

ENFOQUE SISTÊMICO: UMA DISCUSSÃO SOBRE MUDANÇAS DE MODELOS NO PSF*

SYSTEMIC APPROACH: A DISCUSSION ABOUT PARADIGMATIC CHANGES IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM

ENFOQUE SISTÊMICO: UMA DISCUSIÓN SOBRE MUDANZAS DE MODELOS EN EL PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA (PSF)

Nei Ricardo de Souza¹

Tânia Madureira Dallalana²

¹ Psicólogo do Distrito Sanitário do Portão, Especialista em Saúde da Família – UFPR e mestrando em Sociologia – UFPR.

² Psicóloga do Hospital de Clínicas – UFPR, Professora do Núcleo de Estudos em Saúde da Família – UFPR, Especialista em Terapia Familiar e Terapia de Casal – PUC-SP e Mestre em Psicologia Clínica – PUC-SP.

* Artigo extraído da monografia “Psicoterapia Familiar no PSF”, apresentada ao término de curso de Especialização em Saúde da Família – UFPR, 2003, acrescido de novas contribuições.

RESUMO: A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) implica em mudanças conceituais na prática assistencial. Este trabalho tem por objetivo desenvolver uma reflexão sobre esta situação. Por meio de consulta à bibliografia faz-se um breve relato das idéias relativas a atenção à saúde ao longo do tempo até culminarem no PSF. Também caracteriza o enfoque sistêmico, apresentando-o como um modelo teórico compatível com o PSF e examina como a atenção básica à saúde tem enfrentado mudanças de orientação em seu funcionamento. A conclusão que estabelece é que se as representações sociais dos grupos forem adequadamente trabalhadas convertem-se em um fator facilitador de mudança; caso contrário, tornam-se obstáculos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família, Teoria Sistêmica, Teoria das Representações Sociais; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT: The implementation of the Family Health Program (FHP) causes conceptual changes in health care. This report aims to develop a reflection about this issue. Through the bibliographical consultation, it makes a brief report about the ideas related to health care history, in regard to the FHP. The report also organizes ideas about the Systemic Theory and introduces this theory as a theoretical model for work in the FHP as well as analyzes the ways in which the primary health care has faced changes in its functioning orientation. The conclusion is that the social groups' representations can facilitate changes if the groups are properly handled. Otherwise, they become an obstacle.

KEY-WORDS: Health Family, Systemic Theory, Social Representation Theory; Family Health Program.

RESUMEN: La implantación del Programa de Salud de la Familia (PSF) compromete mudanzas conceptuales en la practica de la asistencia a la salud. Este estudio tiene como objetivo desenvolver una reflexión sobre tal situación. Por intermedio de la consulta a la bibliografía se hace un breve relato de las ideas concernientes a la atención a la salud a lo largo del tiempo, hasta culminar en el PSF. Caracteriza también el enfoque sistémico, con el fin de presentarlo como modelo teórico compatible a ese programa y estudia como la atención básica a la salud ha enfrentado mudanzas de orientación en su funcionamiento. La conclusión que se establece es que si las representaciones sociales de los grupos fueren adecuadamente trabajadas se convierten en factores viables de mudanzas; de lo contrario se vuelven en obstáculos.

PALABRAS-CLAVE: Salud de la Familia, Teoría Sistémica, Teoría de las Representaciones Sociales; Programa Salud de la Familia.

Recebido em: 19/12/2003

Aceito em: 05/02/2004

Nei Ricardo de Souza

Rua Brasília Itiberê, 3603

Curitiba - PR

Fone: 41 9979-5637

E-mail: nrsouza@yahoo.com.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) representa uma tentativa de quebrar paradigmas e tornar a assistência à saúde mais eficiente. Sua proposta de trabalho abrange ações preventivas e curativas e um envolvimento maior das equipes de trabalho com a população.

Sua prática pode ser ainda mais enriquecida pela incorporação do modelo sistêmico, que se propõe a compreender as situações dentro de seu contexto próprio sem fazer referências a generalizações redutoras.

Todavia, os processos de mudança nem sempre são fáceis de ocorrer, seja para alterar o funcionamento de uma Unidade de Saúde Básica para uma de PSF, seja para assimilar na saúde pública o pensamento sistêmico. Este artigo considera estes três momentos: a instituição do PSF, as contribuições que o enfoque sistêmico pode prestar-lhe e a análise dos processos de mudança na atenção básica à saúde.

UM POUCO DE HISTÓRIA E ALGUMAS DEFINIÇÕES

As idéias de doença, cura e terapia são tão antigas quanto a própria humanidade. Provavelmente sempre houve a figura de um terapeuta portador de determinado conhecimento que tinha por função instituir tratamentos para alterar condições consideradas patológicas. Na Antigüidade, o curandeiro efetuava intervenções nas forças da natureza, fosse sob a forma do uso de substâncias ou através de manipulações mágicas, pois tal era o paradigma vigente na época. Sob a denominação geral de xamãs, estas pessoas, que ainda podem ser encontradas em nosso meio, consideravam-se o elemento de ligação entre os demais mortais e as forças divinas existentes. Neste ponto da História, a cura estava fortemente relacionada com o misticismo. Assim sendo, os sistemas antigos necessitavam de um mediador entre o mundo dos espíritos e dos homens, donde deriva a raiz etimológica de palavras de uso atual: médico, medicina, remédio, todas elas apontando para um processo de mediação, ou seja,

a disposição de um elemento que pode re-estabelecer a ligação entre dois outros que fora rompida.

Na Grécia Clássica, a figura de Hipócrates de Cós é considerada o pai da medicina moderna¹. Sua teoria dos quatro humores forma uma das primeiras teorias sistematizadas que buscam tecer explicações sobre temas específicos ligados a doença e que se encontram no indivíduo, abstraindo-se de buscar causas sobre-humanas para as patologias.

A investigação empírica sobre o adoecimento inicia-se aqui, ao menos tomando como referência a Civilização Ocidental. Todavia é no médio Oriente que vai proliferar, dada a influência religiosa que passa a vigorar no Ocidente e que, de certa forma, tende a mitificar toda a experiência humana. Somente no início do 2º milênio, após encontros forçados de culturas, decorrentes das cruzadas, o ocidente entra em contato com o conhecimento do mundo grego e árabe e então se inspira em uma nova tradição de pesquisa².

Com o Renascimento e o Iluminismo a razão humana luta para recuperar seu lugar no mundo. Combinado à crescente idéia de uma ciência empírica, passa a promover investigações mais concretas que culminam com o estudo do corpo humano *in situ*, estabelecendo um marco estruturalista na área da saúde: para explicar a vida e o aparecimento das doenças, busca-se conhecer as estruturas do organismo e seu funcionamento.

Sob a influência de grandes nomes como Descartes e Newton, a ciência em geral adota modelos mecanicistas para descrever seus fenômenos de estudo. A Biologia explica o viver e o adoecer em termos de mecanismos adequados ou defeituosos. Neste cenário surgem obras como a Anatomia de André Vesálio, de 1543, e a descrição da circulação sanguínea por William Harvey, em data próxima³. A busca por estes mecanismos subjacentes aos processos vitais vai se intensificando e o surgimento de tecnologia de apoio auxilia a alimentar tais procedimentos. Por exemplo, o invento do microscópio por Leeuwenhoek, em torno de 1600, permite identificar microorganismos e estruturas não

visíveis ao olho nu as quais se descobriu estarem associados ao aparecimento de doenças. Neste ponto consolidam-se algumas idéias como a determinação biológica das doenças e a vinculação da saúde com aparatos tecnológicos, que permitem inicialmente efetuar uma melhor investigação e depois intervir na doença em busca de sua cura. Estes axiomas passam a ser centrais na área da saúde e tem influenciado seu desenvolvimento nos últimos séculos.

Tendo por foco a busca por estruturas e conseguindo penetrar cada vez mais fundo em sua descrição, parece surgir a conseqüência inevitável que é a especialização do profissional, pois cada área acaba delimitando o campo de seu conhecimento. Orientada pelo paradigma cartesiano, onde o todo deve ser decomposto em suas partes para que estas sejam estudadas e aquele compreendido⁴, as ciências da saúde se fragmentam, determinando as linhas de estudo que vão culminar com as especialidades como cardiologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia e outras.

O foco de atenções é deslocado do ser humano em sua integralidade para seus órgãos e sistemas internos. Se antes buscava-se compreender o indivíduo estudando as partes que o formam, agora busca-se compreender as sub-partes, decompondo-as ainda mais em seus elementos. Aparentemente a idéia de saúde não é mais a de uma pessoa saudável, mas sim de órgãos saudáveis.

Pode-se dizer que este *modus operandi* foi eficaz e transmitiu tal segurança à sociedade que se consolidou plenamente. Sendo assim, o que se percebe no senso comum é que a cultura ocidental carrega consigo a idéia de que um especialista deve cuidar da saúde das pessoas. Este é um ponto de destaque ao qual retornaremos adiante.

Até aqui, a ênfase que a saúde confere à compreensão do processo saúde/doença é eminentemente biológica, focada nos aspectos mais materiais, ou seja, na estrutura físico-química do homem ou na estrutura físico-química de outros seres, quando interferem no humano.

A despeito desta ênfase, novos fatores foram sendo levantados e sua relevância foi ganhando importância na compreensão do adoecimento. Fraiz⁵ tece considerações esclarecedoras sobre o chamado Movimento da Medicina Social, de 1849, e a correspondente determinação social do processo saúde/doença, que resgata o contexto de vida das pessoas em sociedade como fator que interfere em seu bem-estar.

O enfoque social é relevante principalmente para a saúde coletiva e é caracterizado pelo atendimento de grandes contingentes populacionais. Em nosso contexto, quem responde por esta demanda é o Sistema Único de Saúde (SUS), que desenvolve o cuidado à saúde da população. Ao longo de sua história, ele adquire diversos formatos e, sob a égide do Ministério da Saúde, procura se redefinir e lançar estratégias na busca de maior eficácia.

Neste sentido, surgiu há cerca de nove anos uma estratégia de cuidado denominada de Programa Saúde da Família (PSF). Concebido com o objetivo de reorganizar o nível primário de atenção à saúde, enfatiza mais a prevenção do que a cura de doenças e trabalha segundo princípios de vigilância epidemiológica e multidisciplinaridade⁶.

Nesta estratégia, o foco de atenção sofre nova mudança: passa a ser a saúde da família. A postura anterior estruturada sobre a realidade anátomo-fisiológica é revista e passa a visualizar um objeto de trabalho mais ampliado: o grupo social primário de todo indivíduo. Havendo tal acréscimo algumas questões podem ser levantadas: a alteração do foco de atenção está claramente compreendida pelas pessoas envolvidas no processo? É possível realizar distinções na forma de prestar o cuidado à saúde na versão anterior e na proposta? Existe clareza quanto aos benefícios advindos desta mudança? Há exemplos comparativos relevantes?

Deste conjunto de questões, esta parte do artigo focaliza a primeira delas.

Sendo a saúde da família o novo foco de atenção é necessário caracterizá-la corretamente, de forma a permitir ao profissional de saúde uma idéia clara de

onde ele irá dirigir suas ações de cuidado, pois quando se inicia uma nova proposta de trabalho, busca-se esclarecer conceitos-chave que tenham relevância para o bom andamento do processo.

Contudo, chama a atenção que documentos que estipulam as diretrizes oficiais do programa que contemplam seu funcionamento, organização, recursos e outros fatores⁷, deixam a desejar quanto as definições precisas e o lapso mais grave é terem omitido uma conceituação clara do que se entende pela própria família.

Se esta definição não é fornecida, supõe-se que esteja implícito aceitar as definições correntes do termo, sendo assim, parte-se para a análise de alguns exemplos.

O verbete família, no dicionário, traz como definições “pessoas aparentadas, que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos” e “ascendência, linhagem, estirpe”^{8:289}. Estas duas definições enfatizam por um lado os papéis desempenhados na família em uma mesma realidade física e, por outro, o aspecto mais tradicional a ela conferido, o de ligação entre gerações.

Outra definição é “um grupo social que consiste de pais ou pais substitutos e crianças”⁹. Aqui se nota a preocupação em fazer uma abertura para o conceito de pai, admitindo como válido para constituir família também os pais substitutos. Todavia, circunscreve a família ao grupamento pais-filhos, sendo por demais restrita se compararmos com as possíveis relações de parentesco.

Outra definição é trazida por Aguiar¹⁰:

O conceito de família em PSF, por ser operacional, é mais amplo. Trata-se de um sistema de indivíduos que mantém consigo alguma relação de vínculo e compromissos necessários à sobrevivência, como alimentação, abrigo, proteção, afeto e socialização, no todo ou em parte, sendo parentes consanguíneos ou não. Pessoas pertencentes a este sistema vivendo sob tetos diferentes não excluem a

classificação de família caso sejam observados os vínculos mencionados anteriormente.

Esta definição parece ser mais completa, pois engloba diversas dimensões da família, como relacionamento, parentesco, compromisso e co-habitação e a insere no PSF. Um texto, que explora amplamente a questão da conceituação da família é de Silveira^{11:59}. Diversos pontos de vista são debatidos, com referências na história, na sociologia e antropologia. A autora procura ressaltar que:

Família, embora não sendo um conceito unívoco, remete à idéia de um grupo de parentes co-residentes, ou seja, um grupo doméstico, cujo parentesco pode advir de consangüinidade, aliança ou adoção. Para esse grupo, a finalidade precípua de sua existência é a manutenção econômica, a identificação individual e coletiva e a criação dos filhos.

Nesta definição amplia-se a compreensão de laços de parentesco, porém mantém-se a família dentro de casa, ressaltando o fato de residir junto para legitimar sua constituição.

Para Angelo e Bousso^{12:14}:

Pode-se considerar a família como um sistema ou uma unidade, cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, pode conter ou não crianças sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre os seus membros e as funções de cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização.

Estas autoras conferem caráter bastante plástico à formação familiar, admitindo diversas possibilidades para sua constituição. Afirmam que existe um compromisso, sendo este um ponto questionável por não ser necessariamente possível afirmar que os membros da família se sintam comprometidos com algo ou entre si mesmos.

De qualquer forma, após a análise destas definições, pode-se dizer que uma família pressupõe a idéia de unidade e, deste modo, é possível utilizar como referência às idéias de Maturana¹³. A família vista como unidade, aproxima-se do conceito de unidade composta, ou seja, é formada por unidades simples. Estas formam então um conjunto, que por sua vez apresenta duas características fundamentais: estrutura e organização. Por estrutura entende-se a dimensão física de suas unidades simples e por organização, as relações entre elas.

As definições acima descrevem ora a estrutura da família, ora sua organização, ora ambas. Caso a ênfase recaia apenas sobre sua estrutura – os indivíduos ou unidades simples que a formam – deixa-se de atingir um nível superior de complexidade do sistema, conforme explicado por Bertalanffy¹⁴. As relações familiares não se reduzem à realidade anatomo-fisiológica de seus indivíduos. Sendo assim, ao se considerar um programa de saúde da família, é necessário cautela para não recair em formas anteriores de cuidado à saúde, pois pode-se não se tratar propriamente a família, mas sim os seus elementos constituintes.

A proposta do PSF, em tese, consideraria a família tanto em seu aspecto estrutural quanto organizacional, a fim de abranger sua complexidade. Há questões que dificultam este olhar mais amplo, como o fato de que a ênfase da formação do profissional de saúde é de caráter eminentemente biológico. Dissemina-se como objeto de estudo o organismo e, conseqüentemente, o indivíduo que o contém. Mesmo definindo a saúde a partir de outras dimensões, o maior peso é sempre atribuído ao aspecto físico e, não raro, os demais aspectos são reduzidos a ele, como no caso de se explicar transtornos mentais somente com base em alterações do Sistema Nervoso.

Questões relativas a formação dos profissionais de saúde já foram levantadas por Linhares e Yajima¹⁵ que apontam para as necessidades daqueles que trabalham no PSF se capacitarem na atuação clínica e também em abordagens familiares e comunitárias.

Esta seria uma das formas de permitir mudanças na prática assistencial, tornando-a realmente mais abrangente.

Capra¹⁶ já havia alertado que reduzir o viver a fenômenos moleculares não seria suficiente para compreender a vida humana e isso é tanto mais verdadeiro em relação ao aspecto relacional. Sendo assim, é possível adotar uma concepção que permita estudar esta complexidade sem a típica fragmentação que acaba por descaracterizá-los. É a proposta do enfoque sistêmico, ao qual nos dedicaremos a seguir.

O ENFOQUE SISTÊMICO COMO ENRIQUECIMENTO PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL

Uma série de fatos e eventos foram relacionados com o intuito de reconstruir o caminho das idéias que embasam o cuidado à saúde, bem como seus pressupostos. Este itinerário culminou, ao menos no que toca à saúde pública, com o surgimento do PSF. Aqui, a intenção é enriquecer a proposta deste programa, embasando com o enfoque sistêmico, um olhar profissional direcionado à dimensão relacional das famílias.

Na década de 30, surge uma linha de pensamento que se opõe a tendência fragmentadora até então dominante na ciência. Ludwig von Bertalanffy usualmente é considerado o pioneiro desta corrente, tendo a denominado de Teoria Geral dos Sistemas (TGS). Seu objetivo era estudar aquilo que os diversos sistemas tinham em comum, procurando compreendê-los em sua totalidade e semelhança. Ele entendia que cada sistema era um todo organizado formado por suas partes componentes e que independentemente de sua configuração específica, possuíam propriedades gerais. A TGS se propunha a interagir com diversas áreas de conhecimento como biologia, administração, economia e engenharia, dentre outras, na busca por estudar seus fenômenos característicos.

Enquanto o paradigma cartesiano procurava decompor o todo em suas partes para estudá-las separadamente, o novo paradigma tinha por foco a totalidade do sistema, considerando que sua

decomposição acabava por alterar suas características fundamentais. Desta forma, concebia-se que o todo tem propriedades que não se encontram em suas partes isoladas, conforme já mencionado para a situação da família e dos indivíduos que a compõem.

Os sistemas são compreendidos através de vários conceitos comuns, donde se destacam: a *globalidade* – uma mudança em uma parte afeta o todo – a não-somatividade – o sistema não é apenas a soma de suas partes – e a homeostase – tendência à auto-regulação que mantém o sistema.

Outro ramo do conhecimento que surge proximamente a TGS e une-se a ela formando uma identidade coesa é a cibernética, entendida como a ciência do controle e da comunicação, que se ocupa em estudar processos de realimentação, auto-regulação e auto-organização. A realimentação, é a descrição da utilização de um resultado produzido por determinado processo para interferir no próprio processo, intensificando ou reduzindo seus efeitos finais. A *auto-regulação* ocorre por meio da realimentação e é responsável pela manutenção de um funcionamento estável do sistema. A auto-organização é a emergência de novas estruturas e novas formas de funcionamento do sistema¹⁷. Estes conceitos são importantes porque são inerentes ao sistema como um todo e não se encontram nas partes que o formam. A cibernética levantou princípios gerais relativos a organização de sistemas que foram extrapolados para vários contextos.

O pensamento sistêmico é uma amálgama entre TGS e cibernética. Sua característica mais dominante é ser contextual, ou seja, leva em consideração uma coletividade de partes que circundam a um componente focal particular e mantém com ele uma relação significativa e dinâmica¹⁸. Isolar os fenômenos de seu contexto é, em certo sentido, descaracterizá-los. Deste modo, a ciência de laboratório desenvolve uma compreensão apenas parcial daquilo que estuda.

O caráter contextual do enfoque sistêmico tem profundas implicações na área da saúde. Sua inserção neste campo ocorreu sobretudo na saúde mental. Enquanto as demais especialidades

continuavam orientadas pelo modelo orgânico, um grupo multidisciplinar de pesquisadores em Palo Alto, Califórnia, passou a reconsiderar os pressupostos que orientavam o tratamento de pessoas com transtornos mentais. Começaram a reconhecer a importância dos relacionamentos nos processos patológicos, modificando a crença até então vigente de que o indivíduo adoce apenas em função de seu mundo intrapsíquico¹⁹.

Inaugura-se a prática terapêutica dirigida para a família, onde o quadro mórbido passa a ter nova significação. Um comportamento julgado inadequado, que era atribuído a uma deterioração no sistema psíquico, adquiria nova dimensão, sendo passível de ser compreendido em termos inter-relacionais.

Este salto no entendimento dos transtornos mentais revelou um novo modo de fazer terapia. Observou-se que um membro sintomático da família poderia denunciar um padrão intrincado de relacionamento. Ele seria o foco original de tratamento, mas a terapia sistêmica reverteu este panorama, apontando para o contexto em sua totalidade como carente de cuidado. Watzlawick, Beavin e Jackson²⁰ apontaram o fato de que ao desconhecer aquilo que desencadeia determinados eventos, há uma tendência a atribuir a elementos diversos a causa destes eventos. Este é um ponto-chave para o PSF: o que leva um quadro de diabetes a descompensar? O que desencadeia crises convulsivas? Por que uma criança fica febril? Através do enfoque sistêmico vê-se que a resposta nem sempre é da ordem do somático e abrem-se possibilidades para a introdução dos aspectos relacionais, principalmente aqueles ligados ao conflito.

O indivíduo sintomático pode agir como depositário de uma situação de crise mais ampla. O papel do sintoma é então revisto. Para Haley²¹ ele é considerado uma metáfora sobre a vida familiar, uma forma de comunicar algo que não encontra outro modo de expressão. Desta maneira, o cuidado com a família não se pauta apenas em **curá-lo**, mas compreender a situação global da qual ele provém.

O enfoque sistêmico vem sofrendo alterações, de modo que sua expressão atual é menos normativa e possui as seguintes características: sujeito e objeto não são mais vistos separadamente; os sistemas não podem ser instruídos, nem curados, apenas estimulados a reagirem com suas próprias possibilidades; o equilíbrio tem características mais dinâmicas do que estáticas; a norma é reconhecida como forma de dominação; os processos mentais do indivíduo são permeados pela linguagem e socialmente construídos.

Esta exposição sobre o pensamento sistêmico e sua evolução tem a intenção de sinalizar sua importância para o PSF. Enquanto o modelo de cuidado orientado pelo diagnóstico-conduta intervém no indivíduo doente, a proposta sistêmica é procurar compreender o contexto onde esta doença surgiu. Este estudo cuidadoso permite identificar se o aparecimento de uma patologia é apenas um processo orgânico ou se está correlacionado com fatores inter-relacionais. Tal distinção é importante para orientar corretamente as medidas de cuidado a serem tomadas. Conforme já citado, o modelo de formação vigente na área da saúde foca o tratamento da doença em si, colocando em segundo plano o contexto do qual ela provém. A sistêmica procura considerá-lo equitativamente, identificando-o, em muitos casos, como o foco principal de atenção. Para o PSF o contexto familiar pode se mostrar carente de cuidado, o que implica relacionamentos e não só biologia.

A própria definição do que deve ser tratado é um dado em aberto dentro do referencial sistêmico contemporâneo, basta lembrar que ações normativas são uma forma de dominação, ainda que isso não seja percebido. Tome-se por exemplo uma pessoa que é considerada portadora de Depressão Recorrente – CID 10 F33²², usualmente sua conduta passa a ser explicada em função desta situação apenas. O meio onde ela vive enxerga unicamente uma **depressiva**, sua realidade existencial fica reduzida a este rótulo, seja na família, no trabalho ou no local de cuidado à saúde. Em determinado

momento a própria pessoa internaliza o diagnóstico e se define a partir de sua **patologia**.

A idéia de um diagnóstico essencialista se altera quando a situação é compreendida enquanto processo. Aliás, o que se espera é que aqueles que estão envolvidos na situação apontem o problema a ser resolvido e não que isso parta de um observador supostamente distante, dotado de poder e autoridade. O tratamento por sua vez não objetiva unicamente eliminar uma patologia, mas facilitar um processo de auto-regulação.

Como a maioria dos profissionais de saúde concebem o adoecimento a partir de causas orgânicas, convém citar exemplos de situações relacionais que podem levar ao adoecimento individual, seja físico ou mentalmente. As etapas próprias ao ciclo de vida familiar são capazes de desencadear crises neste sentido.

O casamento é o momento de formar uma nova família, seja formalizado ou não. Dependendo dos padrões aprendidos na família de origem de cada cônjuge, a nova união pode ser marcada pelo conflito entre os envolvidos. Há situações que permitem antecipar probabilidades de ajuste problemático, tais como a proximidade ou distância exageradas da residência das famílias de origem e dificuldades de relacionamento de um dos cônjuges com irmãos ou pais, dentre outras²³.

A chegada dos filhos também é uma fase permeada por idealizações. Esta passagem para o papel de pais pode ser difícil para algumas pessoas. Entre os fatores relevantes neste momento estão a redução na intimidade do casal e a dificuldade para compatibilizar as atividades familiares e profissionais, principalmente para as mulheres²⁴.

Na evolução natural da família não tarda o momento em que os filhos se tornam adolescentes. Nesta fase surgem conflitos, usualmente envolvendo liberdade e responsabilidade ou o acréscimo da autonomia dos filhos em detrimento do decréscimo da autonomia dos pais sobre eles²⁵.

Quando os filhos saem de casa, a relação familiar passa por nova transição e o casamento

muda de função, por não ser mais justificado apenas para a criação dos filhos. Além disso, o relacionamento pais/filhos evolui para um relacionamento mais adulto. Estas tarefas asseguram um processo adequado de adaptação, caso contrário uma crise familiar pode sobrevir, conhecida comumente como síndrome do ninho vazio, que indica a dificuldade de uma família se reequilibrar após a saída dos filhos de casa²⁶.

Por fim, os estágios tardios da vida possuem diversas variáveis que colocam em xeque a estrutura familiar. Trata-se de estados crônicos de doença, perdas de entes queridos e limitações gerais advindas com a idade, como a aposentadoria e o isolamento social. Tais eventos podem precipitar crises na medida em que não forem sendo assimilados²⁷.

O enfoque sistêmico é abordado com a proposta de que todo profissional de saúde da família se oriente segundo ele. Há especificidades nas atividades, como por exemplo a psicoterapia familiar, que demanda uma formação e um treinamento especiais, não estando ao alcance de qualquer profissional. Mas fora este ponto, pensar em termos sistêmicos está ao alcance de todos, bastando apropriar-se das ferramentas conceituais adequadas que orientam a prática assistencial. A intenção não é que as outras categorias abram mão de seus saberes próprios para substituí-lo pelo sistêmico, e sim, conforme sugerido pelo título desta seção, que enriqueçam sua atuação profissional através dele, desenvolvendo um olhar e uma escuta ampliada do usuário. Também não se trata de optar por um modelo porque é melhor do que o outro, mas de aproveitar os pontos fortes de cada um deles. Todavia existem dificuldades para essa mudança, conforme será tratado a seguir.

MUDAR OU NÃO MUDAR? EIS A QUESTÃO

A primeira parte retratou um panorama geral da saúde até o surgimento do PSF, considerando que neste ponto já há uma mudança significativa no modo de olhar o processo saúde/doença. A segunda parte procurou caracterizar o enfoque sistêmico e mostrar

no que ele pode contribuir para o PSF. Deste modo, temos as seguintes transições: saúde individual para saúde de família e esta para o enfoque sistêmico. Resta examinar como este processo de transição ocorre (se ocorre) e quais seus obstáculos e elementos facilitadores. Para isso, vamos adentrar no domínio das representações sociais.

Quando o cuidado com a saúde tem por objeto o indivíduo, uma série de representações é construída e engloba concepções sobre doença, tratamento, medicamentos, papel do médico, papel do usuário, papel das instituições de saúde, etc. Estas representações se desenvolveram e se desenvolvem continuamente ao longo da história. Elas adquirem formas determinadas e são partilhadas pelos diversos grupos humanos, de maneira que algumas delas são amplamente gerais na sociedade e outras mais restritas a alguns nichos. Os profissionais possuem suas representações, bem como os usuários.

Mas estas representações possuem um caráter *sui generis*; sendo próprias de um grupo, elas aparecem a partir da associação de idéias dos indivíduos que formam este grupo, mas não são como a soma destas idéias e sim adquirem uma qualidade geral, inerente à totalidade onde ocorrem. Durkheim²⁸ comenta a este respeito que as representações sociais estão para os indivíduos assim como a vida está para a célula, ou seja, é um fenômeno decorrente da associação dos elementos, mas não está em nenhum deles isoladamente. A vida é uma propriedade da célula, mas não dos átomos de carbono que a constituem. O que um grupo pensa é próprio do grupo e isso significa que se um indivíduo mudar seu modo de pensar, a representação social como um todo pouco varia.

Qual a importância disso para o tema tratado neste artigo? Diríamos que as mudanças no cuidado a saúde tendem a ser realizadas *por decreto*, sem considerar as representações sociais. Com efeito, estas representações são *atos sociais*^{**}, no sentido

^{**} Fato social é aquele "que é geral no conjunto de uma dada sociedade tendo, ao mesmo tempo, uma existência própria, independente de suas manifestações individuais."²⁹

durkheimiano e, sendo assim, devem ser tratadas como se fossem coisas²⁹, o que significa reconhecer sua realidade.

Engana-se quem imagina que basta fornecer novas diretrizes de atuação para que tudo se altere como num passe de mágica, sem dar conta desta dimensão representativa. O mais provável é que um novo discurso seja proferido e até incorpore novos termos, mas que seja vazio, pois a prática não muda em função dele.

No caso do PSF isso pode ser notado com clareza. A maioria dos profissionais de saúde tem uma visão de cuidado à saúde voltada para o indivíduo. A representação social do papel deste profissional está consolidada por séculos de prática e imagina-se que basta dizer, como que por encantamento, *agora vamos fazer PSF* para mudar isso. Que pretensão!

A própria palavra *programa* possui um significado específico na saúde coletiva, conta portanto com uma representação comum a todos os profissionais da área. Ao designar a saúde da família por programa, há um endosso de todo este conteúdo representacional a isso que não é de forma alguma um programa em sentido estrito, mas um modelo de reorientação da atenção básica. A incorporação do Programa Saúde da Família tende a se fazer de modo superficial, aproximando-o de outros programas já existentes como de hipertensos e diabéticos, mãe curitibana, saúde da criança e outros. Estes programas – desta vez em sentido estrito – operam segundo o modelo diagnóstico-conduta e pouco ou nada têm em comum com a saúde da família. Aqui existe um caso evidente de desprezo pelas idéias representacionais de determinado grupo.

O papel das representações sociais é mais importante do que se costuma reconhecer. Elas efetuam uma espécie de mediação entre duas dimensões distintas mas que devem ser ligadas. Em Moscovici “parece responder à necessidade de adaptar a ciência à sociedade e a sociedade à ciência, e às realidades que ela descobre.”^{30:78}. Assim, o saber da ciência da saúde possui sua forma pura, mas para tornar-se prático demanda uma instância

mediadora. A representação social do corpo de profissionais é quem efetua a passagem deste saber teórico para a atividade propriamente dita; é a maneira de incorporar conhecimentos, traduzidos de forma a permitir sua inserção no cotidiano.

Quando este saber puro muda, demanda nova mediação, ou mesmo tradução, até ser novamente incorporado pelos diversos grupamentos. Este processo não é instantâneo, possui grande inércia a ele associada. Não raro, as mudanças não são compreendidas de imediato e existe uma tendência a representar o novo encaixando-o dentro do já estabelecido, sem efetuar distinções apropriadas, como no uso da palavra *programa*, mencionado acima.

Até aqui comentamos sobre as representações sociais dos profissionais de saúde, mas também é relevante examinar, ainda que brevemente, os conteúdos representacionais da população usuária dos serviços assistenciais.

Na primeira parte do texto comentamos que, de modo geral, a população tem a noção de que sua saúde vai ser melhor cuidada por um especialista. Isso é um exemplo de representação social, bem como outras noções correntes, por exemplo, a necessidade imperativa de exames, a eficácia exclusiva dos internamentos e a suposição de que uma unidade de saúde presta um serviço de menor qualidade (não há porque não mencionar isso)^{***}.

Outra situação típica é a alienação dos usuários em relação ao cuidado com a própria saúde, devido a figura mitificada do médico, que detém o saber e o poder para tomar decisões e prescrever medicamentos e condutas. Isso faz igualmente parte de representações sociais, algumas delas comuns para profissionais e para usuários.

Pois bem, implanta-se então uma estratégia que em certo sentido reverte esta situação até o momento estabelecida. O médico passa a ser generalista, outros profissionais adquirem o direito à voz própria, a população pode opinar e tem força

*** Caberia aqui também uma análise da ideologia – no sentido marxiano – subjacente a este tipo de representação, mas ela escapa aos objetivos do artigo.

para introduzir mudanças na organização do sistema de saúde e as atividades preventivas/educativas adquirem maior relevância. Será que isso está sendo assimilado?

É pouco provável! Centenas de hipertensos comparecem nos grupos instituídos e os números estão, via de regra, dentro do *pactuado*, ou seja, seguem as metas estipuladas pela Secretaria de Saúde. Mas esta é uma ação surda, porque se houvesse escuta seria fácil perceber que estes hipertensos freqüentam os grupos porque são coagidos indiretamente pela necessidade de obter medicação. Eles próprios pouco reconhecem a importância deste procedimento coletivo e continuam esperando com ansiedade a consulta com o especialista. Isso ocorre desta forma porque não foram respeitadas e nem trabalhadas as representações sociais. Não obstante, se a realidade da assistência muda, a população se vê obrigada a se adaptar a ela.

Outro aspecto no mínimo curioso, considerando que nos referimos à questão das representações sociais, é o efeito que tem sobre usuários participar destes grupos. Eles cristalizam a representação que é feita da doença sob a forma de diagnóstico, pois seus participantes se definem a partir da condição que os vincula. Um grupo de hipertensos será sempre *um agrupamento de pessoas portadoras de hipertensão*, estigmatizadas por essa condição. Neste caso, todo o cuidado assistencial é incapaz de promover uma mudança na auto-imagem dos usuários, pelo contrário, acaba reforçando o estado de fragilidade de sua saúde.

Lembramos que toda esta análise se refere apenas a primeira transição: de saúde individual para saúde de família. Na realidade ela está sendo usada para exemplificar que as mudanças não ocorrem de forma tão simples como se pode imaginar. A dimensão da representação social, do imaginário, tem existência em si, não podendo ser ignorada. Na monografia da qual este artigo deriva, foi realizado um atendimento familiar psicoterapêutico em uma

unidade de saúde convertida a PSF a pouco mais de dois anos (na época)^{****}. Em um dado momento esta família foi questionada acerca desta mudança e a resposta obtida foi: O que é isso? Esta resposta sintetiza o que foi desenvolvido nesta parte.

De qualquer forma, ainda há uma segunda transição a ser comentada, saúde da família para enfoque sistêmico. Na realidade, conforme já proposto, não se trata de uma transição propriamente dita, mas de uma complementação, porém o caráter de mudança também se faz presente.

Pelo que foi exposto na segunda parte, esta mudança se justifica, pois o enfoque sistêmico pode contribuir efetivamente para o cuidado de diversos casos. Mas a intenção aqui é alertar para que erros não sejam cometidos, no sentido de menosprezar as representações sociais, tanto dos profissionais quanto da população. E como isso pode ser feito? Respeitando o tempo necessário para que as representações sociais mudem, é a resposta. A este respeito, Oliveira comenta que "Falar em representações era pois falar numa mediação entre o que muda e o que permanece."^{31:186}. Aqui, o mesmo caráter mediador da representação social aparece em outro aspecto. O que muda vai sendo incorporado ao que permanece na medida em que é representado pelos diversos grupos.

Não há outra forma de promover mudanças que não gradualmente. Se for aceita a incorporação do enfoque sistêmico nas práticas assistenciais, e temos razões para recomendar isso fortemente, um processo de implantação bem estruturado torna-se necessário, podendo tomar a forma de educação continuada onde o livre debate sobre o tema seja aceito, como um modo possível de facilitar a compatibilização destas idéias com aquelas já representadas.

Concluindo, a busca por incrementar a eficácia da assistência a saúde é uma necessidade e um desafio. Necessidade porque a demanda é sempre

^{****} Recomendamos aos interessados em se aprofundar no enfoque sistêmico a leitura desta monografia, pois nos capítulos 3 e 4 foi realizado um estudo de caso aprofundado segundo diretrizes sistêmicas. Além disso, as sessões estão transcritas o que ilustra a prática sistêmica.

crescente e quanto mais o serviço for eficiente, mais vai haver demanda, pelo simples motivo de que as pessoas buscam eficiência****. Desafio porque o número de variáveis das quais a saúde pública é função é imenso, conseguir equacionar todas elas é uma tarefa hercúlea. Não obstante, há ações práticas nem sempre tão complexas que podem ser relevantes para melhorar o atendimento prestado, a adoção do enfoque sistêmico é um exemplo.

Fica apenas a ressalva de que esta mudança, como qualquer outra, corre o risco de sabotar a si mesma caso não seja realizada de maneira consistente. E no caso de grupos, esta consistência é obtida dentre outras providências, pela consideração cuidadosa das representações sociais ativas nestes grupos. Consideramos que este artigo atingiu seu objetivo se fomentar duas discussões: uma sobre a possível orientação sistêmica das práticas assistenciais e a outra sobre o papel das representações sociais na facilitação das mudanças na área da saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Sousa OR. História geral. São Paulo: Ática; 1985.
- 2 Savelle M. História da civilização mundial. Belo Horizonte: Itatiaia; 1964.
- 3 Enciclopédia Barsa. Rio de Janeiro; 2000.
- 4 Capra F. O tao da física. São Paulo: Cultrix; 1980.
- 5 Fraiz IC. De Virchow à Laurell – entendendo a determinação social do processo saúde-doença. Texto extraído da dissertação de Mestrado em Sociologia Gestação: itinerário terapêutico e peregrinação – um estudo sociológico da perda do bebê no bairro Sítio Cercado – Curitiba: UFPR; 2001.
- 6 Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- 7 Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Avaliação da implantação e funcionamento do programa de saúde da família – PSF. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
- 8 Ferreira ABH. Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1995.
- 9 BVS Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em ciência da saúde. Disponível em <http://decs.bvs.br>. Acesso em 29/04/2003.
- 10 Aguiar RAT. SUS baseado em conhecimento. Informação para tomadores de decisão. Glossário. Disponível em <http://www.saudepublica.bvs.br>. Acesso em 28/04/2003.
- 11 Silveira ML. Família: conceitos sócio-antropológicos básicos para o trabalho em saúde. Família, Saúde e Desenvolvimento, 2000; 2(2):58-64.
- 12 Ângelo M, Bousso RS. Fundamentos de assistência à família em saúde. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Ministério da Saúde. Manual de enfermagem para o programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 13 Maturana H. A ontologia da realidade. Belo Horizonte: UFMG; 1997.
- 14 Bertalanfy LV. Teoria geral de sistemas. Petrópolis: Vozes; 1977.
- 15 Linhares ENP, Yajima S. Necessidades e perspectivas da formação na graduação, pós-graduação e serviço em saúde da família. [monografia]. Curitiba (PR): Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná; 2000.
- 16 Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1980.
- 17 _____. A teia da vida: uma nova compreensão dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix; 2002.
- 18 Umbarger CC. Terapia familiar estrutural. Santiago: Amorrortu; 1983.
- 19 Grandesso MA. Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
- 20 Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix; 1981.
- 21 Haley J. Psicoterapia familiar: um enfoque centrado no problema. Belo Horizonte: Interlivros; 1979.
- 22 OMS. Classificação Internacional das Doenças – 10ª revisão. São Paulo: Edusp; 1994.

**** Caberia aqui uma observação se a saúde pública realmente deseja ser eficiente, mas essa idéia não será desenvolvida agora.

- 23 McGoldrich M. A união das famílias através do casamento: o novo casal. In: Carter B, McGoldrich M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artmed; 1995.
- 24 Bradt JO. Tornando-se pais: famílias com filhos pequenos. In: Carter B, McGoldrich M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artmed; 1995.
- 25 Garcia Preto N. Transformação do sistema familiar na adolescência. In: Carter B; McGoldrich M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artmed; 1995.
- 26 McCullough Pg, Rutemberg SK. Lançando filhos e seguindo em frente. In: Carter B McGoldrich M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artmed; 1995.
- 27 Walsh F, McGoldrich M. Morte na família. Porto Alegre: Artmed; 1993.
- 28 Durkheim E. Sociologia e filosofia. São Paulo: Ícone; 1994.
- 29 _____. As regras do método sociológico. In: Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural SA; 1973.
- 30 Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- 31 Oliveira MSBS. Representação social e simbolismo: contribuição à sociologia brasileira. Revista de Ciências Humanas; (7-8): 173-93.