

**PERCEPÇÕES E CRENÇAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
SOBRE RESILIÊNCIA EM FAMÍLIAS MONOPARENTAIS POBRES**
**PERCEPTIONS AND BELIEFS OF HEALTH COMMUNITY AGENTS ABOUT RESILIENCE IN
SINGLE PARENT POOR FAMILIES**
**PERCEPCIONES Y CREENCIAS DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD SOBRE
RESILIENCIA EN LA FAMILIA MONOPARENTAL POBRE**

Maria Angela Mattar Yunes¹, Narjara Fernandes Mendes², Beatriz de Mello Albuquerque³

¹ Psicóloga. Doutora em Psicologia da Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professora Adjunto do Departamento de Educação e Ciências do Comportamento e Superintendente de Pesquisa da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

² Pedagoga. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental na FURG. Atuou nesta pesquisa como bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica CNPq/FURG no período de agosto de 2002 a janeiro de 2005.

³ Pedagoga. Professora da rede pública no município do Rio Grande. Atuou nesta pesquisa como bolsista de Bolsa de Iniciação Científica CNPq/FURG no período entre 2002 e 2004.

PALAVRAS-CHAVE: Família. Agente comunitário de saúde. Educação em saúde. Saúde da família.

RESUMO: O estudo teve por objetivo investigar que idéias, crenças e percepções de resiliência em famílias monoparentais emergem dos discursos dos agentes comunitários de saúde. Tomou-se como base a noção vigente de resiliência aplicada à Psicologia. Seis agentes de diferentes bairros de Rio Grande - RS foram entrevistados e solicitados a caracterizar as famílias que compõem sua experiência cotidiana e famílias monoparentais que superam as dificuldades da pobreza. A maioria descreveu as famílias pobres como carentes, desestruturadas e acomodadas à pobreza. Apesar de alguns relatos apresentarem as transformações positivas das famílias após a monoparentalidade, o trabalho dos agentes parece focar apenas as questões das doenças físicas em detrimento dos aspectos de saúde psicológica do grupo familiar. Portanto, as percepções e crenças sobre resiliência são frequentemente pessimistas. Estes resultados sugerem a necessidade de programas de formação que possibilitem que os profissionais realizem um trabalho psico-educacional que ofereça condições para o desenvolvimento saudável das famílias.

KEYWORDS: Family. Comunitary health. Health education. Family health.

ABSTRACT: The present study aimed to investigate which ideas, beliefs and perceptions of resilience in single-parent families emerge from the discourses of health community agents. The notion of resilience used in Psychology was taken as a reference. Six health community agents from different neighborhoods in Rio Grande - RS were interviewed and asked to describe families according to their everyday experience and single-parent families that “overcome poverty adversities”. Most of them described poor families as “needy, unstructured and passive to poverty”. Although some narratives presented the positive changes that followed the families’ single-parent condition, the agent’s work seemed to focus more on the questions related to physical diseases than the psychological health aspects. Therefore, the perceptions and beliefs about resilience are frequently pessimistic. These results suggest the need for educational programs to facilitate the professionals’ work with a psychological and educational emphasis towards conditions for the healthy development of families.

PALABRAS CLAVE: Familia. Agente comunitario de salud. Educación em salud. Salud de la familia.

RESUMEN: El estudio tuvo por objetivo investigar que ideas, creencias y percepciones de resiliencia en familias monoparentales afloran de los discursos de los agentes comunitarios de salud. Para ello, se ha apoyado en la noción vigente de resiliencia aplicada a la Psicología. Seis agentes de distintos barrios de Río Grande - RS fueron entrevistados e invitados a caracterizar las familias que hacen parte de su experiencia cotidiana y familias monoparentales que superan las dificultades de la pobreza. No obstante, algunos relatos presentaren las transformaciones positivas de las familias luego que la monoparentezez, el trabajo de los agentes parece destacar solamente cuestiones sos enfermedades frágis, en perjuicio de los aspectos de la salud psicológica del grupo familiar. Por lo tanto, las percepciones y creencias sobre resiliencia son frecuentemente pesimistas. Estos resultados sugieren la necesidad de programas de formación que posibiliten que los profesionales realicen un trabajo psico-educativo que enfatice condiciones para el desarrollo saludable de las familias.

Endereço: Maria Angela Mattar Yunes
R. Gen. Portinho, 35, Ap. 802
96.200-210 – Centro, Rio Grande, RS.
E-mail: yunes@vetorial.net

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 05 de agosto de 2005
Aprovação final: 10 de novembro de 2005

INTRODUÇÃO

Os agentes comunitários de saúde fazem parte de dois programas de saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado e financiado pelo Governo Federal desde 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994 a partir do PACS.

No PSF os agentes comunitários de saúde (geralmente em número de quatro a seis) participam de ações junto a uma equipe multiprofissional que é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. Este programa tem como principal propósito reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, para substituir o modelo tradicional. São priorizadas as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. As famílias são atendidas na unidade básica de saúde (posto de saúde próximo) ou em suas residências. No PACS, os agentes comunitários de saúde realizam um trabalho semelhante, com a diferença de que os integrantes do PSF fazem parte de uma equipe que se propõe a estar em constante movimento de colaboração e suporte mútuo. Os integrantes do PACS atuam sozinhos nas vilas, calcados apenas por palestras realizadas esporadicamente por médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde.

Seja no trabalho junto à equipe do PSF ou do PACS, os agentes comunitários de saúde fazem a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês, realizando o mapeamento de cada área e cadastrando as famílias. Além disso, é papel dos agentes, segundo os programas, estimular a comunidade para práticas que proporcionem melhores (termo que será discutido ao longo deste trabalho) condições de saúde e de vida.

A seleção desses profissionais, que é realizada pela Coordenadoria Estadual dos programas do Governo Federal (PSF e PACS), segue os seguintes critérios: a) os candidatos devem ser moradores dos bairros contemplados pelo programa; b) é exigido, como escolaridade mínima, o Ensino Fundamental; c) os candidatos devem realizar prova escrita sobre situações cotidianas e entrevista.

Assim como outros trabalhadores sociais, os agentes comunitários apresentam crenças sobre as famílias pobres com as quais atuam. Em estudo realizado sobre as crenças e a postura de trabalhadores sociais brasileiros de diferentes áreas de formação junto às famílias pobres, foi demonstrado que os grupos que compõem o cotidiano do trabalho dos profissionais

são descritos como acomodados e submissos à situação de miséria, além de “desestruturados”, seja pela sua configuração não-nuclear ou pelas características de violência nas relações intrafamiliares: de abandono, negligência das crianças e incidência do uso de drogas na família.¹ Neste estudo, observou-se que os profissionais acreditam que essas características podem ser transmitidas através das gerações, o que perpetua os mitos familiares de acomodação e desestruturação.¹

Por alguma razão, os profissionais entrevistados acreditam que as famílias pobres sempre replicam (nunca corrigem) os *scripts* das gerações precedentes, pois “não foram encontradas em pesquisas brasileiras, evidências científicas que comprovassem a linearidade destas conclusões”^{1:83} que, todavia, imperam no imaginário dos trabalhadores e provavelmente dirigem as práticas de atuação em saúde junto às famílias. Uma pesquisadora americana faz críticas aos trabalhadores dos serviços de saúde mental por suas tendências em relacionar famílias monoparentais de baixa renda a cuidados parentais negligentes, o que evidencia uma postura profissional que pode culpar a vítima.²

Na realidade, pouco se sabe sobre os processos e a dinâmica de funcionamento de famílias pobres, embora alguns estudos brasileiros demonstrem que essas famílias mostrem-se, muitas vezes, hábeis na tomada de decisões e na superação de grandes desafios, evidenciando uma unidade familiar e um sistema moral bastante fortalecido diante da proporção das circunstâncias desfavoráveis de suas vidas.^{2,3} Sabe-se que as condições indignas e a precariedade das contingências econômicas e sociais que castigam a maioria das famílias brasileiras podem afetar de forma adversa o desenvolvimento de crianças, adolescentes e adultos. Entretanto, isso não pode ser considerado regra sem exceção, pois, muitas vezes, alguns grupos desenvolvem processos e mecanismos que garantem sua sobrevivência, não só física, mas dos valores de sua identidade cultural. Assim, muitos grupos familiares que vivem situações de risco cumprem seu papel de proteção e cuidado e torna-se o contexto essencial para o desenvolvimento saudável de seus membros e não são inevitavelmente “disfuncionais”.⁴

No que se refere ao desenvolvimento saudável é preciso frisar que, no campo da Psicologia, as questões ligadas à saúde, como também a outras áreas, são geralmente definidas em termos de normalidade, equilíbrio e ausência de sintomas do organismo humano. Porém, atualmente tem-se acreditado que a saúde contempla mais do que o bem-estar físico, pois envolve também importantes aspectos do bem-estar

psicossocial. Nesse sentido, “a saúde deve ser considerada como um processo permanente que expressa a qualidade do desenvolvimento do sistema, a qual estará referida tanto aos elementos biológicos, como aos elementos subjetivos e sociais”.^{5,277}

Na esteira dessas reflexões é preciso chamar a atenção para estudos sobre a família, especialmente sobre a família pobre, que enfatizam os aspectos não-saudáveis, ou deficitários e negativos da convivência familiar. Uma criança pobre sintomática ou um adolescente com problemas na escola logo suscitam nas pessoas - educadores ou não - o pensamento de que existem possíveis desajustes nas suas famílias. Por isso, o interesse pelo estudo da resiliência em famílias vem contribuir para reverter esse ciclo de raciocínio, trazendo para o mundo familiar uma ênfase salutogênica.

Mas o que vem a ser resiliência e como seu conceito pode vir a contribuir para implementar o trabalho dos agentes comunitários e os programas de educação de famílias?

CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS SOBRE RESILIÊNCIA EM FAMÍLIA

Em vários países da Europa, nos Estados Unidos e no Canadá, a palavra resiliência é utilizada com frequência, seja no cotidiano de conversas informais, seja para justificar, referenciar e direcionar programas políticos de ação social e educacional. No Brasil, seu uso ainda provoca estranhamento, com exceção de pequenos grupos de pessoas em alguns círculos acadêmicos. Resiliência é um conceito originário da Física e refere-se à capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica ou permanente. Em Psicologia os estudos sobre o tema datam de menos de 30 anos e as definições não são tão precisas, mas em geral referem-se aos fenômenos que explicam o enfrentamento e a superação de crises e adversidades.⁶

Tratar da resiliência em famílias significa focar e pesquisar os aspectos sadios e de sucesso do grupo familiar ao invés de destacar seus desajustes e falhas. “O foco da resiliência em família deve procurar identificar e implementar os processos-chaves que possibilitam famílias não só a lidar mais eficientemente com situações de crise ou estresse permanente, mas saírem fortalecidas das mesmas”.^{7,263} Portanto, resiliência em famílias refere-se a “processos de adaptação e *coping* do grupo enquanto unidade funcional”.^{8,14}

Recentemente foram realizadas algumas pesquisas com famílias brasileiras para se estudar resiliência,^{1,9} já que a tônica dos estudos nacionais e internacionais

sobre esse assunto tem focado o indivíduo, ou melhor, na criança ou adolescente.^{8,10} Atualmente, a resiliência tem sido reconhecida como um fenômeno comum e presente no desenvolvimento de qualquer ser humano,¹¹ e alguns estudiosos têm enfatizado a necessidade de cautela no uso naturalizado do termo.^{1,10}

As famílias monoparentais e de baixa renda, geralmente matrifocais, ou seja, chefiadas por mulheres, constituem um grupo cada vez mais expressivo em nossa sociedade. Segundo dados do censo demográfico de 2000, 10 milhões das famílias são chefiadas por uma única pessoa e 24,9 % das famílias brasileiras são lideradas por mulheres.¹²

Portanto, parece importante que pesquisas científicas sejam desenvolvidas no intuito de investigar como é a vida destas famílias. Alguns cientistas chamam a atenção para o modelo de *deficit* alegando ser preciso reconsiderar adjetivos atribuídos pejorativamente às famílias monoparentais, tais como desviantes, instáveis ou desintegradas, para se perceber que esta é apenas mais uma forma alternativa de família.⁶ É inegável que, quando se trata de famílias de baixa renda, a monoparentalidade pode ser uma dificuldade a mais que sobrecarrega a figura feminina. Isso sugere que as mulheres de classes menos favorecidas e no papel de provedoras enfrentam uma somatória de problemas e mudanças que transcendem a questão da pobreza em si.³ Tais dificuldades podem ainda ser agravadas por questões relativas à saúde de um ou mais membros. À medida que a doença impossibilita alguém de trabalhar, as doenças são eventos ameaçadores à subsistência das famílias de baixa renda. Dessa forma, é preciso relevar a importância de uma rede de apoio social efetiva que possa acolher as famílias que enfrentam um acúmulo de situações de risco psicossocial.

Assim, para conhecer a inserção dessas famílias e suas relações/interações com os demais sistemas ecológicos de influência que definem o ecossistema familiar, parece necessário situar e conhecer mais profundamente os programas públicos de atendimento às famílias através de um estudo sobre a figura do agente comunitário de saúde.¹³ Muito provavelmente, as ações, relações e interações desses trabalhadores com as famílias são construídas a partir do sistema de idéias dessas pessoas ou de seu “modo de pensar” sobre as famílias pobres. À medida que esses agentes realizam um trabalho de contato permanente, proximal e individualizado junto às famílias, a análise de seu trabalho poderá possibilitar conhecer concretamente o papel desempenhado por esses profissionais e investigar ainda as suas crenças sobre as possibilidades de resiliência

das famílias que enfrentam as dificuldades advindas da monoparentalidade somadas à pobreza.

MÉTODODO

Qualquer que seja o objeto de estudo, a escolha metodológica é de importância crucial. No que tange à questão da resiliência em famílias de baixa renda, as dificuldades metodológicas são preocupantes e desafiadoras. Sabe-se que o discurso científico sobre o tema é hegemônico e tem por base os estudos estatísticos, em cuja direção se encontra a maioria das pesquisas na área.⁶ Ao escolher a estratégia metodológica, é importante centrar a atenção àquelas que melhor podem adequar-se à compreensão que o pesquisador deseja obter de um determinado fenômeno. Fazer uma opção metodológica entre quantitativo-qualitativo? Isso não significa de modo algum desconstruir uma ou outra alternativa, mas sim escolher a abordagem que estará em harmonia com a visão teórica que o pesquisador construir sobre o tema em estudo. Quando se trata de resiliência, o pesquisador precisa reconhecer todos os recursos metodológicos que possam, quem sabe, favorecer novas descobertas e ampliar o leque de informações sobre o assunto.

Neste caso, concluiu-se que a abordagem qualitativa poderia ampliar o espectro da visão dominante de resiliência com foco no indivíduo, e que duas seriam as estratégias metodológicas mais adequadas para se abordar o fenômeno das interações entre agentes e famílias na sua complexidade: a entrevista reflexiva¹⁴ e a *Grounded-Theory*.¹⁵

A entrevista reflexiva pressupõe dos contatos com o entrevistado e tem por objetivos não só aprofundar a relação entrevistador-entrevistado, mas também possibilitar a interação do entrevistado com a análise dos dados propriamente dita. Tal interação ocorre no segundo contato, ocasião em que o entrevistador apresenta a pré-análise da primeira entrevista e o entrevistado pode modificar ou ampliar as categorias apresentadas.¹⁴

A *Grounded-Theory* foi cogitada, neste caso, por oferecer as possibilidades de organização de grande quantidade de dados qualitativos de forma menos contaminada pelas idéias teóricas e hipóteses que o pesquisador pode apresentar previamente à realização do seu estudo. É uma abordagem particularmente válida para campos de pesquisa pouco conhecidos, o que é perfeitamente compatível com a proposta do estudo em questão.

Participantes

Foram contatados aleatoriamente seis agentes comunitários de saúde de bairros de baixa renda, também conhecidos como vilas, da cidade do Rio Grande, que relataram em média quatro anos de experiência no atendimento às famílias. Quatro agentes comunitários de saúde pertenciam ao PACS e dois ao PSF. Cinco agentes eram do sexo feminino e um era do sexo masculino. De acordo com os relatos, os agentes são antigos residentes nos bairros nos quais atuam, pois são moradores da região há quase 20 anos. A maioria tem o ensino médio incompleto e atende em média 200 famílias de suas respectivas áreas.

Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de entrevistas individuais gravadas com os agentes. As vilas foram escolhidas aleatoriamente para o estudo. Essas entrevistas continham algumas questões desencadeadoras, tais como: descreva o trabalho realizado junto às famílias; como são as famílias com as quais você trabalha; você trabalha com famílias monoparentais; como elas são; dentre essas famílias monoparentais, como são aquelas que você acha que vivem bem? Essas questões estimularam um amplo relato sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde, bem como trouxeram, nas narrativas, algumas crenças desses profissionais sobre as famílias residentes nas vilas. Cabe ressaltar, ainda, que no início de cada entrevista foi necessário o esclarecimento dos termos resiliência e monoparentalidade utilizados na pesquisa. Sobre resiliência, a seguinte explicação era dada: “resiliência refere-se a um fenômeno que procura estudar e explicar os processos de enfrentamento de crises, traumas e adversidades. Como este fenômeno ainda não está suficientemente explorado no Brasil, estamos conduzindo um estudo sobre esse assunto”. Quanto à expressão “famílias monoparentais” era dito que são “famílias lideradas por um único adulto responsável: pai, mãe, avó, etc.”

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra e, posteriormente, os dados foram analisados qualitativamente, seguindo os passos propostos pela *Grounded-Theory*, para maior compreensão e esclarecimento dos dados analisados e aprofundamento do tema.

Os passos propostos por essa metodologia de análise permitem a descoberta de temas que emergem dos próprios dados durante a análise dos textos.¹⁵ O

processo de ler e reler, escrever e reescrever, ouvir e reouvir as gravações das entrevistas realizadas com os profissionais propiciou a descoberta dos códigos, subcategorias e categorias que serão apresentadas na seção dos resultados.

RESULTADOS

O relato a seguir expressa as categorias extraídas a partir das narrativas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na seguinte seqüência: a) o papel e a postura do ACS no atendimento às famílias pobres e b) suas percepções e crenças acerca das famílias pobres e, dentre estas, as famílias monoparentais em geral e as famílias monoparentais que “parecem viver bem” e superar as adversidades. Todas as declarações dos entrevistados serão identificadas por uma legenda que mantém o anonimato dos participantes (ex.: E1, E2...Ex).

O papel e a postura dos ACS no atendimento às famílias pobres

Os agentes comunitários de saúde relataram ter consciência da importância de seu papel focado no atendimento das famílias, com referências ao trabalho com as gestantes, com os diabéticos, hipertensos, idosos e com as crianças menores de seis anos. A ênfase é no trabalho de orientação e conscientização de aspectos das doenças de origem orgânica (vide Figura 1) em detrimento do incentivo aos aspectos da saúde física e psicológica dos membros da família.

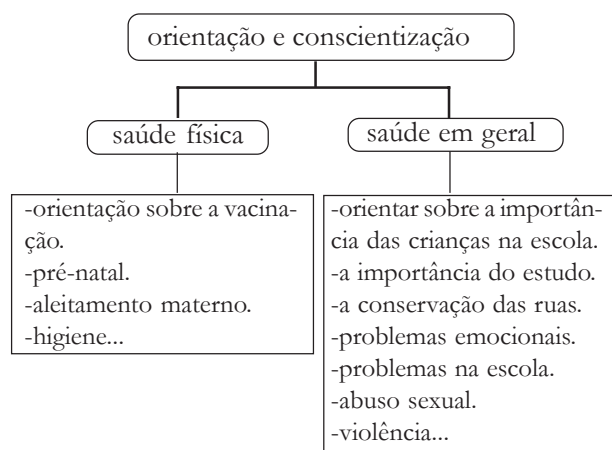


Figura 1 - Representação dos aspectos mais freqüentemente referidos pelos ACS no seu trabalho sobre a saúde das famílias. Rio Grande - RS.

Os agentes comunitários afirmaram que muitas vezes se confrontam com situações em que as famílias expõem suas aflições sobre a educação dos filhos e sobre os aspectos sociais e emocionais. Nesses momentos, os trabalhadores alegam ficar “sem ação” diante dessas situações. Um dos agentes diz que a maioria das famílias tem necessidade de atenção, tal como ser ouvida e ouvir a opinião de outros sobre vários assuntos e situações de convívio familiar.

Apenas dois dos agentes entrevistados afirmam desenvolver um método de trabalho diferenciado e demonstram estar sempre abertos ao diálogo com as famílias para que estas se sintam à vontade e afirmam estabelecer uma relação de amizade e confiança com as pessoas da comunidade em que atuam. Na fala de um deles: *na maioria das vezes eu sou meio assim: meio carinhoso, eu abraço, eu beijo, eu converso (E3)*.

Uma outra importante categoria evidenciada a partir das entrevistas remete à questão da postura dos agentes comunitários de saúde em relação às famílias de baixa renda. Os relatos evidenciam as idiosincrasias nos posicionamentos pessoais dos trabalhadores. As diferenças emergem na forma de tratamento das famílias, pois enquanto um dos agentes atua de maneira assistencialista, fazendo com que as pessoas recorram a ele quando necessitadas: *não tem como tu orientar uma família sobre saúde, se o problema dela é fome. Tu tens também que prestar assistencialismo (E1)*. Outros, expressam críticas ao assistencialismo, enfatizando a necessidade de as pessoas aprenderem a conseguir o que almejam sem ter que recorrer a outra pessoa: *é porque a gente tem que dar pras pessoas a maneira de pescar e não chegar e dar o peixe (E2)*. Dois dos agentes comunitários demonstram ênfase na postura de educador em saúde, estabelecendo uma relação de certa cumplicidade, visando a proporcionar um aprendizado sobre diferentes aspectos da saúde e mudança nos hábitos familiares. Esses agentes alegam questões de reciprocidade nas interações, pois ensinam ao mesmo tempo em que aprendem: *porque assim, a gente ensina e aprende ao mesmo tempo, né?! Um caminho com duas vias. De vez em quando tu chegas em casa pensando: puxa vida, tomei uma lição hoje! Pensei em sair para dar uma lição e tomei uma lição (E3)*.

Nesses discursos, a categoria “ajuda” emergiu em contraposição ao vigiar ou mandar. Esta ajuda vem permeada pelo cuidado e pela transmissão de informações e orientação das famílias: *a gente trabalha assim: não tamos aqui pra mandar em ninguém, não tamos pra cuidar de ninguém, não tamo aqui pra vigiar ninguém; mas sim para ajudar, né, na medida do possível. Se é que essa pessoa quiser nossa ajuda (E4)*.

Percepções e crenças dos ACS acerca das famílias pobres

Constatou-se também a variedade de adjetivos que caracterizam as percepções dos agentes comunitários de saúde sobre as famílias com as quais trabalham. A Figura 2, a seguir, demonstra os principais atributos associados às famílias pelos agentes comunitários de saúde.

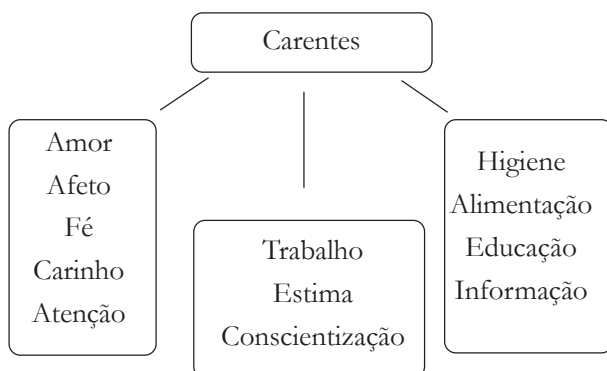


Figura 2 - Características das famílias a partir da percepção dos ACS entrevistados. Rio Grande - RS.

Como se pode ver, todos os agentes reconhecem as dificuldades que as famílias de baixa renda enfrentam. Apesar disso, parece prevalecer a visão determinista e negativa (pelo número de “nãos”) em que a carência, falta e acomodação à pobreza são transmitidas de geração para geração: *eles são pobres, eles passam uma vida pobre para os filhos, acham que é normal. Os filhos já estão tendo filhos, que já se criam na mesma. Então é uma corrente, um círculo vicioso que é muito difícil quebrar e sair dele (E1).*

Um dos agentes enfatiza que algumas famílias são acomodadas e vivem de doações devido à falta de emprego, o que confere uma certa conotação social, política e econômica à condição da pobreza: *agora, claro, tem as exceções: aquelas que vivem de doações, quando não tem o tal bico (E3).*

Outro profissional justifica a acomodação das famílias à condição de miséria responsabilizando o governo pelo assistencialismo prestado às populações de baixa renda. Assim, um dos agentes afirma: *é culpa do governo que dá demais (E5).*

No geral, os agentes comunitários de saúde foram menos específicos nas suas considerações sobre as famílias monoparentais. A maioria dos discursos denotou as dificuldades desses profissionais em elaborar uma descrição ou até mesmo de lembrar-se como são essas famílias: *agora me pegasse de surpresa. Só olhando*

mesmo nos cadastros para que eu possa dizer como são essas famílias (E1). Esse dado nos remete à questão sobre o modelo de família pensado/idealizado, em contraponto aos modelos familiares existentes dentro da comunidade. Parece, com isso, que os agentes comunitários de saúde tiveram dificuldade em caracterizar as famílias monoparentais e de baixa renda, porque estas não se encontram dentro do modelo familiar socialmente considerado como ideal: família composta por pai, mãe e filhos.

Um dos entrevistados caracterizou essas famílias como sendo diferentes umas das outras e, segundo ele, não seria possível generalizar os modos de convívio familiar: *são algumas e não são iguais. Cada uma tem uma característica (E4).*

Outro agente caracterizou essas famílias em duas tipologias: as que trabalham e as que vivem de doações. *Tem essa família que tem um responsável que trabalha ou tem um responsável que vive de doações (E2).*

Dois dos agentes comunitários de saúde entrevistados apresentaram suas crenças positivas sobre as famílias em questão; um desses profissionais percebe que a monoparentalidade melhorou a vida das mulheres devido à ausência de violência nas relações e à melhoria das condições financeiras: *agora, essas pessoas que a situação fez elas ficarem monoparentais deixou assim elas até mais felizes (E2)* e outro agente comunitário de saúde caracteriza essas famílias como unidas, interessadas, trabalhadoras, amistosas, companheiras e cúmplices na sua relação com os demais membros da família: *acima de tudo essas aí tu vê até mais força, porque eles brigam, eles correm. Seja a mãe ou seja o pai, ele consegue ter três, quatro filhos e ir a batalha: vai trabalhar, volta, pega as crianças. Eles são mais interessados (E3).*

Crenças sobre resiliência em famílias monoparentais e de baixa renda

Os agentes comunitários de saúde foram solicitados a apontar os motivos das indicações de determinadas famílias monoparentais e de baixa renda que, nas suas percepções, parecem viver bem e superar as dificuldades. Com isso, foi possível identificar as crenças desses profissionais sobre os fatores que contribuem para a resiliência. A maioria dos agentes entrevistados enfatizou que a família, apesar de viver em situação de pobreza, sabe administrar o pouco que tem, no que se refere aos bens materiais e à renda familiar. *Não é que vivam na melhor das maravilhas, mas é que ela administra bem aquilo dali. (...) Ela mora numa casa boa, bem bonitinha, direitinha, tem banheiro (E1). Porque toda*

peessoa precisa saber administrar, ir adquirindo as coisas aos poucos dentro do possível e vão arrumando a sua vida aos poucos (E6).

Sendo assim, nota-se uma valorização das condições financeiras para a superação das dificuldades. Esse dado reforça o “desvalor” desses agentes sobre as possibilidades de resiliência em famílias que vivem a situação de pobreza e direciona essas possibilidades a famílias que, de algum modo, tenham adquirido ou possuam bens materiais, desconsiderando os fatores interacionais e educacionais da convivência familiar.

Apenas um dos agentes comunitários de saúde apresentou uma visão diferenciada dos demais, sobre as possibilidades de resiliência, apontando a valorização do estudo, da educação e do trabalho, a tranquilidade (ou ausência de brigas e divergências no convívio familiar), a perspectiva e iniciativa de melhoria das condições de vida como características presentes nas famílias monoparentais e de baixa renda que parecem viver bem apesar das dificuldades da pobreza: *elas conseguem se alimentar, elas conseguem se vestir. Agora estão até pensando em até construir. De vez enquanto têm uma dificuldade e outra, mas elas conseguem se virar. E são pessoas assim pra cima, sabes?! Elas conseguem, vão remando, vão de um jeito, vão de outro e não param, progridem. Viver bem eu acho que entra o lado mental, social, financeiro e tudo (E3).*

Esse profissional apresenta crenças sobre resiliência que vão ao encontro das discussões mais atuais sobre o tema, em que se enfatiza a questão da sobrevivência e do enfrentamento das adversidades cotidianas da pobreza, aliados ao olhar positivo e à perspectiva de melhoria da qualidade de vida, como fatores indicativos de resiliência nas famílias de baixa renda.

DISCUSSÃO

As famílias pobres que compõem o cotidiano do trabalho dos agentes comunitários de saúde entrevistados são descritas com adjetivos que evidenciam percepções de vulnerabilidade e fragilidade da dinâmica familiar. Algumas categorias encontradas indicam que os agentes de saúde reconhecem as inúmeras dificuldades e riscos enfrentados pelas famílias em situação de pobreza (fome, baixa escolaridade, analfabetismo, violência, falta de segurança, instabilidade econômica, desemprego). Entretanto, deve-se ressaltar que existe uma multiplicidade de outros fatores que podem ser considerados “risco” na vida das famílias de baixa renda. Dentre esses fatores, pode-se citar, além dos elementos concretos já mencionados, como a extrema miséria e a carência de condições de moradia e

recursos básicos à sobrevivência, também os mecanismos abstratos e implícitos de exclusão social como importantes entraves no trabalho dos agentes comunitários de saúde. Tais fatores macrossistêmicos estão, na maioria das vezes, além das possibilidades de ação desses agentes sociais.¹³

Tais mecanismos de exclusão revelam-se nas crenças pessimistas dos agentes sobre o funcionamento familiar. Essas crenças sugerem que características das próprias pessoas (desinteressadas, preguiçosas, incompetentes, alienadas) são vistas como eliciadoras dos problemas que surgem no cotidiano das famílias, ou seja, “culpadas”. Esses elementos são coerentes com as categorias encontradas em pesquisa anterior sobre as percepções de diferentes trabalhadores sociais (acomodação, desestruturação, violência nas relações intrafamiliares, abandono, negligência das crianças e incidência do uso de drogas).¹ Portanto, a compreensão da experiência dos profissionais entrevistados sugere que a maioria acredita que as famílias pobres têm escassas probabilidades de sucesso diante das adversidades da pobreza. Tais atitudes não são exclusividades de trabalhadores sociais brasileiros, já que uma pesquisa sobre o tema desenvolvida nos Estados Unidos, sobre a atitude de trabalhadores de saúde mental, também mostrou que os profissionais naquele contexto apresentam uma visão de pessoas negras e pobres como “desmotivadas”, “preguiçosas”, “desorganizadas” e impossíveis de serem tratadas.

Essas reflexões nos fazem pensar no modelo de relações que tem sido adotado por esses profissionais no seu dia-a-dia com as famílias pobres. Os dados desta investigação apontaram para a ênfase na saúde física em detrimento da saúde psíquica e emocional. É compreensível que os agentes não se sintam à vontade para lidar com a complexidade do psiquismo humano, no entanto, espera-se que eles sejam capacitados para trabalhar com educação no âmbito da saúde familiar atuando no papel de tradutor das informações, ou seja, transcendendo a mera transmissão de informações para as famílias da comunidade.¹⁶ Fazendo isso, esses profissionais podem estabelecer uma relação de trocas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos, conforme proposto pelas diretrizes dos programas do governo federal.¹

É preciso preparar os agentes para evitar a complementação diádica de papéis na linha de culpabilizar a vítima. Esses trabalhadores, que poderiam e deveriam ser os principais mediadores de proteção das famílias de baixa renda, tornam-se

mantenedores de desigualdades sociais, através das suas percepções e que, em alguns casos, denotam assistencialismo, ou seja, uma “falsa generosidade”, pois não propicia o desenvolvimento de consciência desses grupos.

Os profissionais sociais não podem desconsiderar a difícil trajetória política e social dessas pessoas ao longo de um caminho de pobreza de oportunidades que vem de gerações anteriores. Reconhecer as reais dificuldades vivenciadas historicamente por essas famílias, significa estabelecer uma relação empática e genuína capaz de gerar o desenvolvimento de uma identidade positiva e a consciência transformadora nesses grupos. Do contrário, atitudes negativas no sentido do descrédito dos profissionais em relação às famílias podem agir no sentido de provocar uma atuação paralisada e governada por um sistema de crenças que guiado por idéias de que *as famílias pobres não mudam por que não querem e assim, não há o que fazer por elas [...]*. Manter os personagens da desestrutura e desorganização como fantasmas persecutórios das identidades das famílias pobres significa continuar semeando contrastes, desigualdades e exclusão social de crianças, jovens, adultos e idosos das camadas menos favorecidas de nossa população.

REFERÊNCIAS

- 1 Yunes MAM. A questão triplamente controversa da resiliência em famílias de baixa renda [tese]. São Paulo (SP); PUC/ SP; 2001.
- 2 Sarti CA. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas (SP): Autores Associados; 1996.
- 3 Mello SL. Família: perspectiva teórica e observação factual. In: Carvalho MCB, organizadora. A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC; 1995. p.51-60.
- 4 Lindblad-Goldberg M. Successful minority single-parent families. In: Combrink-Graham L. Children in family contexts. New York: Guilford Press; 1989. p.116-34.
- 5 González FR. Psicologia e saúde: desafios atuais. Psicol. Reflexão Crítica 1997 Fev; 10(2): 275-88.
- 6 Yunes MAM, Szymanski H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J, organizador. Resiliência e Educação. São Paulo: Cortez; 2001. p.13-42.
- 7 Walsh F. The concept of family resilience: crisis and challenge. Family Process 1996 Maio-Jun; 35 (2): 261-81.
- 8 Walsh F. Strengthening Family Resilience. New York/London: The Guilford Press; 1998.
- 9 Ceconello AM. Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco [tese]. Porto Alegre: UFRGS; 2003.
- 10 Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. Psicologia Estudo. 2003; 8 (esp.): 75-84.
- 11 Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. American Psychologist. 2001; 56(3): 227-38.
- 12 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000 [citado 2003 Out 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- 13 Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
- 14 Szymanski H. A entrevista reflexiva. Rev. Psicologia da Educ. 2001 Out-Nov; (10/11): 193-215.
- 15 Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. London: Sage; 1990.
- 16 Wendhausen A, Saupe R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2003 Jan-Mar; 12(1): p.17-25.