



Psicologia: Reflexão e Crítica

Print version ISSN 0102-7972

Psicol. Reflex. Crit. vol.13 n.1 Porto Alegre 2000

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722000000100012>

Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos

Maria Luiza Silva Oliveira
 Ana Cecília de Sousa Bastos¹
 Universidade Federal da Bahia

My SciELO

Custom services

Services on Demand

Article

- Article in xml format
- Article references
- How to cite this article
- Automatic translation
- Send this article by e-mail

Indicators

Related links

Bookmark

| More

Resumo

Este artigo examina práticas de atenção à saúde no cotidiano de famílias de diferentes estruturas e classes sociais. A partir de entrevistas com dez famílias de camada popular e seis de camada média, num estudo etnográfico foram selecionadas quatro famílias com estrutura matrifocal ou formada por novo arranjo conjugal. Analisou-se comparativamente duas famílias de cada estrutura, uma de cada camada social, descrevendo-se recursos e estratégias utilizados e redes de apoio social disponíveis. Os resultados sugerem que, em todos os casos, a mãe é o principal agente de cuidados à saúde. Quanto aos recursos disponíveis, evidenciou-se um estado de desamparo institucionalizado na camada popular. Na camada média predominam comportamentos preventivos em saúde. Nas famílias matrifocais a sobrecarga de trabalho das mães, provedoras e agente de cuidados, surge como aspecto comum e fragilizante. Considerou-se implicações desses resultados na discussão de mecanismos de proteção e risco, relevantes na promoção da saúde no contexto familiar.

Palavras-chave: Família; práticas de atenção à saúde; risco; proteção.

Health care practices in family context: a comparative case study

Abstract

This paper examined everyday health care practices focusing on families with different structures and socioeconomic status, following an ethnographical study with ten low-income families and six middle-income families. Four families (single-mother versus new marital arrangement) were selected to the present analysis. The comparative analysis described the resources and strategies utilized and the social network available for each pair of families. The results suggested that, in all families, the mother is the most important caretaker when it comes to health problems. The expression institutionalized helplessness was employed to describe the insufficient resources available to poor families. The middle-income families showed consistently more preventive behaviors. The overworked single-mothers were characterized at the same time as caretakers and providers. This characteristic is presented as a risk to the family. The results were helped the understanding of mechanisms of risk-protection to health and to health promotion in family context.

Keywords: Family; health care practices; risk; protection.

As famílias diferenciam-se entre si em sua luta pela sobrevivência e pela reprodução da vida. Ao ocupar espaços socialmente diversos, estabelecem relações de convivência, conflituosas ou não, trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos e costumes, transmitindo concepções e cultura. Enquanto sistema em

desenvolvimento, a família precisa ser analisada considerando a variação contextual de seu modo de vida e sua dinâmica ao longo do ciclo vital. A noção de cronossistema é proposta por Bronfenbrenner (1979/1996) justamente para assinalar essa interligação de tempo, processo e contexto. Por outro lado, a interseção de trajetórias e transições no desenvolvimento de indivíduos e famílias com o mundo mais amplo das mudanças sócio-históricas precisa ser analisada para a compreensão da interdependência entre transformações sociais e desenvolvimento familiar (Elder Jr., 1991).

Numa perspectiva tanto sistêmica como desenvolvimental, Saraceno (1989) utiliza a idéia de estratégia como eixo principal para abordar a família. Ao falar de estratégia, supõe-se (a) um ator capaz de avaliar e escolher; (b) a existência de relações de interação interdependente, nas quais os sujeitos estão implicados no alterar o comportamento dos outros com seus próprios movimentos; (c) um conjunto de recursos e delimitadores (*constraints*), incluindo-se aqui equipamentos sócio-sanitários disponíveis; e, (d) um horizonte temporal (simultaneamente passado e futuro, recurso e *constraint*). Na sociedade ocidental, especialmente nos países ditos de Terceiro Mundo, as famílias diferem, muitas vezes flagrantemente, em sua autonomia, hierarquia de poder e acesso a recursos sócio-sanitários. Isto se torna evidente, por exemplo, quando a intervenção do Estado privilegia um tipo de família em detrimento de outros, nos quais as relações entre os membros não podem ser confinadas dentro de uma normalidade que já foi estabelecida *a priori* pelo jogo de forças culturalmente dominante na sociedade. Esta concepção restritiva da família, assumindo a estrutura nuclear como padrão universal, acaba por se tornar um mecanismo que legitima diferenças socialmente injustas, com repercussões sobre as direções assumidas pelas políticas ditas da família, que tendem a dirigir-se a membros individuais, focalizando a mulher mais que o marido, os pais mais que os filhos, os meninos mais que as meninas.

De acordo com Montero (1991), o equívoco essencial dessa definição parcial é circunscrever o âmbito familiar ao nível do privado, como se as relações aí construídas não tivessem impacto sobre o coletivo, "dissolvendo-se, supostamente, nas interações imediatas, no pessoal, na história específica de cada conjunto familiar, perecível, intrascendente, efêmera" (p. 109). Ao contrário, como bem postula essa autora, a família, enquanto uma espécie de unidade de produção social da vida cotidiana, é o vínculo entre individual e social, particular e geral, atuando como "tradutor simultâneo de uma a outra esfera: sua estrutura, atividades, modo de funcionamento e consideração no plano da atividade pública afeta a ambos os níveis." (p. 108)

No Brasil, a organização e funcionamento da vida cotidiana da família vêm sendo profundamente afetados ao longo do tempo pela ação de fatores como o processo de urbanização, as migrações externas e internas, a formação do proletariado, o desenvolvimento da mídia e as modernas condições femininas de vida e de trabalho (Telles, 1990; Woortmann, 1987).

Nas famílias de mais baixa renda, o impacto dessas mudanças pode estar maximizado face à ausência, precariedade ou ineficiência da infra-estrutura de serviços públicos. Os laços afetivos constituem, em muitos casos, a única base de sustentação desses grupos quando partilham os problemas e as dificuldades da vida cotidiana (Bastos & Trad, 1998).

Ainda são relativamente escassos estudos e elaborações teóricas sobre a estrutura e dinâmica da família brasileira, nas diferentes classes sociais. A informação disponível sobre as famílias de baixa renda já sugere, contudo, uma caracterização geral. Nas camadas mais pobres, os núcleos chefiados por mulheres parecem se tornar cada vez mais frequentes, diminuindo, nos grandes centros urbanos, a presença da família extensa. Estudando meninos de rua, Rizzini e Rizzini (1991) observaram a predominância de famílias de mulheres, com filhos menores de 18 anos, variando de cinco a oito membros no grupo, sem parentes e agregados. O vínculo transgeracional é enfraquecido, o que se acentua pelo fenômeno migratório. Há muita gente para pouco espaço (dois a quatro cômodos, menos de 50m²), e falta atenção (carinho, afeto, consideração), o que favorece o conflito e a saída de casa. Há uma desvinculação ou uma fraca vinculação com subsistemas sociais que poderiam funcionar como rede de apoio. Pais e mães são analfabetos ou semi-alfabetizados. Há baixos percentuais de pais trabalhando, com as mães assumindo a responsabilidade da manutenção da família. Sendo a renda insuficiente, crianças e adolescentes tornam-se fonte de sustento, fixando-se a posição de provedor em um ou mais filhos.

Práticas e Crenças Ligadas à Saúde no Contexto Doméstico

A família é, na expressão de Costa e Lopez (1986), o *locus* privilegiado para observar o impacto, a natureza e a atuação das redes de apoio social imediatas ao indivíduo, capazes, em graus diversos, de minimizar os efeitos de estressores na saúde, em diferentes pontos do ciclo de vida. Tomar a família como objeto de investigação e intervenção em saúde requer, como ponto de partida, focalizar seus modos de organização e funcionamento, nos aspectos mais cotidianos de sua existência. É nesse contexto que faz sentido analisar a influência dos valores e costumes de uma comunidade humana sobre a percepção dos sintomas, da enfermidade, sua interpretação e técnicas de tratamento. Enfim, não se pode compreender as reações das pessoas frente às questões ligadas ao binômio saúde-doença sem considerar a cultura em que foram educadas e formas culturais específicas de organização social nessa área.

Kleinman (1980) sugeriu que, em qualquer sociedade complexa, podem ser identificados três alternativas de assistência à saúde: informal, popular e profissional. A informal, que corresponde ao campo leigo, compreende o

auto-tratamento ou auto-medicação, o conselho ou tratamento recomendado por um parente, amigo, vizinho, grupos de auto-ajuda; aqui, a família é o principal agente de cuidados. No auto-tratamento, atua um sistema de crenças sobre a estrutura e o funcionamento do corpo, a origem e natureza das doenças, incluindo a prescrição de tratamento e modos considerados *corretos* de evitar o adoecimento. A alternativa popular compreende os tipos de curandeiros que existem em todas as sociedades, e seus métodos específicos de cura. Finalmente, a instância profissional compreende as profissões regulamentadas como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc. Segundo Helman (1994), essa última representa uma proporção pequena de assistência à saúde na maioria dos países do mundo. Muitas vezes, o médico acaba sendo um recurso escasso, além de estar, geralmente, separado de seus pacientes por classe social, posição econômica, gênero ou educação especializada.

A literatura sugere que o indivíduo submetido a condições adversas usa várias alternativas de superação de agravos que atingem sua saúde: esgotando competências individuais, recorre à rede de apoio social (Costa & López, 1986). Essa rede envolveria dois níveis: o formal (profissionais) e o informal (familiares, vizinhos, etc.), claramente implicados na construção cotidiana do itinerários terapêuticos (Kleinmann, 1986).

As escolhas presentes ao longo desse itinerário são geralmente influenciadas por uma série de fatores, como por exemplo: o contexto em que ocorre a doença, os tipos de assistência disponíveis, a necessidade ou não de pagar por estes serviços, as condições do paciente para arcar com estas despesas, e o modelo que o paciente utiliza para explicar seu estado de saúde.

O impacto de cada um desses fatores será certamente singularizado pela experiência individual, em articulação com as referências sócio-culturais mais amplas. Como observa Alves (1993), "a experiência da enfermidade é subjetivamente dotada de sentido, na medida em que é afirmada como real para as pessoas de uma determinada sociedade. (...) A interpretação da enfermidade tem uma dimensão temporal não apenas porque a doença, em si mesma, muda no decorrer do tempo, mas também porque sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por familiares, amigos, vizinhos e terapeutas" (p. 67). Não é surpreendente, assim, que o indivíduo acabe produzindo mais de uma ou até mesmo várias explicações para o seu problema de saúde, em paralelo à utilização de diferentes sistemas terapêuticos.

No Brasil, investigações sobre sistemas de crenças em saúde e sua articulação com as decisões que os indivíduos tomam no itinerário terapêutico, quando adoecem, são ainda incipientes. A revisão inicial feita aqui focaliza dois grupos de estudos: um primeiro, voltado para a análise da experiência de usuários com serviços de saúde; e um segundo, focalizando representações sociais de saúde-doença. Alguns estudos voltados para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde tangenciam a questão dos modelos de crenças envolvidos nas práticas de atenção à saúde. No entanto, escalas e questionários utilizados por programas de avaliação têm sido criticados por sua inadequabilidade cultural, uma vez que não passam de traduções de modelos americanos e europeus, sem esforços consistentes para adaptação às realidades locais (Atkinson, 1993; Williams, 1994). Uma segunda crítica dirige-se à redução da experiência do usuário no sistema de saúde a uma pergunta dicotômica relacionada a satisfação ou insatisfação. Estes instrumentos não contemplam considerações sobre as crenças, os modos de vida, as concepções do processo saúde-doença dos usuários do sistema de saúde, aspectos que claramente influenciam os modos de utilização dos serviços.

Williams (1994) questiona ainda o modo como o conceito *satisfação do paciente* vem sendo utilizado nos estudos baseados em abordagens quantitativas. Considera que a geração de mudanças relevantes na prestação de serviços necessita de melhores descrições das crenças, das opiniões e dos possíveis modos de viabilização para o sistema de saúde, devendo ser implementadas estratégias metodológicas que permitam aos usuários expressarem-se em seus próprios termos. Nessa perspectiva, têm sido desenvolvidos alguns estudos utilizando enfoques de inspiração etnográfica e/ou mudando o foco de interesse para avaliar o sistema de saúde do ponto de vista do usuário. Atkinson (1993), ao tratar da qualidade dos serviços de pré-natal oferecidos por uma maternidade-escola de Fortaleza, entrevistou as usuárias e os profissionais, analisando as expectativas das primeiras, a organização do serviço, o aconselhamento, o aprimoramento técnico e as relações interpessoais. Na discussão, focalizou-se a relação entre dois conjuntos de percepções: leigas *versus* profissionais. As conclusões deste estudo indicam que os conflitos entre as avaliações feitas pelos provedores e pelos usuários dos serviços de saúde são decorrentes de diferenças nos modelos explanatórios em que cada grupo se baseia.

Um estudo desenvolvido na Bolívia, com o objetivo geral de analisar a qualidade da consulta ambulatorial, no que se refere à relação entre os profissionais e os pacientes, utilizou dados provenientes de questionários, grupos focais, observação direta, entrevistas abertas com informantes-chaves e discussões abertas com a comunidade (Gattinara, Ibacache, Puente, Giaconi & Caprara, 1995). Foi constatada a presença de atitudes discriminatórias com relação aos usuários provenientes de estratos sócio-econômicos mais baixos. Entre os problemas de comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, incluíam-se a percepção de incapacidade diagnóstica e terapêutica pelo usuário, e a incapacidade dos serviços públicos de reconhecer as especificidades interculturais da região. Quando se trata da saúde infantil, os informantes de escolha costumam ser os pais ou avós, e avaliações são feitas tomando a família como uma unidade. Stallard e Lenton (1992) investigaram o nível de satisfação dos pais de crianças que necessitavam de cuidados especiais por serem portadores de paralisia cerebral, considerando a adequabilidade do apoio dado à família, a conveniência das consultas, a prestação de informação sobre a condição da criança. Embora não houvesse queixas quanto às dimensões físicas (consultas terem ocorrido em local, horário e espaço convenientes), observou-se insatisfação quanto à quantidade de informação prestada a respeito dos serviços disponíveis, de benefícios financeiros e direitos

trabalhistas e à falta de oportunidade de falar sobre o futuro da criança. Estes resultados foram discutidos considerando as repercussões sobre a adesão ao tratamento.

Franco (1996) analisou um conjunto de episódios provenientes de sessões de grupos de pais e grupos de acompanhantes ocorridos numa unidade pediátrica hospitalar. Estes episódios caracterizavam-se por descrever elementos de ansiedade relacionados à hospitalização de uma criança. Desta análise pode-se verificar que a informação fornecida aos familiares das crianças não correspondia às suas solicitações, o que mantinha, apesar dos esforços da equipe profissional no desempenho desta atividade, a ansiedade decorrente da incerteza diante da situação. São resultados que apontam para a necessidade de discutir a adequação da formação de profissionais para atuar nos vários níveis de prevenção e reabilitação em saúde.

No segundo grupo de estudos, inclui-se o de Noronha, Barreto, Silva e Souza (1995). Investigando os modos de transmissão e prevenção da Esquistossomose Mansônica numa cidade do recôncavo baiano, onde a doença existe como endemia, esses autores concluíram que a complexidade dos processos cognitivos envolvidos na construção do conhecimento popular acerca da doença traduz-se em ambigüidades no uso do conceito das representações sociais (definidas como idéias e valores aderidos a ações específicas). Haveria uma fusão, no indivíduo, de informações provenientes do modelo bio-médico, da observação direta das atividades desenvolvidas pelo sistema de saúde, e das próprias experiências com a doença, além das possíveis lacunas preenchidas por categorias do imaginário. No estudo em pauta, pôde-se perceber, por exemplo, que os hábitos de higiene, relacionados ao controle das verminoses, estão calcados em noções bem elementares definidas pela cultura acerca do limpo e do sujo. Isso equívale a dizer que tanto os indivíduos como as coletividades participam dessas elaborações, além de reproduzirem sem muito questionamento as ações cotidianas, uma vez que se trata de internalizações com as quais se sentem familiarizados desde o nascimento.

Herzlich (1991) ao abordar a importância dos estudos sobre as representações sociais no campo da saúde-doença, chama a atenção para o fato de que essas representações, embora continuamente em construção e passíveis de mudança, tendem muitas vezes a uma certa cristalização, na medida em que a doença é um evento que modifica a vida das pessoas, suas relações, seu convívio social, às vezes de forma irremediável, demandando interpretação e explicação. Por outro lado, é fundamental compreender o processo de construção pelo indivíduo dos padrões de atenção à saúde e crenças relacionadas. Nas camadas de baixa renda, o adoecimento constitui-se em um evento altamente incapacitador, na medida em que é muitas vezes incompatível com o trabalho. Dada a precariedade das condições de vida, de emprego e do acesso a recursos sócio-sanitários, a doença representa forte ameaça à subsistência da família. Nesse contexto a saúde é um bem inquestionável; isto fica claro na seguinte observação de Sarti (1996), a partir de seu estudo sobre a moral dos pobres: "mesmo não tendo nada, ele tem saúde e disposição para trabalhar. Assim, a saúde, sendo uma condição para o trabalho, faz com que aquele que, no registro do poder, é fraco e pobre, torna-se forte e rico." (p.76)

Bastos (1994), num estudo de cunho etnográfico, descreveu alguns mecanismos culturalmente estruturados pelos quais a criança participa, crescentemente, da vida familiar, tornando-se um membro co-responsável ao partilhar afazeres, preocupações e decisões e ao desenvolver atividades ligadas à sobrevivência, à organização da vida cotidiana, à produção e consumo de bens, e a projetos familiares coletivos. Pensa-se aqui o conceito de prática como mais abrangente do que um comportamento ou atividade isolada, na medida em que inclui as características propostas por Goodnow (1993), para identificar uma prática cultural: ser vista como *natural* (*taken-for-granted*); ser fortemente regulada por contingências de aprovação social; ser acompanhada por idéias sobre padrões de participação tidos como apropriados à condição de membro do grupo social em questão; ser originária de uma história de aprendizagem e desenvolvimento, possuindo assim valor de sobrevivência para o grupo social como um todo. Ênfase especial foi dada às idéias parentais sobre criação de filhos e organização da vida cotidiana, tanto em um plano mais genérico, como no plano imediato à descrição de rotinas domésticas, justificando o envolvimento da criança. Os valores culturais expressos pelas justificativas que os pais apresentam, no sentido de promover ou restringir a participação da criança em atividades voltadas para a família, foram assumidos enquanto importantes dimensões do contexto de desenvolvimento.

As análises do modo de organização do cotidiano, nas famílias de baixa renda, originaram um conjunto de questões sobre cuidados à saúde no contexto doméstico. Que recursos sócio-sanitários disponíveis na comunidade são efetivamente utilizados na família? As alternativas de ação diante de problemas, quase sempre, pareciam estar baseadas na sorte ou destino, ou em regras de reciprocidade ao nível do suporte social informal disponível (família, vizinhança, amigos). Fortaleceu-se, assim, o interesse de desenvolver, em continuidade, análises específicas das formas de enfrentamento de problemas de saúde no contexto da vida cotidiana das famílias estudadas. Essa perspectiva é particularmente relevante por se tratar de um relato espontâneo, no qual as práticas surgem *naturalmente* engastadas na descrição da estrutura e organização da vida cotidiana.

A partir do vasto material qualitativo reunido no estudo acima referido, fez-se um novo recorte, focalizando práticas de saúde no cotidiano dessas famílias. No presente artigo, relata-se um estudo comparativo de casos, cuja análise utilizou o modelo de análise desenvolvido por Bastos, aplicado agora à investigação de práticas de atenção à saúde que se realizam no contexto doméstico. Adotou-se uma conceituação ampla de saúde, abrangendo dimensões de ordem psicossocial, como padrões de comportamento, crenças, concepções e estilos de vida. Especificamente, buscou-se descrever os modos como famílias em situação potencialmente fragilizantes, oriundas de diferentes camadas sociais, enfrentam problemas de saúde.

Método

Trata-se de um estudo comparativo de casos, no qual, para analisar práticas de atenção à saúde no contexto doméstico, foram selecionadas duas situações consideradas potencialmente fragilizantes: a família matrifocal e a família formada por um novo arranjo conjugal. Diferenças de nível sócio-econômico também foram utilizadas como critérios de seleção.

Participantes

Quatro casos foram tomados como eixo da análise: duas famílias de cada categoria, conforme a estrutura, sendo uma de cada camada social. Esses casos foram selecionados do estudo conduzido por Bastos (1994) junto a dez famílias de um bairro popular de Salvador, acompanhadas por um período de um ano e a seis famílias de camada média, de um bairro vizinho. Das famílias selecionadas, duas (uma de camada média e uma de camada popular) caracterizam-se como matrifocais (mãe sozinha com mais de um filho). Essas famílias apresentam peculiaridades comuns, especialmente a sobrecarga de trabalho das mães, que assumiam sozinhas o papel de provedor. As outras duas (também uma de camada média e uma de camada popular) eram famílias reconstruídas, formadas por um novo arranjo conjugal (pai ou mãe, madrasta ou padrasto, e filhos), e supostamente apresentando maior divisão de responsabilidades.

Procedimentos e Material

No estudo original, as visitas aos domicílios eram conduzidas por duplas de entrevistadores devidamente treinados. As dez primeiras foram visitadas semanalmente, em suas casas, ao longo de um ano. As outras seis foram acompanhadas, também numa base semanal, durante apenas quatro meses. Foram adotados recursos variados: sobretudo entrevistas semi-estruturadas (devidamente gravadas e transcritas) mas também observação (com registro sistemático, feitos a posteriori em diário de campo), fotografia e *videotape*.

Produziu-se um material qualitativo extremamente rico e diversificado, cuja análise foi viabilizada a partir da identificação de uma categoria ampla, os modos de partilhar, tratada como unidade de análise central e que descrevia, para sete diferentes domínios da vida cotidiana do grupo familiar: a) o leque de práticas em curso, relatadas pela família ou observadas pelos pesquisadores; b) as idéias dos pais justificando o promover, o manter ou o desencorajar tais práticas; e, c) o padrão de participação apresentado pela criança.

Das transcrições das entrevistas e dos diários de campo, foram selecionados, para a presente análise, episódios descrevendo modos de partilhar problemas ou eventos relacionados à saúde. Esses episódios foram registrados em um quadro de análise, baseado no modelo originalmente proposto por Bastos (1994), incluindo a identificação de circunstâncias e idéias associadas às práticas relatadas e/ou observadas. Esse levantamento incluiu práticas utilizando recursos formais, dentro do sistema de saúde, público e privado, e recursos informais, baseados na própria família ou no apoio social informal dentro da comunidade. Adotou-se uma concepção ampla de saúde incluindo-se, nesse primeiro momento, um leque diversificado de episódios, focalizando desde a descrição do cuidado a pessoas doentes, no presente ou na história passada da família, até hábitos de higiene, avaliações do atendimento dispensado por médicos e outros profissionais de saúde, condições sanitárias do ambiente, comportamentos preventivos em saúde, problemas de saúde mental, problemas de saúde crônicos e outros, fontes e nível de informação sobre saúde. A análise comparativa apoiou-se em três categorias temáticas: a natureza dos recursos utilizados, a posição na família da pessoa que adoece e a adesão a comportamento preventivo e a tratamento de problemas de saúde.

Resultados e Discussão

As Famílias de Camada Média

A Família de Marta² (F1): Marta é separada e mora com dois filhos, configurando assim um arranjo familiar do tipo matrifocal. O filho mais velho tem oito anos e é fruto de seu casamento; o mais novo tem nove meses e é considerado por ela como um "*acidente de percurso*", devido ao fato de ter engravidado inesperadamente durante um namoro. Trabalha como arte-educadora. Marta participa de um grupo de auto-conhecimento, acreditando ser esse um espaço onde pode cuidar de seu bem-estar, de seu corpo e de sua forma de se relacionar. No entanto, assume sozinha as responsabilidades do cotidiano, uma vez que não conta com a participação dos pais de seus filhos na divisão de tarefas e no sustento da família. Atualmente vem apresentando sintomas cardíacos, fato que associa ao estresse causado por esse acúmulo de responsabilidades. Mesmo sob cuidados médicos, Marta não altera a sua rotina diária.

Apesar da sobrecarga, Marta não conta com uma rede de apoio social efetiva. Por opção, não recorre a seus familiares; receia com isso perder sua independência e autonomia. Em situações de crise, porém, seu pai lhe oferece ajuda financeira. Trabalhando fora o dia inteiro, não mantém contatos com os vizinhos. Os filhos, quando em casa, ficam sob o cuidado de uma empregada mensalista. Quando alguém adoece, ela recorre preferencialmente ao sistema médico formal, utilizando seu seguro de saúde.

A Família de Ana e Raimundo (F2): Esta família caracteriza-se pela formação de um novo arranjo conjugal. Ambos já foram casados, sendo que apenas Raimundo tem filhos da primeira união: Vítor (sete anos), que mora com o casal e Luana (quatro anos), que mora com a própria mãe.

Ana e Raimundo foram namorados durante a adolescência; reencontraram-se já adultos e se casaram. Recentemente nasceu Marília, filha do casal. Ambos são funcionários públicos. Em seu cotidiano, essa família apresenta uma equilibrada divisão de despesas, tarefas e cuidados com as crianças. Ana demonstra interesse e preocupação em relação aos filhos de Raimundo, inclusive em relação a Luana, que não mora com o casal; com Vítor, ela mantém uma relação amistosa, embora deixe claro que a manifestação de carinho acontece de modo mais fácil, espontâneo, com Marília.

Com relação à saúde, Ana e Raimundo aderem a práticas alternativas, como parto natural na água e medicina homeopática. Nesta família, há um planejamento a mais longo prazo dos cuidados com a saúde.

As Famílias de Baixa Renda

A Família de Maria Lúcia (F3): Maria Lúcia é separada do marido e mora com três filhos: Júnior (7 anos), Lucas (5 anos) e Lia (4 anos) num barraco com dois cômodos localizado no Vale das Pedrinhas. Lia, a filha mais nova de Maria Lúcia possui uma alergia rara e crônica (ictiose lamelar congênita), que exige constante cuidado. A doença de Lia já faz parte do cotidiano da família, existindo uma rotina própria de estratégias de cuidado quanto ao uso de remédios, higiene, alimentação, assistência médica, entre outros. Maria Lúcia trabalha como empregada doméstica durante a semana para sustentar a família. Nas poucas horas vagas que lhe restam, após realizar as tarefas domésticas e cuidar das crianças, faz biscoitos complementando a renda para conseguir comprar os remédios de Lia. Faz parte também de seu cotidiano a militância numa igreja evangélica. Maria Lúcia conta com a parceria dos filhos na realização das tarefas domésticas. Ela também dispõe de uma ampla rede de apoio social composta de amigos, vizinhos e irmãos da igreja. Esta rede funciona para quase todas as situações, desde cuidar de Lia até a ajuda financeira e mão de obra para reformar a casa.

A Família de Lourenço (F4): A família de Lourenço é composta por ele, Jussara, sua atual companheira e os dois filhos do primeiro casamento: Roberto, de nove anos e Rafael de seis. Trata-se de um novo arranjo conjugal. Esta família reside no Vale das Pedrinhas em uma estreita ladeira calçada por lajes de pré-moldado que deixam ver o esgoto que passa por baixo. Lourenço é marceneiro e está desempregado há alguns anos. Sua rotina de trabalho é imprevisível, consistindo em fazer biscoitos. Lourenço conseguiu a guarda dos filhos mediante intervenção judicial, por preferir tê-los consigo a pagar-lhes pensão alimentícia. Relata que em sua decisão pesou também o receio de que seus filhos fossem maltratados por outros homens, uma vez que suspeitava que a mãe dos meninos estava se prostituindo. Embora relate tal preocupação, a relação de Lourenço com os filhos é marcada pela violência e pela negligência. Seu filho mais velho já foi parar no pronto-socorro depois de ser espancado por ele. A prática da punição corporal é justificada por Lourenço como sendo necessária para uma educação adequada: "*bato hoje para a polícia não bater amanhã*". Lourenço pouco acompanha o desenvolvimento escolar dos filhos, valorizando mais o aprendizado de um ofício do que a escolarização. No que tange à saúde, Lourenço limita-se a recorrer ao sistema médico formal apenas em caso de urgência (uma pneumonia, por exemplo). O descuido com a higiene é notório nesta família. As crianças estão habitualmente sujas e descalças; sofreram de sarna durante meses, sendo a causa associada pela madrastra à insalubridade do ambiente.

A seguir são apresentadas as análises sobre os casos descritos acima. Na [Tabela 1](#), aparecem os padrões característicos da atenção à saúde nas duas famílias matrifocais. As dimensões consideradas são: a natureza dos recursos utilizados, a posição na família da pessoa que adoece e a adesão ao tratamento (incluindo conduta preventiva).

Tabela 1. Padrões de Atenção à Saúde nas Famílias Matrifocais

Dimensão	Camada Média	Camada Popular
Recursos utilizados na atenção a própria saúde	Recorre à alternativa profissional para tratar de sintomas cardíacos devido ao estresse, utilizando seu seguro de saúde privado.	Recorre à alternativa informal (auto-medicação) e à rede de apoio social (igreja) para tratar de um problema de enxaqueca.
Recursos utilizados no cuidado com os filhos	O filho mais velho sofre de bronquite, mas não há relato de recursos utilizados.	Utiliza recursos formais e informais; é mais provável e imediata a procura do médico quando se trata dos filhos.
Adesão ao tratamento na dimensão preventivo-curativo, na atenção a própria saúde	Não adere a nenhum tratamento, embora participe de grupos de auto-ajuda.	Adere a auto-medicação no aspecto curativo.
Adesão ao tratamento na dimensão preventivo-curativo no cuidado com os filhos	Atitude preventiva do irmão mais velho nos cuidados com o irmão mais novo, evitando que este coloque alguma coisa do chão na boca, <i>"Se ele estiver engatinhando e se tiver alguma coisa na frente ele tira. É esse cuidado que ele tem"</i> (Marta).	Preocupação em vacinar a filha com o aval médico. <i>"Tem remédio que Lia toma que no caso ela não pode tomar as vacina"</i> . Controla a alimentação de Lia, que segue uma rigorosa dieta por causa da doença. Adere às prescrições médicas, mas adapta-as às suas condições de vida.

É possível perceber diferenças nítidas nos padrões de atenção à saúde nos dois contextos sócio-econômicos, especialmente quanto ao tipo de recurso utilizado. Os dois casos selecionados caracterizam-se como famílias que apresentam estruturas potencialmente fragilizantes. Na família matrifocal de camada média, por exemplo, a mãe relaciona o seu problema de saúde à dupla jornada de trabalho que tem de enfrentar para criar os filhos, já que não conta com a ajuda dos pais de seus filhos e não recorre ao apoio da rede social informal (parentes, amigos, vizinhos), podendo-se considerar esse um importante fator de risco para a saúde da família.

Já na família de camada popular, a sobrecarga de trabalho, embora excessiva, é enfrentada pela mãe através da utilização bem mais intensa de toda a rede (informal) de apoio social disponível frente às dificuldades da vida bem como para cuidar dos problemas de saúde dos filhos. Nessas famílias o filho mais velho acaba sendo o grande parceiro da mãe na divisão das tarefas, ajudando nas atividades domésticas, nos cuidados com os irmãos mais novos e até mesmo na tomada de decisões quanto aos projetos de vida da família. Essa observação converge com a de Sarti (1996), quando identifica a mobilização cotidiana de toda uma rede familiar como estratégia fundamental para a sobrevivência de grupos domésticos que têm a mulher como chefe de família, sendo o papel de chefe partilhado com o filho mais velho.

No que diz respeito à atenção à própria saúde, a mãe de camada média recorre mais aos recursos profissionais, utilizando o seu seguro de saúde no momento em que surgem sintomas. Já a mãe de baixa renda recorre mais facilmente à auto medicação, utilizando o sistema profissional principalmente para os filhos. A ampla e efetiva rede de apoio social acaba sendo o grande aliado dessa mãe: partilham a educação de seus filhos, aconselham e ajudam a tomar decisões em caso de doença, contribuem na construção da casa, em sistema de mutirão. Pode-se confirmar aqui o argumento utilizado por Costa e Lopez (1986), de que há uma larga utilização pelo indivíduo de toda a rede de apoio social disponível, no momento em que os seus próprios recursos não são mais suficientes para suprir necessidades geradas pelo estado de desamparo institucionalizado a que estão submetidos. No que se refere aos cuidados com os filhos, foram observadas atitudes mais preventivas na família de camada média e atitudes mais curativas na família de baixa renda. Em ambos os casos, a mãe é o principal agente de cuidados à saúde em suas famílias, seguindo a tendência observada na literatura.

A [Tabela 2](#) apresenta padrões de atenção à saúde nas famílias com novo arranjo conjugal, nos dois contextos sócio-econômicos. São encontradas grandes diferenças entre essas famílias, tanto na utilização dos recursos terapêuticos, como no que diz respeito à adesão ao tratamento na dimensão preventivo-curativo. Há mais semelhanças na atitude frente à saúde-doença quando se considera o lugar na família do indivíduo doente ou em risco de adoecimento.

Tabela 2: Padrões de Atenção à Saúde nas Famílias com Novo Arranjo Conjugal

Dimensão	Camada média	Camada popular
Recursos utilizados na atenção à própria saúde	Recorre ao sistema profissional alternativo aderindo ao parto natural na água.	Utilização de recursos caseiros, às vezes implicando alto risco (aborto não assistido).
Recursos utilizados no cuidado com os filhos	Recorre a alternativa profissional (médico homeopata) para tratar de uma inadaptação de Marília a alimentação que substituiu o leite materno.	Roberto é levado ao hospital para tratar dos danos causados por uma surra do pai e de uma gripe que se agravou. Uso de recursos caseiros para tratar de problemas comuns (ex. sarna). <i>"Ai eu passo enxofre neles porque disse que é bom... passo na penseira o leite puro, o enxofre, dou pra beber, é ótimo vale pra tudo"</i> .
Práticas preventivas/curativas na atenção à própria saúde	Raimundo tem uma atitude preventiva fazendo ginástica para manter a boa-forma.	Adere aos próprios recursos como forma de proteção contra a escabiose. <i>"Ah, [o preparado de enxofre] todo mundo bebe, até eu, é uma delícia"</i> .
Práticas preventivas-curativas no cuidado com os filhos	Atitude curativa: seguir a risca a dieta alimentar prescrita para Marília em substituição ao leite materno. Atitude preventiva: Amamentar; Proteção à integridade física de Vítor evitando expô-lo a violência das regiões circunvizinhas. Planejam o ambiente dos filhos para uma melhor saúde mental.	Atitudes curativas: Adere aos próprios recursos na utilização do enxofre. Atitude preventiva: Evitam que Roberto vá a praia quando está de papeira.

Na família de camada média a preocupação com a saúde faz parte do planejamento de vida, enquanto que na de camada popular ela apenas consegue responder a problemas de maior gravidade e quando estes já estão instalados. Os cuidados preventivos são predominantes na primeira, onde há valorização de práticas como amamentar, cuidar da forma física fazendo ginástica, adesão a práticas alternativas tidas como promotoras de saúde física e emocional. Esses cuidados são mais intensos em relação à saúde das crianças, mas também atingem os membros adultos da família.

Enquanto a família de camada média procura seguir à risca as recomendações médicas, na de camada popular há uma larga utilização dos próprios recursos, que envolvem adaptações de saberes populares, transmitidos no âmbito da própria família. Um exemplo claro é o do episódio relatado na [Tabela 2](#), quando o enxofre, que se acredita bom para a sarna, é dado para beber, como estratégia para aumentar sua suposta eficácia.

Conclusão

A questão da interdependência entre mudanças no contexto e mudanças pessoais reaparece quando entram em pauta as relações entre modo de vida e saúde. No âmbito do desenvolvimento humano, a família ocupa lugar privilegiado quando se trata de discutir risco e proteção à saúde, em várias de suas dimensões. A dinâmica familiar de vidas interdependentes acarreta tanto a disponibilidade de apoio social quanto limitações: são os benefícios e custos dos vínculos sociais, como observa Elder Jr. (1987).

O presente estudo foi realizado a partir da hipótese de que havia um estado de desamparo institucionalizado nas famílias de camada popular, as quais, em seu dia-a-dia, abdicavam de sua cidadania descredenciando do estado como instância que represente qualquer garantia quanto a seus direitos mais fundamentais. As alternativas de ação diante de problemas eram quase sempre baseadas na sorte ou destino, ou em regras de reciprocidade ao nível do suporte social informal disponível (família, vizinhança, amigos). Esperava-se encontrar, nas famílias de camada média, o recurso acentuado a cuidados médicos, inclusive para questões ligadas à saúde que não precisariam necessariamente ser tratadas por profissionais (ex.: rotinas de cuidado a bebês). A análise dos episódios selecionados para o presente estudo, conforme exposto a seguir, informa sobre forças e fragilidades características de ambos os contextos. De forma geral, há uma grande utilização dos recursos informais nas famílias de baixa renda, sendo que as de camada média recorreram predominantemente a recursos formais. Há um uso diferenciado do sistema profissional de saúde conforme a natureza do problema e a percepção de sua gravidade. A busca do médico ocorre mais quando se trata de problemas crônicos (fases

agudas, de crise) e de acidentes.

Com relação ao apoio social, nota-se nas famílias de camada média maior isolamento, nas situações da vida cotidiana. Dispõem mais de apoio profissional (médicos, empregada, etc.). Já nas famílias de camada popular, principalmente no caso de Maria Lúcia, observa-se um estilo de vida mais comunitário, no qual a rede de apoio (vizinhos, "irmãos" da igreja) representa um recurso fundamental. Nas quatro famílias, a mãe é o principal agente de cuidados com a saúde, demonstrando um alto grau de competência ao fazê-lo. Independente da camada social, ela domina uma grande quantidade de informações sobre saúde, transmitidas informalmente ou de caráter médico. A mulher aparece como principal agente de cuidados à saúde, tendência encontrada em diferentes sociedades (Kleinmann, 1986; Sarti, 1996).

Entre as famílias formadas por um novo arranjo conjugal, encontram-se diferenças tanto na utilização dos recursos terapêuticos, como na adesão ao tratamento. Na de camada média, planeja-se a saúde, como se faz em outras dimensões da vida, predominando atitudes preventivas. Em contraste, na família de baixa renda, predominam atitudes curativas: *"só quando o sintoma se agrava muito ou quando há emergências é que se recorre ao médico."*

Os elementos sugeridos por Saraceno (1989) ao falar da família como um sujeito coletivo estão presentes nas estratégias usadas pelas famílias no enfrentamento de situações adversas, inclusive no que se refere à saúde. Frente aos problemas de saúde, a família avalia alternativas, faz escolhas, toma decisões, mobiliza os recursos pessoais e materiais de que dispõe, e, quando possível, dispõe antecipadamente planos e condições que poderão acionar frente a uma nova dificuldade. Todos esses componentes (rede de relações interpessoais, recursos e constraints, um horizonte temporal) devem ser considerados em conjunto para uma análise suficientemente abrangente dos modos de enfrentamento de problemas de saúde na família. Portanto, a simples identificação do predomínio de atitudes preventivas nas famílias de nível sócio-econômico médio não deve conduzir a juízos estigmatizantes sobre as mães de baixa renda, sem levar em conta o imenso esforço dessas mães para cuidar o melhor possível da saúde de sua família, apesar de dispor de recursos tão precários.

Quanto à atribuição de causalidade, encontramos associação com fatores ambientais nas famílias de camada popular, enquanto as de camada média tendem a uma interpretação psicológica dos sintomas. Nas famílias de camada popular, principalmente, as prescrições médicas são adaptadas às crenças sobre saúde e às circunstâncias materiais disponíveis. A descrição do enfrentamento de problemas de saúde inserida no relato sobre rotinas gerais da vida cotidiana mostrou-se uma estratégia produtiva para identificar aspectos do contexto familiar que modificam valor, significado e modo particular de lidar com esses problemas. Além disso, abre perspectivas para dimensionar a distância entre o universo simbólico da família e o dos profissionais de saúde. Nesse sentido, as informações aqui apresentadas têm potencial aplicação para o desenvolvimento de estratégias de avaliação do relacionamento entre serviços de saúde e usuários.

Os resultados apontam, ainda, para a importância de focalizar a família como unidade sistêmica, que se organiza de modo singular, de acordo com suas crenças, experiências e estágio no ciclo de vida. O planejamento de ações de saúde atingirá níveis de eficácia na medida em que leve em conta essa realidade das famílias, abrindo mão, por conseguinte, de definições universalizantes.

Referências

- Alves, P. C. (1993). A experiência da enfermidade: Considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 263-271 [[Links](#)]
- Atkinson, S. J. (1993). Anthropology in research on the quality of health services. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 283-299. [[Links](#)]
- Bastos, A. C. S. (1994). *Modos de partilhar: A inserção da criança na vida cotidiana de famílias de um bairro popular de Salvador - Um estudo de casos*. Tese de Doutorado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília, DF. [[Links](#)]
- Bastos, A. C. S. & Trad, L. A. B. (1998). A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: Implicações para a investigação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 3, 106-115. [[Links](#)]
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1979) [[Links](#)]
- Costa, M. & Lopez, E. (1986). *Salud comunitária*. Barcelona: Martinez Roca. [[Links](#)]
- Elder Jr., G. H. (1987). Families and lives: Some developments in life-course studies. *Journal of Family History*, 12, 179-199. [[Links](#)]
- Elder Jr., G. H. (1991). Family transitions, cycles, and social changes. Em P. A. Cowan & E. M. Hetherington (Orgs.), *Family transitions* (pp.32-54) Hilldale, NJ: Lawrence Erlbaum. [[Links](#)]

- Franco, A. L. S. (1996). *Ansiedade de familiares de crianças hospitalizadas: Uma análise funcional de locuções*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília, DF. [[Links](#)]
- Gattinara, B.C., Ibacache, J., Puente, C.T., Giaconi, J. & Caprara, A. (1995). Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 425-438. [[Links](#)]
- Goodnow, J. J. (1993, Março). *Cultural practices: Contributions and questions from the study of household tasks*. Trabalho apresentado no simpósio Cultural practices as contexts for development: Concept and research uses. SRCD Meeting, New Orleans, USA. [[Links](#)]
- Helman, C.G. (1994). *Cultura, saúde e doença* (2ª ed.) . Porto Alegre: Artes Médicas. [[Links](#)]
- Herzlich, C. (1991). A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 1 (2), 23-34. [[Links](#)]
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderline between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press. [[Links](#)]
- Kleinman, A. (1986). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Em: C. Curren & M. Stacey (Orgs.), *Concepts of health, illness and disease. A comparative perspective* (pp 29-47). Massachussets/Toronto: Lexington Books. [[Links](#)]
- Montero, M. (1991). Consecuencias ideologicas de la definicion de familia para la politica social. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 21(1), 107-110. [[Links](#)]
- Noronha, C.V., Barreto, M., Silva, N. & Souza, C. (1995). Uma concepção popular sobre a Esquistossomose Mansônica: Os modos de transmissão e prevenção na perspectiva de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 11, 106 - 117. [[Links](#)]
- Rizzini, I. & Rizzini, I. (1991). "Menores" institucionalizados e meninos de rua: os grandes temas de pesquisa na década de 80. Em A. Fausto & R. Cervini (Orgs.), *O trabalho e a rua: Crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80* (pp. 69-90). São Paulo: Cortez Editora/UNICEF/FLACSO. [[Links](#)]
- Saraceno, C. (1989). The concept of family strategy and its application to the family-work complex: some theoretical and methodological problems. Em K. Bom, G. Sgritta & M. Sussman (Orgs.), *Cross-Cultural Perspectives on Families, Work and Change* (pp. 1-18). Binghampton: The Haworth Press. [[Links](#)]
- Sarti, C. A. (1996). *A família como espelho*. São Paulo: Autores Associados. [[Links](#)]
- Stallard, P. & Lenton, S. (1992). How satisfied are parents of pre-school children who have special needs with the services they have received? A consumer survey. *Child: Care, Health and Development*, 18, 197-205. [[Links](#)]
- Telles, V. da S. (1990). A pobreza como condição de vida: Família, trabalho e direitos entre as classes trabalhadoras urbanas. *São Paulo em Perspectiva*, 4, 37-45 [[Links](#)]
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science Medicine*. 38(4), 509-516. [[Links](#)]
- Woortmann, K. (1987). A família das mulheres. Em CNPq (Org.), *Coleção Tempo Universitário* (Vol. 82, pp.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. [[Links](#)]

Recebido em 30.09.97

Revisado em 28.04.99

Aceito em 21.06.99

Sobre as autoras:

Ana Cecília de Sousa Bastos é Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da UFBA, Pesquisadora associada do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, onde coordena o Programa "Família e Desenvolvimento Humano em Saúde."

Maria Luiza Silva Oliveira é Psicóloga, Especialista em Saúde da Família pelo Instituto de Saúde Coletiva da

UFBA. Era bolsista do Programa de Iniciação Científica - CNPq/UFBA quando da elaboração do presente artigo.

¹ Endereço para correspondência : Avenida Garibaldi, 2592, apto 1401, Rio Vermelho, 40210-070, Salvador, BA. Fone: (71) 2453186. *E-mail*: acecil@ufba.br

² Os nomes utilizados são fictícios.



All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution License](#)

PRC

**Rua Ramiro Barcelos, 2600 - sala 110
90035-003 Porto Alegre RS - Brazil
Tel.: +55 51 3308-5691**



prcrev@ufrgs.br