a importância de transformar a percepção dos agentes comunitários de saúde, que trabalham diretamente com as famílias. Neste estudo a abordagem da resiliência é utilizada de uma maneira tradicional, baseada nos conceitos de fatores de risco e fatores de proteção. A sua maior contribuição parece ser a de revelar que as crenças pessimistas de profissionais à respeito de famílias pobres incluem também as crenças dos agentes comunitários de saúde, profissionais que moram nas mesmas regiões das famílias. Outro estudo selecionado para análise demonstra que as crenças pessimistas parecem estar presentes em todas as categorias profissionais. Blanques (2011) em entrevistas com profissionais da Estratégia Saúde da Família, constatou que a concepção dos mesmos à respeito das pessoas da população é através

do estereótipo de carentes, “o que implica em relação de ajuda como preenchimento das carências em uma identificação/empatia com a dor de não ter.” (p. 825).

As crenças negativas à respeito das famílias de classes populares, que parecem ser decorrentes do desconhecimento sobre as suas múltiplas formas de organização, foi descrita por Fonseca (2006), que afirma que grande parte dos estudos feitos sobre grupos familiares populares enfatizam as faltas, carências e aspectos negativos, acreditando que existe um sensacionalismo sobre a questão da pobreza, especialmente sobre as crianças pobres. Segundo a autora, ainda hoje é feita uma cadeia de associações, onde a criança pobre é igual a menino de rua e este é igual a menor infrator ou criança abandonada. Percebe-se que através desta perspectiva os aspectos positivos parecem inexistentes, como afirma Fonseca (2006):

quando se volta o olhar para o contexto social de onde a criança saiu, é para procurar 'causas', invariavelmente psicológicas, que explicam 'por que ela se deu mal'. As famílias, vizinhanças e redes sociais destas crianças são rotuladas de antemão de 'patológicas', 'desorganizadas' - de influência nociva. (p. 13).

O segundo estudo que trata do tema da resiliência (ALVAREZ, ALVARENGA, DALLA RINA, 2009), traz contribuições importantes. Ele demonstra o potencial do conceito para direcionar ações com populações em situações de exclusão, afastando-o de abordagens relacionadas à psicopatologia e a psiquiatria às quais as abordagens tradicionais que tratam do conceito de resiliência estão relacionadas. O estudo traz contribuições para nossa proposta de ressignificação do conceito para atender às demandas do complexo campo da saúde, colocando em evidência o papel do afeto para fortalecer a resiliência dos indivíduos.

Alvarez, Alvarenga, Della Rina (2009) definem a resiliência como “a capacidade humana de fazer frente às adversidades da vida, superá-las e sair delas fortalecidos e, inclusive, transformados.” (p. 259). O “encontro transformador” é definido pelas autoras como “interação entre os seres humanos que possibilita a transformação dos envolvidos, no sentido de despertar suas potencialidades, a retomada do sentido da vida, promovendo-lhes a resiliência.” (p. 259). No contexto do estudo citado, o “encontro transformador” acontece entre moradores de rua e de professoras aposentadas, porém as contribuições do estudo podem ser utilizadas no contexto de usuários e profissionais de saúde.

Nos encontros transformadores, que promovem a resiliência, há uma forma específica

de interação entre as partes envolvidas, baseada em *Ágape*, que é definido como “amor às outras pessoas humanas, amor ao próximo.” (BOLTANSKI, 1990 apud ALVAREZ, ALVARENGA, DELLA RINA, 2009). No caso das professoras, elas foram consideradas como “outro significativo” ou “próximo devotado”, inspiradas em Winnicott, e como portadoras das características do amor *Ágape*, como definidas por Boltanski, por conseguirem se aproximar dos moradores de rua, aceitando-os como eram e não como gostariam que fosse, os amando e se adaptando para atender às necessidades deles. Desta forma, os moradores sentiram-se incondicionalmente aceitos, acolhidos, cuidados e iniciaram seus processos de transformação, de despertar de suas potencialidades. A importância da empatia é evidenciada:

Trata-se de compreender com a outra pessoa [...] É necessário deixar tudo de lado, menos nosso senso de humanidade, e somente com ele tentar compreender com a outra pessoa como ela pensa, sente e vê o mundo ao seu redor. Significa nos livrarmos de nossa estrutura interna de referência, e adotar a do outro. A questão não é discordar ou concordar com ele, mas compreender o que é ser com ele. (BENJAMIN, 1988, apud ALVAREZ, ALVARENGA, DELLA RINA, 2009, p. 265).

A aceitação do outro também é considerada fundamental para a transformação:

Esta (a professora), aceitando-o tal qual ele se apresenta, abrindo-lhe um lugar em si mesma, o faz sentir-se banhado nessa aceitação incondicional, incomensurável. Sentindo-se livre, sem cobranças, o morador de rua confia naquela que ali está, abre-se ao encontro no espaço potencial, espaço da confiança. Sob o influxo dessa liberdade, dessa aceitação, ele se abre para o movimento que o levará ao inventário de seus próprios atos (ALVAREZ, ALVARENGA, DELLA RINA, 2009, p. 267).

Podemos relacionar o “encontro transformador” com o momento do Trabalho Vivo em Ato (MERHY, FRANCO, 2003), ou seja, o trabalho no momento em que é produzido, aonde o papel das relações é mostrado como fundamental para a produção do cuidado em saúde e o vínculo com os usuários ocupa papel central rumo à integralidade no cuidado.

A partir destes textos podemos identificar que o conceito é utilizado em abordagens mais tradicionais, baseado nos fatores de risco e de proteção, mas o segundo estudo confirma que existem outras possibilidades para a utilização do conceito, que vão ao encontro das diretrizes do SUS. Os encontros transformadores aproximam-se do Trabalho Vivo em Ato e a importância destes encontros demonstrada por Alvarez, Alvarenga, Della Rina (2009) pode confirmar o papel central que o Trabalho Vivo em Ato deve ocupar. A relevância destes

encontros transformadores e a forma como eles produzem importantes transformações nos indivíduos nos mostra que talvez possamos falar de amor ao nos relacionarmos com os usuários.

6.8 Oitavo eixo: Elementos que emergiram dos dados

O principal elemento que emergiu dos textos foram os desafios e obstáculos, seja para a integralidade, a interdisciplinaridade ou a prevenção e promoção em saúde. Estes dizem respeito especialmente a uma formação inadequada (já discutida em item anterior) e consequentes práticas profissionais descontextualizadas, ao SIA/SUS e a Políticas de Saúde que consideram o profissional de psicologia apenas como especialista.

6.8.1 Prática profissional descontextualizada

Práticas profissionais descontextualizadas, que parecem ser uma transposição do modelo clínico para o setor público são um grande desafio para a integralidade em saúde e parecem refletir um modelo de formação profissional voltado para a prática clínica individual. Elementos considerados fundamentais para uma prática profissional no contexto do SUS não foram mencionados em vários dos estudos selecionados, mesmo que os estudos refiram-se a prática profissional do psicólogo neste contexto. Em vários estudos todos os elementos que serviram como eixos de análise, a saber: as especificidades dos contextos familiares, a integralidade em saúde, as estratégias de educação, a prevenção e promoção à saúde, o trabalho em equipe, foram desconsiderados (SILVA et al., 2009; MENDES, CEOTTO, 2011; TAVARES, 2010; VANNI, MAGGI, 2005; FRANCO, MOTA, 2003; FRANCO, BASTOS, 2002; PRATES, NUNES, 2009); sugerindo uma distância entre as diretrizes do SUS e a prática em psicologia no contexto.

A atuação dos profissionais da psicologia, no contexto do SUS, em um modelo clínico individual é evidenciada em diversos dos estudos analisados. (DIMEINSTEIN, 2001; FREIRE, PICHELLI, 2010; CLEMENTE et al., 2008; COSTA, OLIVO, 2009; MARÇAL,

SILVA, 2006). Dimeinstein (2001) afirma que a principal atividade dos psicólogos é o atendimento clínico individualizado, ou seja, a psicoterapia e afirma: “é como se sua especificidade profissional em relação a outras categorias presente na instituição residisse no uso de tal técnica. É então uma ferramenta que garante uma certa diferenciação e proporciona relativo poder ao profissional de psicologia. (p. 61).

Costa e Olivo (2009), em estudo com psicólogos e psicólogas de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, que atuam no contexto da ESF, foi constatada a predominância da identificação com o modelo clínico de atuação. Estas práticas mostraram-se descontextualizadas e inadequadas, sendo meras transposições de práticas tradicionais para este contexto. Segundo os autores, as maiores dificuldades destes profissionais são: 1) identificação do psicólogo com o modelo de atuação clínico, individual ou grupal; 2) identificação entre o modelo de atuação e o modelo de formação acadêmico, em que é possível constatar a origem da fusão psicólogo-clínico; 3) dissonâncias entre pressupostos teórico-técnicos do psicólogo com as características específicas do trabalho em PSF e em atenção básica. Percebe-se que o psicólogo não tem ferramentas para auxiliá-lo na sua atuação profissional.

A demanda por atendimentos clínicos individuais por parte dos profissionais de psicologia partem também das equipes de saúde, que associam a psicologia com esta forma de atuação. Gama e Koda (2008), relatam experiências de estagiários no PSF em um município do interior paulista e nos mostram que as equipes técnicas tem a expectativa de que os alunos façam atendimentos em psicoterapia individual. As autoras referem que os alunos, ao iniciarem os estágios, tem o atendimento clínico como ideal ou mesmo única forma possível de atuação.

Um dos textos selecionados trata da queixa escolar nos ambulatórios de saúde mental. Marçal e Silva (2006) demonstram que de 50 a 70% dos casos encaminhados para atendimento nos ambulatórios de saúde mental, relativas ao público infantil, são decorrentes de alegações de dificuldade de aprendizagem ou outras queixas relacionadas às escolas. As autoras, que entrevistaram 16 psicólogos e psicólogas que atuam neste contexto afirmam que as concepções destes sobre a queixa escolar está diretamente relacionada a uma “leitura psicologizante e que patologiza o processo de escolarização” (p. 129), considerando que o problema de aprender está na criança e na família. As autoras afirmam que 90% dos entrevistados relatam que sua formação não lhes deu ferramentas para atuar no serviço

público. Para as autoras, os cursos de graduação e pós-graduação devem ser revistos, pois muitos dos entrevistados finalizaram cursos de pós-graduação. As autoras constataram, porém, alguns movimentos por parte de alguns entrevistados no sentido da busca pela compreensão contextualizada e crítica dos fenômenos pode indicar contato com uma literatura diferenciada. As autoras, porém, não souberam entender o porque desta compreensão não se refletir nas práticas. Percebe-se mais uma vez o potencial da Educação Permanente em Saúde de contribuir para a reflexão e modificações nas práticas dos profissionais.

Os desafios à prática da integralidade não são exclusivos da psicologia. Em um dos estudos analisados, Blanques (2010), teve como objetivo entender a relação entre o modelo proposto pela ESF, com seus princípios e diretrizes, e o que realmente acontece na prática. Para isso, a autora entrevistou profissionais da equipe da ESF, incluindo profissional da psicologia. Ela constatou sobre a prática das equipes: “ações desconectadas das ideias de território, doenças como foco do projeto em resposta às necessidades imediatas, compreensão das pessoas da população em estereótipos.” (p. 826).

6.8.2 Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS

Outro desafio identificado foi o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). O SIA-SUS é mantido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e se constitui num dos principais sistemas de informação sobre a produção de ações e serviços no Sistema Único de Saúde. O DATASUS disponibiliza informações sobre a saúde no país, e serve para subsidiar ações e análises no âmbito da saúde. (BRASIL, 2012c). Alguns autores dos estudos selecionados para esta pesquisa fazem uma crítica a este sistema, afirmando que ele direciona as intervenções dos profissionais da psicologia na direção contrária de ações condizentes com os próprios princípios do SUS.

Oliveira et al. (2006) afirmam que a estrutura deste sistema influencia a manutenção de práticas profissionais em um modelo biomédico de atuação, restringindo a atuação e impossibilitando registro de ações mais condizentes com os propostos pela reforma psiquiátrica. Os autores não responsabilizam apenas o SIA-SUS pela manutenção de práticas descontextualizadas por parte dos profissionais. Segundo Oliveira et al. (2006), existem dois lados: 1) os próprios psicólogos, que parecem sentir-se incapazes e incomodados de realizar

práticas profissionais que não envolvam a psicoterapia: “consideram a psicologia uma prática centrada em si mesma e que assume o indivíduo em sofrimento como sujeito de seu trabalho” (p. 282) e quando tentam realizar práticas diferenciadas, com foco nas condições de vida ou determinantes de doenças não tem respaldo pela rede não exigir práticas multidisciplinares; 2) a estrutura do SUS:

apontamos o forte direcionamento do SUS para as práticas individualizantes e curativas que direcionam seus trabalhos. Podemos citar como exemplo a forma de controle das ações do SUS. As estatísticas computadas no SIA/SUS são responsáveis pela manutenção de programas, de financiamentos, de ratificações para os profissionais, etc. Contudo, os números não permitem visualizar a quantidade de agravos que deixaram de ocorrer, ou seja, que foram prevenidos, como resultado de ações educativas e preventivas. (OLIVEIRA et al., 2006, p. 283).

Clemente, Matos, Grejanin, Santos, Quevedo e Massa (2008) , através de um estudo de caso aonde os autores analisam a prática do psicólogo na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, foi constatado que a escolha por atendimento clínico por parte dos residentes é frequente. Os autores relacionam este fato com as lacunas presentes na formação profissional. Porém, aponta também que suas ações são direcionadas pelo SIA-SUS, sendo este um sistema que codifica as intervenções profissionais e cujas estatísticas são responsáveis por manutenção de programas, de financiamentos, de gratificação para profissionais, etc. Os autores propõem uma análise crítica deste instrumento e a construção de novos instrumentos:

avalia-se, assim, que este estudo de caso, reforça a necessidade de adaptação ou construção de instrumentos que mais se aproximem dessa prática diferenciada, possível de ser realizada no PSF, para que ações de promoção realizadas pelos psicólogos na atenção básica possam ser visualizadas, planejadas, avaliadas e reconhecidas pelo sistema. Torna-se urgente a análise crítica sobre a adequação dos códigos do SIA-SUS, sobre o enfoque e sobre o paradigma do conhecimento sob o qual ele é desenvolvido. (CLEMENTE et al., 2008. p. 183).

6.8.3 Políticas de Saúde

As Políticas de Saúde parecem ser outro desafio para a prática de um cuidado integral pelos profissionais de psicologia, por desconsiderarem este profissional como profissional da

atenção básica. Em pesquisa documental, cuja coleta de dados foi feita através da legislação federal de saúde, com objetivo de identificar de que forma se dá a inclusão do psicólogo na atenção básica, Boing e Crepaldi (2010) constataram que em apenas 14 dos 964 documentos pesquisados tratam a inclusão deste profissional. Destes, há prevalência de inclusão nos níveis secundário e terciário de atenção. As autoras mostram que no modelo atual de atenção em saúde, o papel do psicólogo na atenção básica é no Apoio Matricial às equipes de saúde da família, porém o Apoio Matricial se caracteriza como nível secundário de atenção à saúde. As autoras concluem que:

a configuração das políticas de saúde não favorece a efetivação de uma atuação do psicólogo condizente com as demandas da atenção básica. Entende-se que o SUS deveria contar com psicólogos nas unidades locais de saúde, inseridos nas equipes de saúde da família que desenvolvessem trabalho interdisciplinar voltado para atenção integral, e com psicólogos especialistas localizados nos núcleos e nos centros nos níveis secundário e terciário. (BOING, CREPALDI, 2010, p. 635).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção científica na área da psicologia, relacionada ao Sistema Único de Saúde, é recente. O estudo mais antigo que trata desta temática presente na BVS data do ano de 1998. O número de publicações no banco de dados aonde foi realizada a pesquisa é reduzido. Isto reflete o fato da psicologia ser uma disciplina que há pouco tem se aproximado do campo da saúde. De uma maneira geral, os textos tratam-se de artigos publicados em revistas científicas da área e tem um desenho qualitativo.

Em relação às especificidades das famílias de classes populares, podemos perceber que apesar das famílias ocuparem lugar central nas estratégias de cuidado, através da ESF, suas características não estão sendo evidenciadas. A não descrição destas características parece demonstrar que existe uma crença em um modelo de família que se apresenta da mesma forma em todas as realidades sócio-culturais. Os efeitos disso aparecem nas crenças de que as famílias em organizações que diferem do modelo nuclear são desestruturadas, ou seja, em uma patologização das formas de organizações familiares nas classes populares. Podemos perceber que em muitos estudos a importância de uma prática profissional que considere o contexto e os modos de viver das populações é exaltada, porém não há a preocupação em descrever estes contextos. O conhecimento real das especificidades dos famílias de classes populares possibilita um cuidado integral junto às famílias. Como descrito anteriormente, acreditamos que o conhecimento destas especificidades não está disponível na área da psicologia e, desta forma, afirmamos que é necessária a incorporação de outros saberes para um cuidado em saúde junto a população que se encontra em vulnerabilidade social, que vão além dos conhecimentos das áreas da saúde, mas envolvem outros, especialmente da antropologia.

A integralidade em saúde foi um tema bastante presente nos textos analisados, demonstrando uma aproximação da psicologia com as necessidades do SUS. Este conceito foi relacionado principalmente aos de contexto e de interdisciplinaridade. Para um cuidado integral, é preciso que as práticas sejam contextualizadas e que unam os saberes dos diferentes campos profissionais. Apesar de muito presente, percebemos que a integralidade

em saúde, especialmente no caso dos profissionais da área da psicologia, encontra-se de modo geral no plano da reflexão e da verbalização, ainda não se refletindo em práticas. Apesar de alguns exemplos de ações de psicólogos norteadas pela integralidade, a interdisciplinaridade e a prevenção e promoção à saúde, os desafios ainda são muito presentes. A formação profissional distante da realidade social e voltada para a prática clínica individual se reflete em práticas descontextualizadas e na dificuldade dos profissionais da área em atuar de forma integral.

O trabalho em equipe é um fator significativo nos textos analisados e é considerado uma ferramenta que possibilita a integralidade em saúde. Pelo campo da saúde ser um campo complexo é evidenciada a necessidade de serem considerados os saberes dos diferentes campos para possibilitar a integralidade em saúde. Porém, levanto a questão de que a interdisciplinaridade, da forma como está presente nos estudos, evidencia a importância de um trabalho em equipe técnica e que considere os saberes desta equipe, ou seja, dos profissionais da área da saúde. Questiono se estes saberes são suficientes para dar conta de uma saúde que tem como objetivo um cuidado integral das pessoas, que deve considerar o físico, psicológico e também as suas condições de vida de uma maneira completa. Mencionei anteriormente que para a compreensão dos contextos de vida dos indivíduos, famílias e comunidades há a necessidade da apropriação de saberes que provém de campos distintos ao da saúde. É preciso, do meu ponto de vista, agregar conceitos de outras áreas do conhecimento para sustentar teoricamente uma nova prática em saúde, áreas do conhecimento que vão muito além das disciplinas da área em questão. É preciso ressignificar as práticas em uma perspectiva interdisciplinar, mas entendo que de outra forma, envolvendo disciplinas como antropologia, história, sociologia. Alguns autores vem evidenciando, como por exemplo Mary Jane Spink, a necessidade de conhecimentos advindos de outras áreas do conhecimento para o trabalho em saúde, devido à complexidade do campo.

A mudança na forma de se compreender a saúde, que passa a ser considerada muito mais do que a ausência de doenças, e a mudança na forma de se produzir o cuidado em saúde, que passa a ser norteados pela integralidade, são mudanças de paradigmas. Consideramos então que as estratégias de educação dos profissionais de saúde devem ocupar papel central nas discussões, pois possibilitam que as modificações propostas traduzam-se em práticas. Nestes estudos, foram analisados se e de que forma a formação profissional e a EPS estão sendo consideradas na produção científica da área da psicologia. Podemos perceber que as

discussões sobre a formação profissional estão presentes na maior parte dos estudos e que mudanças nos currículos dos cursos estão sendo implementadas para atender às necessidades do SUS e aproximar o campo da formação com a realidade social do país, especialmente após as Novas Diretrizes Curriculares para os cursos de Psicologia. Porém, pode ser verificado que a EPS não é um fator significativo na área da psicologia, cuja presença pode ser verificada em poucos estudos. Pode ser verificado também que existe uma grande demanda para a EPS, dada a distância entre as práticas profissionais exercidas pelos profissionais e as necessidades reais da população. Entende-se desta forma que a EPS tem muito a contribuir para a aproximação da psicologia às necessidades do SUS e que este potencial precisa ser explorado.

No contexto do SUS, as ações de prevenção e promoção da saúde devem nortear as intervenções. Nos estudos analisados podemos identificar que a área da psicologia está distante destas ações, mesmo que os conceitos estejam presentes em mais da metade dos estudos. Nos poucos textos que aprofundam a temática, a noção de promoção à saúde está relacionada à autonomia dos indivíduos, o que vai ao encontro do que importantes pesquisadores da área estão discutindo e que deve ser o objetivo das práticas no contexto do SUS. Nos estudos, porém, a prevenção e promoção à saúde estão relacionados aos indivíduos. Podemos identificar que um desafio para a prevenção e promoção da saúde é a formação profissional, que de um modo geral desconsidera estas dimensões do cuidado em saúde e não fornece subsídios para uma atuação neste âmbito.

O conceito de resiliência não apareceu de forma significativa nos textos analisados. Acreditamos que um dos motivos para isso é o fato de que o conceito no Brasil vem sendo estudado no campo da psicologia do desenvolvimento humano e da psicopatologia, que de um modo geral, não dialogam com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Os estudos iniciais sobre a resiliência foram quantitativos, utilizando escalas e testes psicológicos, com uma abordagem individualista. Porém novas abordagens vem sendo utilizadas, comprovando assim a possibilidade de uma aproximação entre o conceito de resiliência e a integralidade em saúde. Os pesquisadores, porém, não parecem ter identificado o potencial deste conceito para nortear as práticas, tendo como foco assim o fortalecimento da capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades de superar adversidades. A forma como propusemos pensar a resiliência, afastando o conceito dos fatores de risco e de proteção e da psicopatologia, e o aproximando do campo da saúde, parece ser coerente com a direção em que a psicologia caminha. Percebemos que, como mostrado nos eixos de análise acima, muitos dos elementos

fundamentais para fortalecer a resiliência, entendida aqui como fortalecer a margem de segurança ou a própria saúde dos indivíduos, já estão presentes nas reflexões dos profissionais e pesquisadores da área da psicologia que tem se debruçado sobre a atuação profissional no contexto do SUS. Vemos semelhança muito grande entre as diretrizes propostas para o fortalecimento da resiliência e as diretrizes do SUS. Acreditamos que este conceito pode ser mais explorado e pode contribuir com as práticas profissionais neste contexto, especialmente para retirar das famílias pobres o rótulo de fraquezas, faltas e carências. Mesmo não citada diretamente, vemos que a preocupação com o fortalecimento dos indivíduos e de sua autonomia está presente.

A partir da leitura e análise dos textos, o que emergiu de forma muito clara foram os desafios à integralidade em saúde. A formação profissional que não atende as necessidades do SUS, as práticas profissionais que reproduzem modelos clínicos, formas de organização do próprio SUS e barreiras impostas pelas Políticas de Saúde, nas quais a presença de profissionais da área é ínfima e considerado apenas como especialista e não como profissional generalista formam os principais desafios evidenciados. Além disso, a distância entre psicologia e política e a falta de compromisso social por parte dos profissionais mostraram-se também como fatores que dificultam um cuidado integral em saúde.

De um modo geral, podemos perceber que os profissionais de psicologia não tem ferramentas suficientes disponíveis para atuação no SUS. Sua formação ainda é predominantemente clínica, com enfoques teóricos tradicionais. Na área da psicologia, quem tem dado respostas as inúmeras questões relativas à atuação profissional do psicólogo neste contexto é a Psicologia Social, especificamente a Psicologia Social da Saúde, cuja importância foi evidenciada diversas vezes nos textos analisados. Além disso, conhecimentos advindos da Saúde Coletiva tem subsidiado reflexões e ações dos profissionais e pesquisadores da área.

Gostaria de ressaltar uma opinião pessoal de que existem profissionais que não se sensibilizam com questões sociais e que o compromisso social dos profissionais da saúde, na luta por um mundo mais justo e com a implicação na construção de ações que promovam as condições de vida da população talvez não faça sentido. Ainda que as mudanças na formação aconteçam de fato, e que traduzam-se em ações, ainda existirão práticas que não constituem-se em cuidado de fato. Em um dos estudos realizados foi questionada a responsabilidade

apenas da formação profissional nas práticas inadequadas dos profissionais da psicologia. A autora ressaltou o fato da opção pessoal por continuar seguindo padrões de atendimento sem comprometimento com a população. Acredito que há pessoas que na sua vida vivenciam a ética, o cuidado e a preocupação com as outras pessoas, especialmente com as que vivem em condições desfavoráveis. Esta forma de viver transparece na forma de cuidar. Para estas pessoas, faltam apenas os instrumentos de aprendizagem – seja na formação acadêmica ou em movimentos de Educação Permanente em Saúde. Me parece que nos ideais da Psicologia Social e da Saúde Coletiva transparecem a preocupação e o sentimento de responsabilidade com a transformação do local aonde vivemos em um lugar mais justo e igualitário. Ressalto com isso, que práticas calcadas em um modelo biomédico e individualista reflete desconhecimento de outras formas de cuidar, em alguns casos, porém não em todos. Em alguns parece refletir uma preferência por este modelo de atuação. Hoje sei que o que me inquietava na minha formação acadêmica era esta distância entre a psicologia e a realidade social e o desinteresse por questões sociais. Percebi após este estudo que esta distância não estava presente apenas na minha formação, mas parece ser ainda uma característica da psicologia de uma forma geral.

Por fim, ressalto que em estudos futuros é importante refletir sobre estratégias de EPS, que enxergo como fundamentais para mudar as práticas profissionais no contexto do SUS. Espero ter contribuído com este estudo para a reflexão sobre as práticas de cuidado em saúde no contexto de vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. S.; DIMEINSTEIN, M.; SEVERO, A. K. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 15, n. 34, p. 577-589, jul./set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1410.pdf>. Acesso em 20 Out. 2011.

ALVAREZ, A. M. S.; ALVARENGA, A. T.; RINA, S. C. Histórias de Vida de Moradores de Rua, Situações de Exclusão Social e Encontros Transformadores. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v. 18, n.2, p. 259-272, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/09.pdf>. Acesso em 10 Nov. 2011.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009. cap. 6, p. 121-144.

AZEVEDO, L. et al. Formação em psicologia e a apropriação do enfoque da atenção primária à saúde em Fortaleza, Ceará. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 241-264, jul./out. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/05.pdf>. Acesso em 10 Fev. 2012.

BENETTI, S. P. et al. A violência familiar na perspectiva do desenvolvimento de crianças e adolescentes. In HUTZ, C.S.H. (org). **Violência e risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. cap. 3, p. 71-100.

BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 21-25. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27040.pdf>. Acesso em 20 Out. 2011.

BLANQUES, A. M. Um projeto de intervenção social visto pelos seus agentes: estudo psicossocial do Programa de Saúde da Família. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 809-831. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642010000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Nov. 2011.

BOING, E.; CREPALDI, M. A. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 634-

649, set. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 Nov. 2011.

BOSI, M.; MAGALHÃES, L. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3,p. 575-586, mar. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 Abr. 2012.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BRASIL. **Constituição Federal**. 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em 20 Mai. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**.2010. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em 25 Nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. 2011. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em 10 Fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. 2012. <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/345/entenda-o-sus.html>. Acesso em 25 Fev. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Núcleo de Atenção à Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>. Acesso em 20 Fev. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. 2012. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em 20 Fev. 2012c.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens 2011. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 49, p. 263-271, maio-ago. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/14.pdf>. Acesso em 10 Fev 2012.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In CARVALHO, A. M. (Ed.), **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. cap. 7, p. 115-139.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A Psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 26-32, mai./ago. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27041.pdf>. Acesso em 10 Nov. 2011.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. ed rev. 6. ed./ 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2009.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção à saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2009. cap. 3, p. 59-82.

CARNEIRO, C. T. Práticas dos psicólogos no Sistema Único de Saúde em Umuarama- Pr: um caminho em construção. Apresentada a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social para obtenção do grau de Mestre. Rio de Janeiro; s.n; 2009. 81 p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=613916&indexSearch=ID>. Acesso em 10 Nov. 2011.

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

CEBES. **Política Pública de Saúde: qual o rumo?** Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/file/Sus_politica.pdf. Acesso em 10 Mai. 2010.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 161-168, fev. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Abr. 2012.//dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013.

CECCIM, R.B. et al . Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, oct. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Out. 2011.

CECCONELLO, A.M.; KRUM, F. M. B.; KOLLER S. H. Indicadores de Risco e Proteção no Relacionamento Mãe-Criança e Representação Mental da Relação de Apego. **Psico**, Porto Alegre, v. 32, n. 2 , p. 81-122. 2000.

CECÍLIO, L.C.O.; MATSUMOYO, N.F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (orgs.) **Gestão em Redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EdUCS:IMS/UERJ:CEPESQ; 2006. cap. 3, p. 37 – 50.

CLEMENTE, A. et al . Residência multiprofissional em saúde da família e a formação de psicólogos para a atuação na atenção básica. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 176-184, mar. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Nov. 2011.

COMIM, F.; BAGOLIN, I. **Aspectos Qualitativos da pobreza no Rio Grande do Sul**. Disponível em http://www.fee.tche.br/sitefee/download/eeg/1/mesa_4_comim_bagolin.pdf. 2002. Acesso em 11 Nov. 2007.

COSTA, D. F. C.; OLIVO, V. M. F. Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 1385-1394, set./out. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 Nov 2011.

DELL AGLIO, D. D., KOLLER, S., YUNES, M. A. M. Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção. 2. ed. Porto Alegre: casa do Psicólogo. 2011.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf> Acesso em 20 Out 2011.

DUARTE, L. F. D. Horizontes do indivíduo e da ética no crepúsculo da família. In: RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. (Orgs). **Família em processos contemporâneos**: inovações culturais na sociedade brasileira . São Paulo: Loyola, 1995. cap. 1. p.13-20.

EISENSTEIN, E.; SOUZA, R. P. **Situações de risco à saúde da crianças e adolescentes**. Petrópolis: Vozes, 1993.

FERLA, A. A. et al. **Saúde Suplementar nas Regiões Norte e Sul**: estudos multicêntricos integrados sobre modelagem assistencial e integralidade do cuidado. Relatório de Pesquisa. Porto Alegre, 2009.

FERLA, A. A. et al. **Incorporação das linhas de cuidado na Saúde Suplementar**: análise multicêntrica de experiências no ciclo mãe-bebê e em saúde mental nas Regiões Norte e Sul do Brasil a partir de marcadores selecionados. Relatório de Pesquisa. Porto Alegre, 2010.

FONSECA, C. **Família, fofoca e honra**: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 50-59. 2005.

FONSECA, C. **Caminhos da adoção**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCA, A. C. P.; VIANA, B. A. Interface psicologia e programa saúde da família - PSF: reflexões teóricas. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 246-257, jun. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 05 Dez. 2011.

FRANCO, T. B. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. 2003. Disponível em www.professores.uff.br/~integralidade_na_assistencia_a_saude_tulio_franco_helvecio_magalhaes.pdf. Acesso em 27 Out. 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007. cap. 3, p. 55-124.

FRANCO, A.; MOTA, E. Distribuição e atuação dos psicólogos na rede de unidades públicas de saúde no Brasil. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v. 23, n. 3, set. 2003. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000300008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 10 Nov 2011.

FRANCO, A. L.; BASTOS, A. C. S. Um olhar sobre o Programa de Saúde da Família: a perspectiva ecológica na psicologia do desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o modelo da vigilância da saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 65-72, jul/dec. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722002000200008 Acesso em 10 Nov. 2011.

FREIRE, F. M. S.; PICHELLI, A. A. W. S. Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 840-853, dez. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 Mai. 2012.

FREITAS, C. M.; CZERESNIA, D. (orgs). **Promoção à saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

FULNER, R. Famílias de baixa renda e famílias com formação profissional: uma comparação da estrutura e do processo de ciclo de vida. In CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. et al. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 22, p. 468-596.

GAMA, C. A. P.; KODA, M. Y. Psicologia comunitária e programa de saúde da família: relato de uma experiência de estágio. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 418-429, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 Dez. 2011.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 357-363, 2005.

GOULART, B. F.; FREITAS, M. I. F. A implicação de trabalhadores de ambulatórios municipais, em Uberaba, Minas Gerais, Brasil, na reorganização de serviços preconizada pelo Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 2123-2130, set. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/18.pdf>. Acesso em 20 Out. 2011.

GUARESCHI, N. M. F. et al . A formação em Psicologia e o profissional da Saúde para o SUS (Sistema Único de Saúde). **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, dez., p. 35-45 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 Out. 2011.

HILLESHEIM, B.; CRUZ, L. R. Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. **Psicologia e Sociedade**. Porto Alegre, v.20, n.2, p. 192-198, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Jun. 2010.

HINES, P.M. O ciclo de vida familiar nas famílias negras pobres. In CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. e Col. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 21, p. 440-466.

HÜNING, S. M.; GUARESCHI, N. **Infância normal X “infância em situação de risco”**: a produção social da diferença. Disponível em http://cce.udesc.br/titosena/Arquivos/Artigos_infancia/Infancia%20em%20situacao%20de%20risco.pdf. Acesso em 15 Out 2010.

JUNQUEIRA, M. F.; DESLANDES, S. Resiliência e maus tratos à criança. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-235. 2003.

KOLLER, S. H. (Org.) **Ecologia do desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

KÖCHE, J. C. (1997). **Fundamentos de metodologia científica**: teoria da ciência e prática da pesquisa (14ª ed). Rio de Janeiro: Vozes

LEMKE, R. **A itinerância e suas implicações na construção de um ethos do cuidado**. 120p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2009.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.2, jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>. Acesso em 10 Jul. 2010.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: campus, 1988.

MARCAL, V. P. B.; SILVA, S. M. C. A queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental: práticas e concepções. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 121-131, jun. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572006000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 Nov.

2011.

MASTEN, A.S. Ordinary magic: resilience processes in development. **American Psychologist**, v. 56, n. 3, p. 227-238, 2001.

MENDES, F. M. S.; CEOTTO, E. C. Relato de intervenção em psicologia: identidade social do agente comunitário de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 496-506, jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Fev. 2012.

MEIRA, M. A.; SILVA, M. O. Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família: a Experiência de um Psicólogo em uma Residência Multiprofissional. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 15, n. 3, p. 369-376, dez. 2011. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=613386&indexSearch=ID> Acesso em 12 Fev. 2012.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E., FRANCO, T. B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set/dez 2003. Disponível em http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em 15 Mar. 2012.

MASTEN, A. Ordinary magic: resilience processes in development [Versão Eletrônica]. **American Psychologist**, v. 56, n. 3, p. 227-238. 2001.

MARKONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H. Abordagem ecológica do desenvolvimento humano. In: KOLLER, S. H. (Org). **Ecologia do desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.91-108.

MOORE, M. (Direção) **Sicko**: what seems to be the problem (special edition). 2007.

NERI, M. C. (Coord.). **A Nova Classe Média: O Lado Brillhante dos Pobres**. Rio de Janeiro: FGV/CPS, 2010. Disponível em <http://www.fgv.br/cps/ncm/>. Acesso em 10 jan. 2011.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - (SUS). In: GIOVANELLA, L. et al (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/ CEBES, 2008. cap.12, p. 435-472.

NUNES, A. P. **Desafios e práticas dos psicólogos na rede básica de saúde do município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/nunes_ana.pdf. Acesso em 20 Dez. 2011.

OLIVEIRA, I. F. et al. A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o sistema de informações ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. **Interação Social**, v. 9, n. 2, p. 273-283, jun.-dez. 2005. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=469370&indexSearch=ID> Acesso em 05 Nov 2011.

PESCE, R. et al. Risk and protection: looking for an equilibrium that provides resilience. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.20, n.2, p. 135-143, mai-ago. 2004.

POLETO, M.; WAGNER, T. M.; KOLLER, S. H. Resiliência e desenvolvimento infantil de crianças que cuidam de crianças: uma visão em perspectiva. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 20, n. 33, p. 241-250. 2004.

PORTES, J. R. M.; MÁXIMO, C. Formação do psicólogo para atuar no SUS: possíveis encontros e desencontros entre as diretrizes curriculares nacionais e as matrizes curriculares de um curso de psicologia. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 33, p. 153-177, ag./dez. 2010. Disponível em <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1538>. Acesso em 10 dez 2011.

PRATES, L. G.; NUNES, L. A (Re) Construção do Lugar do Psicólogo na Saúde Pública: das Quatro Paredes do Centro de Saúde para os Lares. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 4, n. 1, p. 96-101, dez. 2009 Disponível em http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/volume4_n1/prates_e_nunes.pdf. Acesso em 10 nov 2011.

PRETTO, Z.; LANGARO, F.; SANTOS, G. B. Psicologia clínica existencialista na atenção básica à saúde: um relato de atuação. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 394-405, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 Nov. 2012.

RAMOS, P. F.; PIO, D. A. M. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 212-223, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Nov 2011.

SANTOS, B. S. **Para um novo senso comum**: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente [Versão Eletrônica]. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 2, p. 209-216. 2005.

SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez, 2007.

SCOREL, S. Histórias das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In. Giovanella, L. et al. (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/ CEBES, 2008. cap. 11, p. 385-434.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimento Populista. In. Giovanella, L. et al (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/ CEBES, 2008. cap. 10, p. 333-384.

SILVA, C. S. et al. Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 4.p. 152-156, 2010. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol37/n4/159.htm>. Acesso em 20 Out. 2011.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A.M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3., p. 515-523. 2003, Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974.pdf>. Acesso em 10 Dez. 2011.

SILVA, L. A.; OLIVEIRA, R. F.; FRANCO, A. L. S. Inserção do psicólogo em programas de atenção primária à adolescência: uma experiência em Salvador-Bahia. **Psicologia, Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 11, n.3, p. 605-620, 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000300017. Acesso em 20 Dez. 2011.

SOARES, T. C. "A vida é mais forte do que as teorias" o psicólogo nos serviços de atenção

primária à saúde. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 590-601, Dez. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000400008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 20 Nov. 2011.

SOUSA, V. D.; CURY, V. E. Psicologia e atenção básica: vivências de estagiários na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1429-1438. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Fev. 2012.

SPINK, M. J. Os contornos do risco na modernidade reflexiva: contribuições da psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 12, n. 12, p. 156-173, jan.-dez. 2000. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=34390&indexSearch=ID>. Acesso em 20 Out. 2010.

STOTZ, E. N. Pobreza e capitalismo. In VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; ALGEBAILLE, E. B. (Orgs). **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005. cap. 2, p. 53-72.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097. Dec. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Nov 2011 <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>.

SZYMANSKI, H. Teorias e "teorias" de famílias. In: CARVALHO, M. do C. (Org). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC / Cortez, 2002. p. 23-28.

SZYMANSKI, H.; MARTINS, E. Brincando de casinha: significado de família para crianças institucionalizadas. **Estudos de psicologia**, Natal, v.9, n.1,p. 177-187. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2004000100019&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 16 ago. 2007.

SZYMANSKI, H. Brincadeira e práticas educativas familiares: um estudo com famílias de baixa renda. **Interações**, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 143-164, jun,-jul. 2006. Disponível em <http://www.redalyc.com/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=35402108>. Acesso em 15 Ago. 2007.

TAVARES, S. M. G. Uma experiência de atendimento psicoterapêutico junguiano em grupo, privilegiando a dimensão corporal, no contexto da saúde pública brasileira. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 535-543, 2010. Disponível em <http://www.saocamilo->

sp.br/pdf/mundo_saude/79/535.pdf . Acesso em 20 Out. 2011.

UNICEF. **Situação da infância brasileira.** Brasília. 2006. Disponível em <http://www.unicef.org.br>. Acesso em 24 out. 2007.

UNICEF. **Kit Família Brasileira Fortalecida.** Disponível em http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10178.htm. Acesso em 15 out. 2010.

VALLA, V. V. Globalização, a questão social e a nova pobreza. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; ALGEBAILLE, E. B. (Orgs). **Para compreender a pobreza no Brasil.** Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005. cap. 1, p. 33-52.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 7-18, 1998. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>. Acesso em 20 Out. 2009.

VANNI, M. G.; MAGGI, A. O que demanda à Psicologia na Rede Pública de Saúde em Caxias do Sul? **PSICO**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 299-309, set.-dez. 2005. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1401/1101>. Acesso em 05 Nov. 2011.

VIEIRA FILHO, N. G.; NOBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuições teóricas para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 2, Ago. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov 2011.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar** (M. Lopes, Trad.). São Paulo: Roca. 2005.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In TAVARES, J. (Org). **Resiliência e educação.** São Paulo: Cortez, 2002. p. 13-42.

YUNES, M. A. M., SZYMANSKI, H. O estudo de uma família “que supera as adversidades da pobreza”: caso de resiliência familiar? **Psicologia, cultura y sociedad.** Disponível em www.palermo.edu/cienciassociales/psicologia/publicaciones/pdf/psico7/7psico2008.pdf. Acesso em 14 de Mai. 2008.

YUNES, M. A.M., MIRANDA, A.T.; CUELLO, S. E. S. Um olhar ecológico para os riscos e as oportunidades de desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados. In: KOLLER, S. H. (Org.). **Ecologia do desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do

Psicólogo. 2004. p. 197-218.

YUNES, M. A. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.8, num. esp., p. 75-84, 2003 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf>. Acesso em 24 Abr. 2012.

YUNES, M. A.; GARCIA, N. M.; ALBUQUERQUE, B. M. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 444-453, 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Out. 2011.