

## **Famílias em situação de pobreza: do risco à proteção**

**Andrea C. Lovatto, Alcindo Ferla**

O objetivo deste estudo, que consistiu em uma revisão sistemática de literatura, foi identificar as especificidades dos contextos familiares em situação de pobreza com vistas à análise do cuidado em saúde. Conhecer as especificidades da cultura dos grupos populares, parcela significativa da população do país, é fundamental para a realização de um trabalho efetivo de cuidado em saúde.

Nas fontes pesquisadas constatou-se que nesta camada da população as famílias possuem características próprias, muitas vezes desconhecidas pelos profissionais de saúde. Apesar do grande número de famílias que vive 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.

Esta realidade de família, composta por pai, mãe e crianças não parece fazer muito sentido quando se pensa em famílias de classes populares. 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).

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. 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).

Outro fator que deve ser considerado é a identificação dos fatores de risco e de proteção presentes. 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). Diversas situações de risco estão presentes em todas as famílias, porém as mais prejudicadas parecem ser as famílias pobres, pois os indivíduos têm uma grande probabilidade de serem expostos a adversidades múltiplas (Walsh, 2005).

Apesar do evidentes riscos aos quais as crianças estão expostas, eles não determinam o futuro das mesmas. Segundo 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. Existem alguns fatores de proteção para a resiliência. Segundo Eisenstein e Souza (1993), fatores de proteção são “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.

Podemos perceber que não se pode pensar nas crianças separadamente do contexto onde elas estão inseridas, ou seja, da família e demais ambientes de convívio. Segundo Walsh (2005), 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. A resiliência percebida na unidade familiar como um todo é denominada resiliência familiar. Através da abordagem da resiliência, pode-se fortalecer os aspectos positivos destas famílias.

Walsh (2005) apresenta algumas diretrizes práticas para fortalecer famílias que se encontram em situação de extrema vulnerabilidade. Estas diretrizes são utilizadas para apoiar os esforços da família para administrarem suas vidas em meio a tantas adversidades: 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.

A abordagem da resiliência possibilita a construção de planos de cuidado centrados na produção da saúde e baseados no contexto singular dos indivíduos que demandam cuidado. Esta abordagem vai ao encontro da proposta das linhas de cuidado, cujo conceito central é o da integralidade e busca mudar o modelo assistencial vigente. De acordo com Merhy (2002), o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos) prevalecem no atual modo de produção de saúde. As outras tecnologias citadas pelo autor são: as tecnologias leve-duras, que são definidas pelo conhecimento técnico, e as leves, que são as tecnologias das relações.

Sobre este modelo, Franco (2003) afirma que para um serviço produzir saúde, este deve basear seu trabalho nas tecnologias leves e leve-duras. De acordo com Ceccim (2007), “atender integralmente supõe corresponder aos componentes singulares em que se inscreve uma demanda em saúde, apreendendo as singularidades e não apenas as homogeneidades daquilo que demanda cuidado” (s.p.)

Mostra-se fundamental a construção de planos de cuidado que ampliem o foco da doença do indivíduo, marca da clínica biomédica. A abordagem da resiliência, focando a compreensão do indivíduo em seu contexto singular e nos fatores de proteção presentes, permite a construção de um plano de cuidados não centrado na cura da doença, mas na promoção da saúde.

De um modo geral, os dados obtidos enfatizam a importância do conhecimento da

diversidade cultural existente entre os grupos sociais que co-existem em nosso país, para a realização de um trabalho efetivo com a população mais pobre. Esse conhecimento é fundamental para os profissionais de saúde, que frequentemente não têm estes aspectos considerados em sua formação, e que atuam diretamente junto às famílias carentes. Mostra-se importante também um maior envolvimento dos trabalhadores de saúde com a formulação das políticas públicas. Além disso, é fundamental um maior investimento em políticas públicas para reduzir o quadro de adversidades presente na vida de grande parcela da população do país.

#### Referências:

CECCIN, Ricardo Burg. **Linha de cuidado em obstetrícia e neonatologia: dispositivo para a integralidade da atenção em saúde da mulher e uma imagem para a educação dos profissionais de saúde.** Disponível em [http://www.abenfors.org.br/cobeeon/e-book/mesas/6/cobeeon\\_24.pdf](http://www.abenfors.org.br/cobeeon/e-book/mesas/6/cobeeon_24.pdf) Acesso em: 20 out. 2009.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Horizontes do indivíduo e da ética no crepúsculo da família. In: RIBEIRO, Ivete; RIBEIRO, Ana Clara. (Orgs). **Família em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira**. São Paulo: Loyola, 1995. p.13-20.

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

FRANCO, Tulio. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado.** Disponível em [www.professores.uff.br/.../integralidade\\_na\\_assistencia\\_a\\_saude\\_tulio\\_franco\\_helvecio\\_magalhaes.pdf](http://www.professores.uff.br/.../integralidade_na_assistencia_a_saude_tulio_franco_helvecio_magalhaes.pdf). Acesso em 27 out. 2009.

EISENSTEIN, Evelyn; SOUZA, Ronald Pagnoncelli. **Situações de risco à saúde da crianças e adolescentes.** Petrópolis: Vozes, 1993.

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

MERHY, Emerson. **A cartografia do trabalho vivo.** São Paulo, Hucitec, 2002.

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

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

WALSH, Froma. **Fortalecendo a resiliência familiar.** São Paulo: Roca, 2005.