

Envelhecimento e contextos familiares: olhares sobre a família no século XXI e a inserção de cuidados profissionais nesta estrutura relacional humana

Aging and family contexts: perspectives on the family in the XXI century and the inclusion of professional care in this relational human structure

Luzia Wilma Santana da Silva

RESUMO: Este estudo objetiva uma reflexão sobre a política de atenção e de formação profissional no âmbito das ciências da saúde ao envelhecimento humano e seus contextos relacionais familiares, com destaque para o impacto das condições crônicas no processo de viver humano da família. Busca refletir teoricamente, mas com sensibilidade, a formação profissional no direcionamento da promoção da saúde das pessoas, no Sistema Único de Saúde, visando a ascender discussões sobre conhecimento científico; disciplinarização dos saberes; programas de saúde; incidência e agravamento das condições crônicas na população brasileira, novas configurações familiares e interdisciplinaridade. Integrar o pensar crítico-reflexivo à práxis profissional, segundo enunciam as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, no alcance da amplitude do foco sobre o pensar-agir integrador às muitas configurações das famílias do século XXI.

Palavras-chave: Envelhecimento; Relações Familiares; Conhecimento.

ABSTRACT: *This study reflects on the politics of attention and professional training within the health sciences with regard to human aging and the relational family context, with emphasis on the impact of chronic conditions in the process of living by the human family. The study searches the theoretical reflection with sensitivity and vocational guidance towards the promotion of the health of people within the National Health*

System, in order to ascend the discussions on scientific knowledge; disciplining of knowledge; health programs; incidence and worsening of chronic conditions in the Brazilian population; new family configurations; and interdisciplinarity. It also highlights the integration of critical thinking by reflective professional according to the guidelines and bases of National Education in the amplitude range of the focus, through the integration of thinking-acting by the many configurations of families within the XXI century.

Keywords: Aging; Family Relations; Knowledge.

Introdução

No contexto contemporâneo às ciências da saúde vivem em movimento dinâmico e fluídico de entrada de informações à promoção de saúde das pessoas envelhecidas em seu processo de viver humano. Esse processo de entrada exige um movimento de saída tão importante e rápido quanto o que o originou, ou seja, em movimentos circulares retroativos - *looping* -, de retroalimentação nos *inputs* - *autoputs* da dinâmica dos processos saúde-doença em nossa sociedade.

Nesse contexto, muitas são as evoluções tecnológicas em cuidado à saúde das pessoas. No entanto, carece de ampliar o foco sobre os saberes que enlaçam o tema família no contexto acadêmico-científico.

Contudo, o século XXI se nos apresenta inquietando-nos a perspectivar a família em sua complexa teia relacional como um dos mais importantes recursos – como nos ensina Danati (2008) de sustentação para a pessoa e para a sociedade, parceira à gestão-administração pública e social. Um sistema relacional humano dinâmico de identidade, cultura e pertencimento das pessoas ao seu *ser-existir* sujeito social.

Mas, por que estudar família? Essa foi uma pergunta feita por Silva, L.W.S.da, Silva, D.S.da, Gonçalves, Costa, Martins & Figueiredo (2008) – a resposta foi pela necessidade de maior aprofundamento da dinâmica de relações familiares intergeracionais e transgeracionais; de aprofundar os conhecimentos sobre a unidade familiar em sua atenção aos seus membros, especialmente, quando idosos, e aqui, faço um parêntese àqueles em enfrentamento pela condição crônica; e, de enxergar a

necessidade emergente da sociedade referente ao rápido processo de envelhecimento, o que exige dos profissionais de saúde especialmente, e outros, um novo olhar sobre a dimensionalidade da família, de suas configurações e relações (Silva *et al.*, 2008).

Do exposto, mostra-se como é necessário ‘abrir as cortinas’ para trazer ao palco algumas reflexões sobre o processo de transformação do ensino desde o séc. XVIII, o qual tem acenado a necessidade de mudanças num *continuum* à formação acadêmica – um processo a ser construído e reconstruído com experiências vivenciadas e interdisciplinaridade curricular, no direcionamento para a melhor formação geral do aluno, na comunicação entre ensino, pesquisa e extensão de aproximação humana ao contexto relacional das vivências das pessoas. Revelando a necessidade de discutir a integração curricular no ensino, da superação da dicotomia teoria-prática e da maior comunicação entre os conhecimentos.

Interessa-nos este tema porque ele nos permite ampliar o olhar perscrutador sobre as potencialidades das pessoas. Mas, o que significa trabalhar com as potencialidades? À luz de nossa percepção, significa as nuances do *ser sujeito cuidado-cuidador* de empoderamento de saberes-fazer. Uma compreensão que vai ao encontro da integração - do conhecer e correlacionar conteúdos, métodos e teorias no constructo do *ser* inter-relacional comunicacional. Contudo, a integração não pode ser vista apenas sobre esses aspectos, pois ela não é um fim em si mesmo, mas exige abertura e busca por reflexões que possibilitem atingir uma interação – a interdisciplinaridade.

Adentrar nesta esfera nos entusiasma pelas possibilidades de pensar o currículo integrado, o qual amplia as expectativas de alcance da família como contexto de formação profissional no âmbito acadêmico-científico.

A implantação de um currículo integrado e desejado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais versa sobre habilidades, competências e conteúdos, inserção institucional do âmbito das políticas de saúde e outras. Contudo, a comunicação como elemento intercessor, que possibilita romper com a fragmentação do conhecimento e o isolamento das ciências entre as diversas áreas do saber, ainda mostra-se na “contramão” à aproximação.

O saber disciplinar ainda insiste em manter fronteiras rígidas e pouco porosas a abertura interdisciplinar, em pleno séc. XXI, mesmo diante da abertura do movimento de renovação das ideias e práticas pedagógicas, conhecidas como Escola Nova, difundido no Brasil por Anísio Teixeira.

Todavia, a inquietude gerada por este movimento agitou multiversos cenários político, econômico e educacional para uma perspectiva pedagógica do professor reflexivo e do aluno criador e ativo, o qual passou a fundamentar a legislação educacional brasileira, desencadeando um processo de busca por mudanças curriculares no interior dos cursos de formação. Alguns exemplos recentes são a Lei 9394/96 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Brasil, 1996), e os Parâmetros Curriculares Nacionais (Brasil, 1998).

Diante desta perspectiva, novos redesenhos foram se constituindo no direcionamento das ciências da saúde e de seu imbricamento no cenário formador no maior envolvimento das Universidades, cujo objetivo versa sobre a formação de profissionais com dimensão complexa, cidadãos críticos e reflexivos, que não se limitem a desenvolver uma competência específica, mas generalista, em aprendizado permanente.

Envolvem, assim, os princípios do sistema de saúde, do Brasil, pensados para serem de equidade, integralidade e universalidade. E, no contexto da temática deste evento e de sua Mesa *Gerontologia - Envelhecimento e Contextos Familiares*, tais princípios enlaçam a formação profissional no direcionamento da família.

Desta compreensão, objetiva-se uma reflexão sobre a política de atenção e de formação profissional no âmbito das ciências da saúde ao envelhecimento humano e seus contextos familiares, com destaque para o impacto das condições crônicas no processo de viver humano deste sistema relacional. Trata-se de refletir teoricamente, mas com sensibilidade, sobre a formação profissional em ciências da saúde no direcionamento da promoção da saúde das pessoas em condição crônica, visando a ascender discussões sobre conhecimento científico; disciplinarização dos saberes; programas de saúde; incidência e agravamento das condições crônicas na população brasileira, novas configurações familiares e interdisciplinaridade.

Transversalizando a formação profissional e a incidências das doenças de natureza crônica

O olhar atencioso sobre o sistema educacional brasileiro evidencia haver isolamento dos saberes, e estes ocorrem em conformidade com as demandas

econômicas e necessidades de produção, impelidos sobre a égide da racionalidade científica e disciplinaridade.

Este modelo põe-se na ‘contramão’ da implantação de um currículo pensado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, o que tem trazido impacto sobre a política pública de saúde e evidenciado o descuidado aos desvios de saúde agudos, o que onera a carga financeira das Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) para o sistema de saúde, sobretudo para um país em rápido processo de envelhecimento (Kalache, 2008), o que tem impacto direto sobre o processo de viver humano das pessoas em condição crônica e suas famílias cuidadoras.

Nesse particular, o Sistema de Saúde brasileiro tem sido cenário de disputa de diversos modelos assistenciais ou modos de intervenção, que podem ser compreendidos a partir de suas vertentes conceituais: Hegemônico, ou seja, médico assistencial-privatista e sanitarista (caráter hospitalocêntrico, com ênfase nos procedimentos e baseado em programas, campanhas, ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária); e Alternativos (oferta organizada, acolhimento, promoção da saúde, Atenção Primária da Saúde, distritalização e Vigilância da Saúde), com suas práticas organizadas a partir das necessidades de saúde.

Esse modo de intervenção tem incorporado, de certa forma, métodos, técnicas e instrumentos de vários campos do saber, como epidemiologia, planejamento estratégico e ciências sociais; numa perspectiva de articular ações de promoção, prevenção de riscos e agravos, proteção, recuperação e reabilitação de danos na dimensão individual e coletiva, tendo a integralidade como atributo central das práticas e do sistema (Teixeira, Paim & Vilasboas, 1998; Paim, 2008).

Contudo, do ponto de vista operacional, segundo Teixeira e Solla (2006), ainda estamos distantes da sonhada “reversão do modelo assistencial”, posto que a complexidade de se reorientar o Sistema de Saúde perpassa não só pela ampliação da oferta de serviços, mas também na reorientação do fluxo de suas demandas de média e alta complexidade, intervenções sobre os determinantes, riscos e agravos, numa incorporação de novas práticas de saúde e institucionalização de ferramentas de gestão como planejamento estratégico, avaliação e monitoramento.

Pelo exposto, a estratégia indutora mais ampla de reorganização do modo de intervenção no Brasil, em contraposição ao hegemônico, talvez possa ser creditada ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, particularmente por meio da Estratégia

Saúde da Família, muito embora observemos ainda que essa estratégia traz enraizada nas suas práticas de saúde o atendimento por programas, numa semana “típica”, fragmentando o cuidado, o qual deveria ter como princípio norteador a integralidade do sistema e da assistência, de modo a privilegiar as ações de promoção e vigilância da saúde, olhando o sujeito em sua inteireza e globalidade (Teixeira & Solla, 2006).

O exemplo do descompasso desta política é evidenciado na incidência do número de casos, crescentes ano a ano, de pessoas em enfrentamento por condições crônicas e o fator inversão da característica populacional com uma transição demográfica, o que acompanha alterações importantes no perfil epidemiológico com reflexo na morbimortalidade pelo aumento significativo de mortes por DCNT (Brasil, 2010), com representatividade de 72% do total de óbitos no país, refletindo a existência de um sério problema de saúde pública, fazendo com que o Ministério da Saúde, em agosto de 2011, instituísse estratégias para diminuição da mortalidade por DCNT, nos anos 2011-2022, cuja meta é reduzir 2% ao ano a taxa de mortalidade no país (Brasil, 2011).

O escopo deste cenário chama a atenção à reflexão do imbricamento do processo formador do profissional de saúde e das demandas necessárias para a reorganização dos serviços de saúde no âmbito do SUS, enquanto política de Estado, construído a partir do desencadeamento de processos de descentralização e democratização da gestão, ferramentas necessárias para a reorganização dos serviços de atenção à saúde das pessoas.

A necessidade de mudanças à formação acadêmica para intervenção sobre os problemas/situações de saúde-doença da população brasileira, nos diversos cenários, em consonância com o que está preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais, mas também de uma estratégia indutora ampla de reorganização do modo de intervenção de saúde no Brasil, em contraposição ao modelo hegemônico no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, particularmente a Estratégia Saúde da Família se faz imperativo. No entanto, que possa contemplar a perspectiva integradora, intersetorializada, com comunicação recursiva entre os diversos setores e valorização humana e da família.

Transversalizando envelhecimento, configurações familiares e constructos de cuidados

Com o crescimento da população idosa no Brasil, mostra-se como inevitável estudar a família, sobretudo, por questões histórico-culturais de uma nação que valoriza a pessoa do idoso em seu convívio tempo-espço domiciliar, mesmo diante de algumas discussões de que a família possa se encontrar depauperada e quase evanescente em alguns cenários (Donati, 2008).

Somos hoje no Brasil uma população de 190.755.799 habitantes - Censo Demográfico 2010 -, destes 7,4% são de pessoas idosas (IBGE, 2010). A expectativa de vida do brasileiro que no início do século XX era em média 33 anos; nos anos 2000 aumentou para 68 anos e as projeções atuais permitem dizer que para 2025 será próxima dos 80 anos (Kalache, Veras & Ramos, 1987; Ramos, 1993; Camarano, 2004). O país ocupa o 6º lugar no *ranking* mundial em números de pessoas idosas, num rápido crescimento e modificação da estrutura da pirâmide etária (Veras, 2009).

Estes dados demandam atenção das políticas públicas de saúde, social e de educação, esta última como visto em parágrafos precedentes de magnitude ao processo formador para o cuidado profissional a este grupo etário em seu contexto de pertencimento – a família.

No cenário nacional são muitos os estudos na atualidade sobre família, oriundos de Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* e *Lato Sensu* e de outras experiências exitosas, os quais podem ser acessados a partir do Portal de Periódicos CAPES, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Base de Dados da Enfermagem (BDENF) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); e Google acadêmico. A maior incidência destes estudos deu-se partir dos anos 1990.

Entretanto, na Europa e nos Estados Unidos começaram a partir dos anos 1980, e segundo Donati (2008), os autores redescobriram a família e sua importância tangenciando sobre ação “funcional ao bem-estar das pessoas e ao êxito da socialização e da educação das novas gerações” (p.18). Salienta ainda o autor que “apesar dos limites que podem se encontrados nas diversas abordagens nas últimas décadas, aumentou o número de pesquisadores que convergem no entendimento de relação de plena

reciprocidade entre os gêneros e entre as gerações, ainda que com muitas variações nas diversas formulações” (p.20).

Entretanto, é salutar destacar que a família sempre foi perspectivada na história da humanidade, passando para uma expressividade de olhar ao longo do tempo, como exemplo, podemos citar estudiosos que trouxeram contribuições para este sistema relacional humano: Engels, Karl Marx, Freud, Reich, Marcuse, Fromm, Lévi-Strauss, Adorno, Horkheimer, Habermas, Laing, Morgan, entre outros, em suas multiversas visões do contexto de homem, de família e de mundo.

A família ao longo do tempo tem passado por modificações em função das transformações econômicas, culturais e sociais, as quais vêm remodelando sua estrutura dinâmico-funcional o que provoca também a produção de diferentes subjetividades à própria complexidade da sociedade. Do que se intui, segundo Silva (2012, p.7), que “precisamos no cotidiano das ciências humanas e da saúde nos colocar humildes diante da necessidade de apreender, compreender, cuidar-pesquisar a família”.

Outra reflexão que se apresenta reside sobre um conceito teórico-científico de família. No entanto, cumpre destacar que se trata de uma tarefa complexa, sobretudo diante dos arranjos e rearranjos familiares, sendo fundamental a preocupação com as relações familiares (Santos, Costa, Rodrigues & Liberato, 2008), e, de forma peculiar, a dinâmica das relações que promovem entre seus membros. Do que se inscreve ser mais compreensível concebê-la a partir do pensamento integrador – o pensamento sistêmico¹ –, indispensável a uma grande variedade de campos científicos e tecnológicos.

Sob estas circunstâncias, é salutar destacar algumas configurações de famílias na contemporaneidade:

Nuclear simples/reconstruída	Família Mosaico
Nuclear com avós cuidando de netos	Família Líquida
Monoparental feminina-masculina simples/extensa	Família Colorida

¹ Sugestão de leitura:

Bertalanffy, von Ludwig. (2012). *Teoria dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações*. (6ª ed.). Petrópolis (RJ): Vozes.

Bateson, Gregory. (1979). *Mind and nature: a necessary unity*. Glasgow, Fontana/Collins.

Capra, Fritjof. (1996). *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo (SP): Cultrix.

Foerster, Heinz von. (1996). *Las semillas de la cibernética; obras escogidas* (2ª ed.). Barcelona (Esp.): Gedisa.

Maturana, Humberto R. & Varela F. (1979). *Autopoiesis and cognition. The realization of living*. Dordrecht (Hol.): D. Reidel Publishing Co.

Morin, Edgar. (1997). *O método. A natureza da natureza*. (3ª ed.). Lisboa (Port.): Publicações Europa-América.

Morin, Edgar. (1991). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa (Port.): Instituto Piaget.

Watzlawick, Paul, Beavin Janet Helminck & Jackson, Don D. (1967). *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. Nova Iorque (EUA): Norton & Co.

Família de adoção
Família Alargada ou Extensa
Família Unipessoal

Família de coabitação
Família Institucional

Independentemente da forma como as famílias se configuram, ao olhar para o contexto saúde-doença, a aproximação e convivência entre seus membros lhes conferem características especiais de sentido e pertencimento, estes possibilitadores do *ser-agir* diante dos desvios de saúde de seus sistemas parentais.

No encontro deste direcionamento está a necessidade de ampliação do olhar dos profissionais, entretanto, sensíveis a perceber a família através das lentes delas. Contudo, não tenho aqui a pretensão de desvincular a experiência vivida pelos profissionais, mas atentá-los para a reflexão sobre o trabalho com famílias.

Nesta abordagem tenho me debruçado nos últimos tempos ao estudo de resiliência e o aprofundando no Estágio Pós-doutoral, na Universidade Federal de Santa Catarina, na compreensão de ser este um construtor à práxis profissional nos cuidados às pessoas em condição crônica - estas em sua maioria, pessoas idosas coabitando espaço-tempo com seus familiares. Assim, um construto que versa sobre o potencial de habilidade cognitiva emocional-intelectiva de adaptação da pessoa para o seu processo de viver humano.

Este tema nos permite trabalhar com as potencialidades das pessoas, ou seja, numa perspectiva em que emerge o empoderamento, o qual se baseia na “capacidade de controle pessoal e na autonomia, que remeteriam para a autoavaliação das competências e para a autoestima” (Anaut, 2005, p.77).

No entanto, nosso foco não se assenta no conceito de empoderamento, pois existem outras articulações teóricas da resiliência, como salienta Anaut (2005), razão pela qual os investigadores-cuidadores precisam está atentos para evitar confusão de conceitos e melhor compreender as particularidades e a complementaridade das abordagens de modo a evitar contornos detonantes perante à resiliência. Nesse direcionamento, assentada na autora supracitada, abordo alguns temas associados à resiliência e seus conceitos:

- a) *Empowerment* – “designa a capacidade de controle e sensação de poder sobre o meio ambiente, ligado ao reconhecimento pelo indivíduo das suas competências neste domínio” (p.77). A autora destaca que os investigadores canadenses utilizam o termo ‘habilitação’ para traduzir *empowerment*; outros propõem o

neologismo ‘capacitação’. No entanto, entre seus conceitos, os termos têm aproximação entre si e têm como essência - o fazer emergir as capacidades e competências que as pessoas possuem e levar a utilizá-las.

- b) *Bienveillance* – palavra originária do francês que designa bons tratos ou o bem-estar subjetivo e é utilizada na abordagem do chamado polo positivo, relacionado aos comportamentos humanos quanto à qualidade de vida e à satisfação, ou seja, a percepção do próprio sujeito que avalia seu grau de satisfação. Isso implica componentes cognitivos e emocionais. No entanto, esse conceito é ainda difícil de situar-se na abordagem de conceitos teóricos de resiliência.
- c) Com grau de proximidade ao *bienveillance* emerge no contexto associado ao estudo de resiliência os *bons tratos*, “um processo federador das noções de resiliência, *empowerment*, sentimento de coerência e *coping*” (p.79). Este conceito é perspectivado como podendo dar conta de conhecer como se constroem as inter-relações que conduzem à adaptação dos sujeitos e grupos, e também aos processos protetores em jogo na resiliência.
- d) *Coping* ou comportamentos de ajustamento ou estratégias de ajustamento – refere-se a um conjunto de esforços cognitivos designadamente destinados a controlar, a reduzir ou tolerar situações de enfrentamento interno e ou externo ameaçadores dos recursos individuais (Lazarus & Folkman, 1984). Outras definições há que concorrem para a mesma designação dos autores, em que se busca a identificação das estratégias de adaptação das pessoas, mas também com o estudo da sua eficácia. Contudo, salienta Anaut (2005), que “os laços conceptuais entre *coping* e a resiliência parecem a primeira vista muito estreitos; no entanto, é preciso não os confundir”, pois como destaca a autora: “o *coping* surge como uma forma de resiliência, ou mais exatamente, pode servir para descrever uma certa abordagem do processo de resiliência, a partir de uma abordagem essencialmente comportamental e consciente” (p.82), ou seja, o *coping* tem a ver com as respostas a uma determinada situação. Neste sentido, é preciso atenção ao uso dos termos de modo a bem-saber diferenciar as abordagens conexas à resiliência. Trata-se de considerar dois processos: 1) a resiliência como a capacidade de enfrentar; e 2) prosseguir em desenvolvimento

e aumentar suas competências numa situação adversa e, por assim dizer, é em parte inata e em parte adquirida, inscrevendo-se num *continuum*.

Diante desta multiplicidade de contornos permeáveis à resiliência na complementaridade, convém trilhar um caminho que nos possa ajudar a melhor compreender seu desenvolvimento. Para tanto, emerge a necessidade de historicizar o tema e em que área vem sendo utilizado.

O vocábulo resiliência é um termo de origem francês, originário do latim *resilientia*; os estudos sobre essa palavra têm ascendência na física, no uso de materiais como aço, referindo sua capacidade de elasticidade e plasticidade. Perfazendo um estudo na história da palavra, chegamos ao inglês Thomas Young, considerado um dos primeiros cientistas a proferir o termo resiliência, ao estudar a relação entre tensão e deformação de barras metálicas no século XIX, sobre a mecânica dos sólidos (Timoshebo, 1983), e a partir deste para as estruturas mecânicas como automotivos, edificações, informática, macrossistemas, nanossistemas e, mais recentemente, para os sistemas humanos nos estudos das ciências humanas e sociais.

Assim, a resiliência enquanto conceito originário da física – pensada numa mecânica dura, difundiu-se alcançando as demais ciências na contemporaneidade, demonstrando o potencial humano para entender e sistematizar a construção do saber. Trata-se aqui de olhar para a física quântica e a abertura para a mudança de paradigma e perceber a transformação epistemológica em curso e a complexidade que se abre à nossa frente, como salienta Morin (1991-1997).

Na língua portuguesa, a palavra resiliência, aplicada em ciências humanas e sociais, tem como compreensão do termo a capacidade das pessoas de retornar a seu equilíbrio emocional após sofrer grandes pressões ou estresse, adotando habilidades que lhes permitam lidar com os problemas, pressão ou estresse. Apesar desta, trata-se de uma compreensão que margeia a ciência física que a fez originar-se dos metais duros. No entanto, o conceito de equilíbrio aplicado ao humano, em nosso entendimento, tem dificuldade de aderência, pois estamos a considerar pessoas – sujeitos de instabilidade, subjetividade, emoção, ser relacional, e como tal, revelado como em ação pendular e não em equilíbrio; assim, poderíamos dizer sujeito em equilíbrio fluente (Silva, 2007).

Em cada uma das áreas de aplicação da resiliência, delineia-se um quadro conceitual de muitas definições, colocando exigências à criatividade humana para bem

saber usá-la, de modo a evitar uma panaceia de correlações não necessariamente fiáveis para o desempenho dos sistemas que desenvolvem pessoas, e assim, sem significado.

Adentrar nesse universo de significado e significância tem-se mostrado uma necessidade cada vez mais imprescindível na busca por compreender o conceito de resiliência, e em que esta implica na adaptação sócio-individual da pessoa idosa, família e o viver em condição crônica.

Tecendo reflexões finais

Olhar o envelhecimento e a família sob o prisma do pensamento sistêmico se mostra como importante estratégia de perscrutá-los em sua multidimensionalidade. A partir daí, será possível ampliar o foco para os fatores enoveladores ao seu processo de viver humano, os quais se apresentam em um contexto multifacetado que captura os saberes sobre o processo formador, fragmentador da dicotomia teoria-prática; o elevado índice de analfabetismo do Brasil - 88ª posição no *ranking* da educação mundial; o fenômeno do envelhecimento humano; a história da distribuição de renda, das desigualdades socioeconômicas e raciais; a mortalidade e comorbidades causadas pelas doenças crônicas; as muitas configurações de famílias, entre outros fatores.

Neste cenário, compreender a família do século XXI, para elaborar estratégias de atenção à sua saúde, mostra-se necessário às Políticas Públicas Sociais e de Saúde e do exercício do cuidado profissional. Também enredar na sua compreensão os saberes sobre seus modos de ser e existir, os elementos culturais que determinam a estrutura familiar, sua capacidade de resiliência, sua evolução à luz do ciclo vital e as escolhas referentes aos seus hábitos/atitudes no contexto intergeracional e transgeracional.

Assim, a família compreendida como constituinte e constituída pela sociedade - um sistema relacional humano - que determina ser cuidada-pesquisada nas suas características sociais e nos seus fatores constitutivos.

Referências

- Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa (Pt): CLIMEPSI Editores.
- Brasil. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 27. *Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010*. Rio de Janeiro (RJ). Recuperado em 18 junho, 2012, de: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2010/SIS_2010.pdf.
- _____. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília (DF).
- _____. (1996). Ministério da Educação. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Promove a descentralização e a autonomia para as escolas e universidades, além de instituir um processo regular de avaliação do ensino. Recuperado em 02 agosto, 2010, de: http://www.mec.gov.br/home/legislacao/de_fault.shtm#superior.
- _____. (1998). Secretaria da Educação Fundamental. *Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental – introdução aos parâmetros curriculares nacionais*. Brasília (DF): MEC/SEF.
- Camarano, A.A. (Org.). (2004). *Os muitos brasileiros. Muito além dos 60 anos?* Rio de Janeiro (RJ): Ipea.
- Donati, P. (2008). *Família no século XXI: abordagem relacional*. João Carlos Petrini, Trad.. São Paulo (SP): Paulinas.
- Kalache, A., Veras, R.P. & Ramos, L.R. (1987). O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*, 21(3), 200-210. São Paulo (SP).
- Kalache, A. (2008). O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(4), 1107-1111.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Now York (EUA): Spring.
- Morin, E. (1991). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa (Pt): Instituto Piaget.
- Morin, E. (1997). *O método. A natureza da natureza*. (3ª ed.). Lisboa (Pt): Publicações Europa-América.
- Paim, J.S. (2008). Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.de V.C., Noronha, J.C.de & Carvalho, A.I.de. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil: 547-73*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz.
- Ramos, L.R., Rosa, T.E.da C., Oliveira, Z.M., Medina, M.C.G. & Santos, F.R.G. (1993). Perfil do idoso em área metropolitana na região Sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. São Paulo (SP): *Rev. Saúde Pública*, 27(2), 87-94.

- Santos, D.M.S., Costa, L.C., Rodrigues, M.R.de P. & Liberato, E.M. (2008). Convivência familiar na velhice. São José dos Campos (SP): *Revista UniVap*, 15(27), 124-127.
- Silva, L.W.S.da. (2012). *Família em contexto: multiversas abordagens em investigação qualitativa*. Luzia Wilma Santana da Silva. (Org.). Salvador (BA): Arcádia.
- Silva, L.W.S.da., Silva, D.S.da, Gonçalves, L.H.T., Costa, M.A.da S.M.C.da, Martins, M.M.F.P.da S. & Figueiredo, M.H.de J.S. (2008, nov-dez.). Família uma unidade de cuidado para seus membros: inquietações reflexivas. *SERVIR*, 56(5), 112-119. Lisboa (Pt.).
- Silva, L.W.S. (2007). *A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2*. Tese de doutorado. Florianópolis (SC): UFSC/PEN.
- Teixeira, C.T. & Solla, J.P. (2006). *Modelos de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador (BA): Edufba.
- Teixeira, C.T., Paim, J.S. & Vilasboas, A.M. (1998). SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Brasília (DF): *Informe Epidemiológico do SUS*, 7(2), 07-28. CENEPI/MS.
- Timosheibo, S.P. (1983). *History of strength of materials*. Stanford.
- Veras, R.P. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-554.

Recebido em 19/11/2013

Aceito em 19/12/2013

Luzia Wilma Santana da Silva - Enfermeira. Doutora em Filosofia da Saúde e Sociedade UFSC/PEN. Prof.^a do Departamento de Saúde/UESB. Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha: Família em seu Ciclo Vital. Coordenadora do Núcleo interdisciplinar de estudos e extensão em cuidados à saúde da família em convivibilidade com doenças crônicas-NIEFAM. Membro do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica – NUCRON, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
E-mail: luziawilma@yahoo.com.br